

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
НАЦІОНАЛЬНИЙ ФАРМАЦЕВТИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
КАФЕДРА СОЦІАЛЬНОЇ ФАРМАЦІЇ



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

МАТЕРІАЛИ
V МІЖНАРОДНОЇ НАУКОВО-ПРАКТИЧНОЇ
ІНТЕРНЕТ-КОНФЕРЕНЦІЇ

25-26 квітня 2019 року
м. Харків

Харків
НФаУ
2019

Редакційна колегія: проф. А. А. Котвіцька (голова), доц. І. В. Кубарева, доц. А. В. Волкова, доц. Ю. В. Корж, доц. О. О. Суріков, доц. А. В. Черкашина, асист. І. О. Сурікова

Посвідчення про реєстрацію № 733 від 26 грудня 2018 р.

Соціальна фармація: стан, проблеми та перспективи :
С 69 матер. V Міжнар. наук.-практ. інтернет-конференції (25-26 квіт. 2019 р., м. Харків) / ред. кол.: А. А. Котвіцька та ін. – Х.: НФаУ, 2019. – 320 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; сфер 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.

ЗМІСТ

СТАТТІ КОНФЕРЕНЦІЇ

ДОСЛІДЖЕННЯ АКТУАЛЬНИХ ПИТАНЬ ПРАВОВОЇ ПІДГОТОВКИ ФАХІВЦІВ ФАРМАЦЕВТИЧНОГО СЕКТОРУ ГАЛУЗІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я Котвіцька А.А., Кубарева І.В., Волкова А.В., Корж Ю.В., Сурікова І.О., Овакімян О.С., Черкашина А.В.	14
MUSCULOSKELETAL DISORDERS AMONG HEALTH-CARE WORKERS IN SLOVAK PHARMACIES Harag T., Mináriková D., Minárik P.	27
СОЦІАЛЬНО-ФАРМАЦЕВТИЧНІ АСПЕКТИ ЗАСТОСУВАННЯ ЛІКІВ У ПЕДІАТРІЇ Дацко А.Й., Хрущ І.Я., Бобко М.В.	33
ЭКОНОМИЧЕСКАЯ ДОСТУПНОСТЬ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ОРВИ У ДЕТЕЙ НА ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОМ РЫНКЕ РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН Янковская Е. В.	38
СУЧАСНІ ПРОБЛЕМИ ПИТАННЯ СТАНДАРТИЗАЦІЇ ЛІКАРСЬКИХ КОСМЕТИЧНИХ ЗАСОБІВ В УКРАЇНІ Лебединець В.О., Казакова І.С.	46
ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОЕ ПРАВО, КАК САМОСТОЯТЕЛЬНАЯ ОТРАСЛЬ ПРАВА Таирова К. Е., Дильбарханова Ж. Р., Шаповалова В. А., Шаповалов В. В., Датхаев У. М.	55
СТРЕСИ В ПРОФЕСІЙНІЙ ДІЯЛЬНОСТІ ФАРМАЦЕВТИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ Гончаренко Н.В., Білоус М.В., Скуратівська С.І.	64
ДОСЛІДЖЕННЯ ІСТОРИЧНИХ АСПЕКТІВ СТАНОВЛЕННЯ ТА РОЗВИТКУ ФАРМАЦЕВТИЧНОЇ ЕТИКИ І ДЕОНТОЛОГІЇ В СТАРОДАВНЬОМУ СВІТІ Котвіцька А.А., Кубарева І.В., Горбаньов В.В.	74
ОБОСНОВАНИЕ РАЗРАБОТКИ ПРЕПАРАТА НИФЕДИПИНА В КАЗАХСТАНЕ Абдыкаримов И.Д., Лосева И.В.	83
АКТУАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ РАЗРАБОТКИ КОМПЛЕКСНОЙ НАСТОЙКИ ИЗ ЛЕКАРСТВЕННОГО РАСТИТЕЛЬНОГО СЫРЬЯ Искакова С.А., Капсалямова Э.Н.	92

ТЕЗИ КОНФЕРЕНЦІЇ

СОЦІАЛЬНА ФАРМАЦІЯ: ЇЇ РОЛЬ І МІСЦЕ У СУЧАСНІЙ ОСВІТІ ТА НАУЦІ

НАПРЯМИ ІНТЕГРАЦІЇ МЕДИЧНОЇ ТА ФАРМАЦЕВТИЧНОЇ
ДОПОМОГИ ХВОРИМ НА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ НА ОСНОВІ
ПРИНЦИПІВ СОЦІАЛЬНОЇ ФАРМАЦІЇ ТА З ВИКОРИСТАННЯМ
СУЧАСНИХ КОМП'ЮТЕРНИХ ТЕХНОЛОГІЙ 98

Бойко А.І., Марків Н.В., Бойко А.А.

ПРАВОВІ МЕТОДИ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ СОЦІАЛЬНОЇ
СПРЯМОВАННОСТІ ФАРМАЦЕВТИЧНОЇ ДІЯЛЬНОСТІ 100

Кубарева І.В., Болдарь Г.Є.

СОЦІАЛЬНА МЕДИЦИНА ТА СОЦІАЛЬНА ФАРМАЦІЯ – ВЗАЄМОЗВ'ЯЗОК ДИСЦИПЛІН

ЗАСТОСУВАННЯ ПРОТІЕПЛЕПТИЧНИХ ПРЕПАРАТІВ ТРЕТЬОГО
ПОКОЛІННЯ ПІД ЧАС ВАГІТНОСТІ 104

Гриньків Я.О.

ХРОНОТИП ЛЮДИНИ І ЙОГО ВПЛИВ НА ЖИТТЄДІЯЛЬНІСТЬ 105

Образенко М.С., Кузяк І.В., Александрова О.О.

АНАЛІЗ СТАНУ ЗАХВОРЮВАНOSTІ НА ДЕРМАТОЛОГІЧНІ
ХВОРОБИ В УКРАЇНІ 107

Тімофєєв С.В.

МЕДИКО-СОЦІАЛЬНА ПРОБЛЕМА ГОСТРИХ ОТРУЄНЬ 109

Трутаєва Л.М., Сагайдак-Нікітюк Р.В., Трутаєв С.І.

АНАЛІЗ ПОКАЗНИКІВ ПОШИРЕНOSTІ ОСТЕОПОРОЗУ В КРАЇНАХ
ЄВРОПИ 111

Черкашина А.В., Чернега А.С.

ИЗУЧЕНИЕ ГЕПАТОПРОТЕКТОРНЫХ СВОЙСТВ КОМПЛЕКС
ЦИНКАСА И ФЕРАСА ПРИ ТОКСИЧЕСКОМ ПОРАЖЕНИИ ПЕЧЕНИ
ЧЕТЫРЕХХЛОРИСТЫМ УГЛЕРОДОМ В ЭКСПЕРИМЕНТЕ 113

Султонов Р.А., Наврузова Г. Ф., Самандаров Н., Раджабов У.Р., Юсуфи С. Дж.

ЛЮДИНА – СУСПІЛЬСТВО – ЛІКИ – ФАРМАЦЕВТИЧНА ДОПОМОГА – СФЕРИ ВЗАЄМОДІЇ

АНАЛІЗ ДАНИХ ПРО ТЕРАПЕВТИЧНУ ЕКВІВАЛЕНТНІСТЬ ЧИ
БІОЕКВІВАЛЕНТНІСТЬ ПРОСТАТОПРОТЕКТОРІВ 116

Гадяк І.В., Громовик Б.П.

ПОРІВНЯЛЬНИЙ АНАЛІЗ ПРОТОКОЛІВ ЛІКУВАННЯ ВИРАЗКОВОГО
КОЛІТУ В УКРАЇНІ ТА ЗА КОРДОНОМ 119

Елофір А., Семченко К.В.

ФАРМАЦЕВТИЧНА ОПІКА В АПТЕЧНИХ ЗАКЛАДАХ: РЕАЛІЇ СЬОГОДЕННЯ Заяць М. М., Озійчук В.С.	121
СОЦИАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ РАЗРАБОТКИ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ ДЛЯ ТЕРАПИИ И ОБЕЗБОЛИВАНИЯ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ Зубченко Т. Н., Наим Хинд, Аллауи Ахмед	124
АЛГОРИТМ ФОРМУВАННЯ ФАЙЛУ БЕЗПЕКИ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ НА ВІТЧИЗНЯНОМУ ПІДПРИЄМСТВІ-ВИРОБНИКУ Коляда В.В., Коновалова Л.В., Юхта Л.О.	127
ГЕПАТИТ С В УКРАЇНІ ЯК ВАЖЛИВА МЕДИКО-СОЦІАЛЬНА ПРОБЛЕМА Кубарева І.В., Ноздріна А.А.	129
СОЦИАЛЬНОЕ ЗНАЧЕНИЕ ДОПОЛНИТЕЛЬНОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ ПОЛЬЗЫ ИННОВАЦИОННОГО ЛЕКАРСТВЕННОГО СРЕДСТВА В ОНКОЛОГИИ Литвинова Е.В., Посылкина О.В.	131
ДОСЛІДЖЕННЯ ПОВЕДІНКИ СПОЖИВАЧІВ ТЮТЮНОВИХ ВИРОБІВ Лісек Ярослав Марцін, Рогуля О. Ю.	133
АНАЛІЗ СТАНУ ПРОБЛЕМИ ЗАСТОСУВАННЯ ДІЄТИЧНИХ ДОБАВОК ПРИ ОЖИРІННІ Немченко А. С., Міщенко В. І., Винник О. В., Рогозян О. А.	136
ВИЗНАЧЕННЯ ЕКОЛОГІЧНИХ ПОРТРЕТІВ РІЗНИХ ПОКОЛІНЬ ГРОМАДЯН УКРАЇНИ Проскурова Я.О., Кубарева І.В., Карпенко К.І., Євсєєва Л.В.	139
НАДАННЯ ДОМЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ЯК ФАХОВА КОМПЕТЕНТНІСТЬ ФАРМАЦЕВТИЧНОГО ПРАЦІВНИКА Рябова О. О., Кашута В. Є.	142
ОЦЕНКА СОВРЕМЕННЫХ ТЕНДЕНЦИЙ ПОТРЕБЛЕНИЯ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ НА АМЕРИКАНСКОМ ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОМ РЫНКЕ Цурикова О.В.	144
ВСЕСВІТНІ МЕРЕЖІ ТА ОБ'ЄДНАННЯ ДЛЯ БОРОТЬБИ З АНТИМІКРОБНОЮ РЕЗИСТЕНТНІСТЮ Яковлева Л. В., Баглай Т. О.	147
RESEARCH INCIDENCE AND PREVALENCE OF PATIENTS WITH EPILEPSY IN THE WORLD AND IN UKRAINE Korzh Ju. V., Oleynikova N.V.	149

CLINICAL-AND-PHARMACEUTICAL APPROACHES TO SELECTION AND APPLICATION OF ANTIHISTAMINE DRUGS DURING PREGNANCY AND LACTATION	151
Ryvak T.B., Koval A.Ya., Neryivoda O.M.	

**СОЦІАЛЬНО-ЕФЕКТИВНІ МЕХАНІЗМИ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ
ДОСТУПНОСТІ ФАРМАЦЕВТИЧНОЇ ДОПОМОГИ НАСЕЛЕННЮ**

РЕЗУЛЬТАТИ СТРУКТУРНОГО АНАЛІЗУ ПЕРЕЛІКУ СОЦІАЛЬНО ЗНАЧУЩИХ НАЙМЕНУВАНЬ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ ТА ВИРОБІВ МЕДИЧНОГО ПРИЗНАЧЕННЯ, ЩО ІМПОРТУЮТЬСЯ В РЕСПУБЛІКУ УЗБЕКИСТАН	154
---	-----

Богдан Н.С., Панфілова Г.Л.

АНАЛІЗ СОЦІАЛЬНОЇ ПРОГРАМИ "ТЕРАПІЯ ПЛЮС" ДЛЯ ХВОРИХ НА БРОНХІАЛЬНУ АСТМУ В УКРАЇНІ	157
--	-----

Лебедин А.М., Стригіна М.О.

СТАТИНИ У РАМКАХ УРЯДОВОЇ ПРОГРАМИ «ДОСТУПНІ ЛІКИ»	160
--	-----

Левицька О.Р., Свирида А.Г.

ЦИФРОВА ЛОГІСТИКА ЯК СУЧАСНА КОНЦЕПЦІЯ ПІДВИЩЕННЯ ЯКОСТІ ТА ДОСТУПНОСТІ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ	163
---	-----

Посилкіна О. В., Лісна А.Г.

ДОСЛІДЖЕННЯ ПОКАЗНИКІВ ФІНАНСУВАННЯ ПРОГРАМИ ПРОТИДІЇ ТУБЕРКУЛЬОЗУ В УКРАЇНІ	166
---	-----

Романько Т.А., Корж Ю.В.

СУЧАСНІ ПІДХОДИ ДО ГАЛУЗЕВОГО РЕГУЛЮВАННЯ ОБІГУ СОЦІАЛЬНО ОРІЄНТОВАНОГО АСОРТИМЕНТУ ЛІКІВ У СИСТЕМІ ФАРМАЦЕВТИЧНОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ НАСЕЛЕННЯ	169
--	-----

Самборський О.С., Слободянюк М.М.

ДОСВІД ОКРЕМОЇ АПТЕКИ В РЕАЛІЗАЦІЇ УРЯДОВОЇ ПРОГРАМИ «ДОСТУПНІ ЛІКИ»	171
---	-----

Слизькоуха О. О., Громовик Б. П.

PROSPECTS AND PROBLEMS OF THE COMPULSORY MEDICAL INSURANCE FUND	172
--	-----

Samat S.S., Kayurova F.E.

ОСНОВИ ПРАВА ТА ЗАКОНОДАВСТВА У ФАРМАЦІЇ

АНАЛІЗ ПІДХОДІВ НОРМАТИВНО-ПРАВОВОГО РЕГУЛЮВАННЯ ПРОМОЦІЇ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ	176
---	-----

Волкова А.В., Олійник О.В.

ВІДПОВІДАЛЬНІСТЬ ЗА ПОРУШЕННЯ ПРАВ ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ ВЛАСНОСТІ У ФАРМАЦЕВТИЧНІЙ ГАЛУЗІ Каравелкова Ю. С., Беляєва О.І., Унгурян Л.М.	178
ПРАВОВІ АСПЕКТИ НАДАННЯ ДОМЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ФАРМАЦЕВТАМИ Кіреєв І.В., Жаботинська Н.В.	180
MODERN ASPECTS OF THE INFORMATION AND LEGAL SUPPORT OF THE PHARMACEUTICAL SECTOR OF HEALTHCARE Kubarieva I. V., Pilyuha L.V.	181
СОЦІАЛЬНИЙ МЕНЕДЖМЕНТ У ФАРМАЦЕВТИЧНОМУ СЕКТОРІ ГАЛУЗІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я	
ПОРІВНЯЛЬНИЙ АНАЛІЗ ОБСЯГІВ РОЗВИТКУ НАДАННЯ ПОСЛУГ ФАРМАЦЕВТИЧНОГО СЕКТОРА У КРАЇНАХ ЄВРОСОЮЗУ Воскобойнікова Г. Л., Довжук В. В., Березняк А. О., Назаренко А. С., Павленко Ю. С.	186
ХАРАКТЕРИСТИКА МІКРОСТРАХУВАННЯ ЯК СУЧАСНОЇ СОЦІАЛЬНО ОРІЄНТОВАНОЇ ФОРМИ ДІЯЛЬНОСТІ Гала Л.О.	189
ДЕРЖАВНА ЗАРЕГУЛЬОВАНІСТЬ ФАРМАЦЕВТИЧНОЇ ОСВІТИ ТА РОЛЬ ФАРМАЦЕВТИЧНОГО САМОРЕГУЛЮВАННЯ Громовик Б. П., Панькевич О. Б.	192
РИЗИКИ ВПРОВАДЖЕННЯ ОЦІНКИ ТЕХНОЛОГІЙ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В УКРАЇНІ Косяченко К.Л., Гаврилюк Я.Д.	195
СУЧАСНІ ТЕНДЕНЦІЇ РОЗВИТКУ ДЕРЖАВНОЇ ПОЛІТИКИ УКРАЇНИ У СФЕРІ ОБІГУ НАРКОТИЧНИХ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ, ПСИХОТРОПНИХ РЕЧОВИН ТА ПРЕКУРСОРІВ Терещенко Л.В., Жирова І.В., Калайчева С.Г.	197
BASIC ASPECTS OF DEVELOPMENT OF THE PHARMACEUTICAL CHAINS IN KYIV Eiben H.S.	200
ASSESSMENT OF PUBLICATIONS OF HTAi ORGANIZATION BY CATEGORIES Nemchenko A.S., Podgaina M.V.	201

МОРАЛЬНО-ЕТИЧНІ ПРИНЦИПИ ФАРМАЦЕВТИЧНОЇ ДІЯЛЬНОСТІ	
ДО ПИТАННЯ ФОРМУВАННЯ МОРАЛЬНО-ЕТИЧНОГО СВІТОГЛЯДУ СУЧАСНИХ МАГІСТРІВ ФАРМАЦІЇ	206
Громовик Б. П., Мірошнікова І. О.	
СОЦІАЛЬНА ФАРМАЦІЯ: ДОСЛІДЖЕННЯ МОРАЛЬНО-ЕТИЧНИХ ПРИНЦИПІВ У ПРАКТИЧНІЙ ДІЯЛЬНОСТІ ФАХІВЦЯ ФАРМАЦІЇ	209
Малініна Н.Г.	
ІНФОРМАЦІЙНО-ЕТИЧНІ АСПЕКТИ ВЗАЄМОДІЇ СІМЕЙНОГО ЛІКАРЯ З ПАЦІЄНТОМ	213
Мнушко З.М., Парфьонова І.І., Рогова О.Г.	
СОЦІАЛЬНІ ТЕНДЕНЦІЇ МАРКЕТИНГУ У ФАРМАЦІЇ	
ДОСЛІДЖЕННЯ ЗМІНИ ПОВЕДІНКИ СПОЖИВАЧІВ ПРИ ВИБОРІ АНТИГІПЕРТЕНЗИВНОГО ЛІКАРСЬКОГО ЗАСОБУ ЗА УМОВИ РЕАЛІЗАЦІЇ ПРОГРАМИ «ДОСТУПНІ ЛІКИ»	218
Байгуш Ю.В., Семенів Д.В.	
АНАЛІЗ АСОРТИМЕНТУ ТА ЕКОНОМІЧНОЇ ДОСТУПНОСТІ АНТИБІОТИКІВ ГРУПИ МАКРОЛІДІВ В УКРАЇНІ	220
Бездітко Н.В., Лиходій Я.П.	
АНАЛІЗ ФАРМАЦЕВТИЧНОГО РИНКУ ПОЛЬЩІ У СЕГМЕНТІ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ ДЛЯ ЛІКУВАННЯ ХВОРОБИ АЛЬЦГЕЙМЕРА	222
Волкова А.В., Гавриш Н.Б., Дзенгелевські Я. К.	
АНАЛІЗ АСОРТИМЕНТУ ГОМЕОПАТИЧНИХ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ	225
Волкова А.В., Гемай Я.О.	
ВИКОРИСТАННЯ МАРКЕТИНГОВИХ ПІДХОДІВ ДО УПРАВЛІННЯ АСОРТИМЕНТОМ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ В АПТЕКАХ	227
Жадько С. В., Кузнецова К. Г., Плахотнік Ю. В., Кандул Алі	
РЕЗУЛЬТАТИ АНКЕТНОГО ОПИТУВАННЯ ЩОДО ВИРІШЕННЯ ПРОБЛЕМ БЕЗПЛІДДЯ ТА ЗАСТОСУВАННЯ ДОПОМІЖНИХ РЕПРОДУКТИВНИХ ТЕХНОЛОГІЇ	230
Заяць М.М., Мельник І.О.	
АНАЛІЗ ПОКАЗНИКІВ СПОЖИВАННЯ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ ДЛЯ ЛІКУВАННЯ ХВОРОБИ ПАРКІНСОНА	232
Котвіцька А.А., Прокопенко О.С.	
ТОВАРНИЙ АНАЛІЗ РЕПЕЛЕНТІВ НА ФАРМАЦЕВТИЧНОМУ РИНКУ УКРАЇНИ	235
Кульчицька Г.І., Ханік Н.Л.	

АСОРТИМЕНТНИЙ АНАЛІЗ АНТИПСИХОТИКІВ В УКРАЇНІ Матвійчук М.Є., Громовик Б.П.	236
ОБГРУНТУВАННЯ ОСНОВНИХ СКЛАДОВИХ МАРКЕТИНГУ ВЗАЄМОВІДНОСИН СУБ'ЄКТІВ ФАРМАЦЕВТИЧНОЇ ДІЯЛЬНОСТІ Півень О.П., Ткаченко І.В.	238
АНАЛІЗ АСОРТИМЕНТУ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ ДЛЯ ЛІКУВАННЯ БРОНХІАЛЬНОЇ АСТМИ НА ФАРМАЦЕВТИЧНОМУ РИНКУ УКРАЇНИ Ткачова О.В., Овчаренко О.С., Ельмаатуї О.	241
ANALYSIS OF THE MARKET OF PREPARATIONS USED FOR AVITAMINOSIS "B" Kuandyk K.M., Zhakipbekov K.S., Berzhanova M.I.	242
СУЧАСНІ ПРОБЛЕМНІ ПИТАННЯ ОРГАНІЗАЦІЇ ТА НАДАННЯ ПАЛІАТИВНОЇ ТА ХОСПІСНОЇ ДОПОМОГИ	
ДО ПИТАННЯ НАДАННЯ ПАЛІАТИВНОЇ ДОПОМОГИ НЕВИЛКОВНО ХВОРИМ В УКРАЇНІ Шуцькіна С.Є., Громовик Б.П.	246
ФАРМАКОЕКОНОМІЧНІ АНАЛІЗ СХЕМ ЛІКУВАННЯ СОЦІАЛЬНО-ЗНАЧУЩИХ ЗАХВОРЮВАНЬ	
ABC/VEN АНАЛІЗ ФАРМАКОТЕРАПІЇ ХРОНІЧНОГО ПАНКРЕАТИТУ Герасимова О. О., Шершньова С. С., Крикун В. В.	250
РЕЗУЛЬТАТИ ЧАСТОТНОГО АНАЛІЗУ ЛІКАРСЬКИХ ПРИЗНАЧЕНЬ ПРИ ФАРМАКОТЕРАПІЇ БРОНХІАЛЬНОЇ АСТМИ У ДІТЕЙ Костюк І.А., Косяченко К.Л., Голопихо Л.І.	252
ДОСЛІДЖЕННЯ ВАРТОСТІ СХЕМ ПАТОГЕНЕТИЧНОЇ ТЕРАПІЇ ХВОРИХ НА РОЗСІЯНИЙ СКЛЕРОЗ В УКРАЇНІ Кубарева І. В., Зайцева Ю. Л., Чернічко І. М.	253
АНАЛІЗ ЕКОНОМІЧНОЇ ДОСТУПНОСТІ КУРСУ ЛІКУВАННЯ ТІАЗОЛІДИНДІОНАМИ Міщенко О. Я., Калько К. О.	256
АНАЛІЗ ПОКАЗНИКА МІНІМІЗАЦІЇ ВИТРАТ У СХЕМАХ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА СЕРЦЕВО-СУДИННІ ЗАХВОРЮВАННЯ Немченко А.С., Назаркіна В.М., Куриленко Ю.Є., Подколзіна М.В.	258
ИССЛЕДОВАНИЕ ОБЩЕЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ НАСЕЛЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН ПО ДАННЫМ ВОЗ Панфилова А.Л., Хищенко С.В., Сокуренок И.В., Чернуха В.Н.	260

РЕЗУЛЬТАТИ ЧАСТОТНОГО/АВС/VEN АНАЛІЗУ ПРИЗНАЧЕНЬ ЛІКАРСЬКИХ ПРЕПАРАТІВ ХВОРИХ НА ПЕПТИЧНУ ВИРАЗКУ ШЛУНКА І ДВНАДЦЯТИПАЛОЇ КИШКИ, ЩО ПЕРЕБУВАЛИ НА ЛІКУВАННІ В КЛІНІЦІ ІФНМУ Феденько С.М., Семенів Д.В., Бобуляк В.В.	264
ВИВЧЕННЯ СПОЖИВАННЯ СОРБЕНТНИХ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ Яковлева Л. В., Бердник О. Г., Горілий І. В.	266
ПРОБЛЕМИ ОРГАНІЗАЦІЇ ФАРМАЦЕВТИЧНОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ СІЛЬСЬКОГО НАСЕЛЕННЯ	
ОПТИМІЗАЦІЯ ФАРМАЦЕВТИЧНОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ДЛЯ ЖИТЕЛІВ СІЛЬСЬКОЇ МІСЦЕВОСТІ Скуратівська С.І., Хомуцька Н.І., Гончаренко Н.В.	270
СОЦІАЛЬНА ВІДПОВІДАЛЬНІСТЬ БІЗНЕСУ В ФАРМАЦІЇ	
СОЦІАЛЬНА КОРПОРАТИВНА ВІДПОВІДАЛЬНІСТЬ ЯК ЛІДЕРСЬКА ПОЗИЦІЯ ФАРМАЦЕВТИЧНОЇ ВИРОБНИЧОЇ КОМПАНІЇ Алекперова Н.В., Губар М.А.	274
ВДОСКОНАЛЕННЯ МЕХАНІЗМУ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ЕФЕКТИВНОГО УПРАВЛІННЯ ПЕРСОНАЛОМ НА ПІДПРИЄМСТВІ Гладкова О. В.	276
ИЗУЧЕНИЕ РАЗВИТИЯ МЕРЧАНДАЙЗИНГА В АПТЕКАХ Пузак Н. О., Мухаммадшокиров Х.	278
ОРГАНІЗАЦІЯ ФАРМАЦЕВТИЧНОЇ ДОПОМОГИ В УМОВАХ НАДЗВИЧАЙНИХ СИТУАЦІЙ	
КЛЮЧОВІ ІСТОРИЧНІ ЕТАПИ СТАНОВЛЕННЯ САНАТОРНО- КУРОРТНОГО ЛІКУВАННЯ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ Кучмістова О.Ф., Кучмістов В.О., Коноваленко Є.В.	282
РОЗРОБКА ПЕРЕЛІКУ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ ВІТЧИЗНЯНОГО ВИРОБНИЦТВА ДЛЯ ПОТРЕБ МЕДИЧНОЇ СЛУЖБИ ЗБРОЙНИХ СИЛ УКРАЇНИ Хомуцька Н.І., Голуб А.Г., Скуратівська С.І., Маланіч А.В.	285
ІСТОРИЧНІ АСПЕКТИ МЕДИЧНОГО ПОСТАЧАННЯ У СИСТЕМІ ЛОГІСТИЧНОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ВІЙСЬК (СИЛ) Шматенко О.П., Білоус М. В., Голуб А. Г., Хомуцька Н. І.	288
СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ ФАРМАЦЕВТИЧНОЇ ДІЯЛЬНОСТІ	
ОСОБЛИВОСТІ СОЦІАЛЬНОЇ РОЛІ ПРОВІЗОРА (ФАРМАЦЕВТА) В СУЧАСНИХ УМОВАХ Міщенко О. Я., Осташко В. Ф.	294

АНАЛІЗ ТЕНДЕНЦІЙ ОПЛАТИ ПРАЦІ ФАХІВЦІВ ФАРМАЦІЇ В УКРАЇНІ Мороз С.Г.	297
АНАЛІЗ ДЖЕРЕЛ МОТИВАЦІЇ СПЕЦІАЛІСТІВ ФАРМАЦІЇ Толочко В.М., Артюх Т.О., Зарічкова М.В., Музика Т.Ф., Адонкіна В.Ю.	299
МОДУЛЯЦИЯ СТРЕССОУСТОЙЧИВОСТИ ПРОВИЗОРОВ-ИНТЕРНОВ В УСЛОВИЯХ ПОВЫШЕННЫХ ИНТЕЛЛЕКТУАЛЬНЫХ НАГРУЗОК ЭФИРНЫМ МАСЛОМ АПЕЛЬСИНА Цубанова Н.А., Пляка Л.В.	301
ДОСЛІДЖЕННЯ МОТИВАЦІЙНИХ ПРОФІЛІВ ПРАЦІВНИКІВ ФАРМАЦЕВТИЧНОЇ ОРГАНІЗАЦІЇ Чмихало Н. В., Карпенко Л. А.	304
NEW EDUCATIONAL PROGRAMME «CLINICAL SURVEY MANAGEMENT» Sumets A.M., Kozyrieva E.V.	305
ASSESSMENT OF COMPETITIVENESS OF THE PHARMACY BASED ON EXTERNAL COMPETITIVE ADVANTAGES Zhadko S.V., Assi Ali	308
ФАРМАЦЕВТИЧНА ІНФОРМАЦІЯ – СУЧАСНИЙ СТАН ІНФОРМАЦІЙНОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ФАРМАЦЕВТИЧНОЇ ДІЯЛЬНОСТІ	
АНАЛІЗ РОЛІ ФАРМАЦЕВТИЧНОЇ ІНФОРМАЦІЇ У СИСТЕМІ ФАРМАЦЕВТИЧНОГО МАРКЕТИНГУ Суріков О.О., Сурікова І. О., Горіздра І.А.	312
ANALYSES OF THE INFORMATION TECHNOLOGIES DEVELOPMENT IN HEALTH AND PHARMACEUTICAL PROVIDING OF THE POPULATION Zhirova I.V., Tereshchenko L.V., Kalaycheva S.G.	315

СТАТТИ КОНФЕРЕНЦІЇ

**ДОСЛІДЖЕННЯ АКТУАЛЬНИХ ПИТАНЬ ПРАВОВОЇ ПІДГОТОВКИ
ФАХІВЦІВ ФАРМАЦЕВТИЧНОГО СЕКТОРУ ГАЛУЗІ ОХОРОНИ
ЗДОРОВ'Я**

Котвіцька А.А., Кубарева І.В., Волкова А.В., Корж Ю.В., Сурікова І.О.,
Овакімян О.С., Черкашина А.В.

Національний фармацевтичний університет, м. Харків, Україна
socpharm@nuph.edu.ua

РЕЗЮМЕ. У статті розглянуто специфіку виконання професійних обов'язків фармацевтичними працівниками у сучасних умовах розвитку і реформування галузі охорони здоров'я. З огляду на вимоги до фахівців фармацевтичного сектору обґрунтовано актуальність оволодіння ними правовими знаннями для забезпечення надання якісної фармацевтичної допомоги пацієнтам. Проаналізовано підходи до викладання фармацевтичного права та законодавства на кафедрі соціальної фармації Національного фармацевтичного університету.

Ключові слова: соціальна фармація, фармацевтичне право та законодавство, надання фармацевтичної допомоги, фахівці фармації, освіта.

Вступ. Політичні та соціально-економічні перетворення, що відбуваються в Україні, впливають на всі, без винятків, сфери суспільного життя. Можна стверджувати, що саме фармація за таких умов знаходиться на перехресті фінансових, соціальних та професійних інтересів у суспільстві. Разом з тим, фармацевтичний сектор галузі охорони здоров'я (ОЗ) належить до найбільш регульованих з боку держави секторів економіки, що передбачає наявність різних видів (від матеріальної до кримінальної) юридичної відповідальності для працівників практичної фармації. Крім того, процес реформування вітчизняної ОЗ, який передбачає запровадження соціально-орієнтованої страхової медицини, посилює відповідальність медичних і фармацевтичних працівників

(ФП), вимагає більш досконалих знань чинної нормативно-правової бази, навичок з тлумачення її положень, як з позицій організації роботи суб'єктів господарювання у фармацевції, їх структурних підрозділів, так і в аспекті прав, обов'язків та відповідальності працівників. У той же час на шляху інтеграції України до єдиного світового політичного, економічного, соціального простору відбувається глобальні реформи сучасної фармацевтичної освіти, які характеризується широким спектром практичного застосування знань і навичок, набутих у процесі навчання у закладах вищої освіти фармацевтичного спрямування.

Мета. З огляду на вищезазначене, метою нашого дослідження стало визначення актуальності правових знань для фахівців фармацевтичного сектору галузі ОЗ за сучасних умов розвитку галузі.

Матеріали та методи. Під час дослідження використано методи контент-аналізу, системно-аналітичного аналізу, узагальнення, логічного аналізу, а також метод опитування.

Результати дослідження. Процеси реформування галузі ОЗ не оминають і фармацевтичний сектор, зміни у якому відбуваються з урахуванням принципів соціальної фармацевції (СФ), що відповідає загальносвітовим тенденціям. Відповідно до визначення, запропонованого науковцями кафедри СФ Національного фармацевтичного університету (НФаУ), *соціальна фармацевція* – інтегративна прикладна наука, яка розглядає соціальні відносини в межах фармацевтичної діяльності в ринкових умовах [1]. Іншими словами, СФ вивчає стан надання фармацевтичної допомоги (ФД) та фармацевтичних послуг, обґрунтовуючи комплекс організаційно-економічних, медико-фармацевтичних, соціально-суспільних заходів у соціальному, науковому та гуманітарному напрямках, які спрямовані на збереження, зміцнення й відновлення здоров'я людей шляхом використання лікарських засобів (ЛЗ), медичних виробів (МВ) та інших товарів відповідно до вимог Належних практик та Етичного кодексу фармацевтичних працівників України [1, 2].

Соціальна фармація як наука, на нашу думку, має розглядатися з позиції загальної фармації та з позиції окремого пацієнта, що представлено на рис. 1.

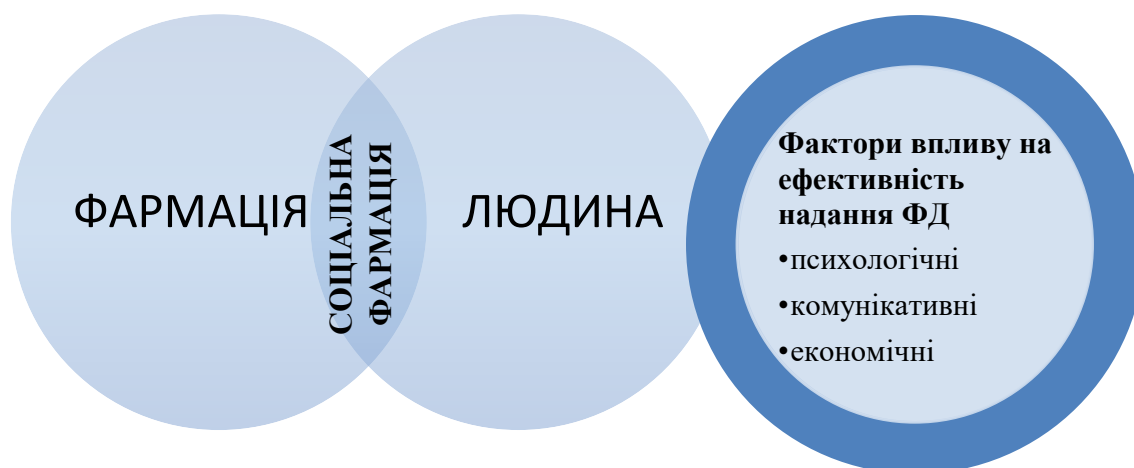


Рис. 1. Сутність соціальної фармації

У сфері фармації як науки, СФ передбачає вивчення та встановлення впливу нових ЛЗ на здоров'я людини та економіку країни в цілому, впливу чинного законодавства на розробку та вдосконалення нових ЛЗ, усвідомлення ФП їх ролі у наданні ФД та послуги тощо [2, 3]. У той же час, необхідно зазначити, що головним цільовим стейкхолдером СФ, а також будь-якого з етапів ефективного фармацевтичного забезпечення, є пацієнт. Тому можна стверджувати, що ефективність лікування пацієнта, в першу чергу, залежить від взаємодії ЛЗ з організмом пацієнта, що є предметом вивчення фармакології, а також ряду супутніх факторів, які впливають чи потенційно можуть вплинути на ефективність фармакотерапії, вивчення, аналіз та оцінка яких і є однією із складових досліджень у сфері СФ [1, 3-5].

З огляду на це, нами визначено психологічні (поведінкові), комунікативні та соціально-економічні фактори, що мають прямий (відбувається під час взаємодії пацієнта з ФП чи ЛЗ) та непрямий (умови, у яких знаходяться ФП чи пацієнт, а також дії інших суб'єктів галузі ОЗ щодо фармацевтичного забезпечення населення) вплив на ефективність ФД пацієнту (рис. 2).

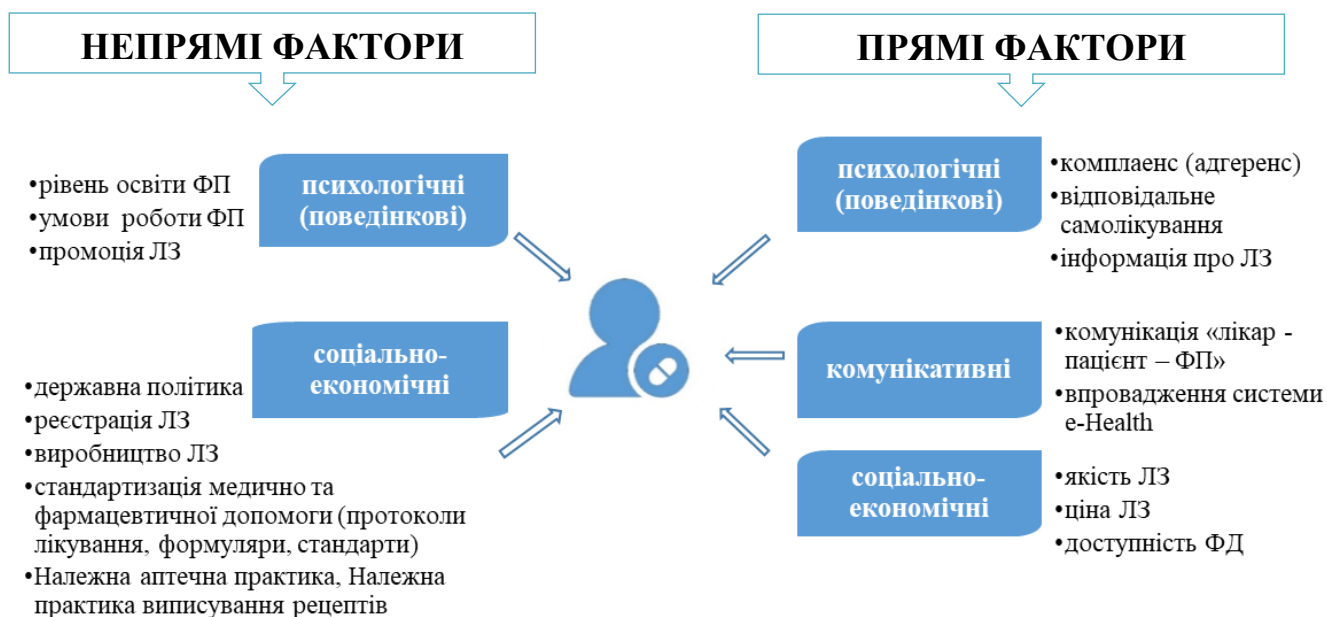


Рис. 2. Сфера вивчення СФ на рівні надання ефективної ФД кожному пацієнтові

Важливим елементом СФ, який потрапляє у поле вивчення як з позицій загальної фармації, так і з позиції пацієнта, є фармацевтичне право та законодавство, оскільки регулює та регламентує функціонування усіх елементів фармацевтичного забезпечення населення. Відображення актуальності розвитку фармацевтичного правознавства знайшло у Проекті стандарту вищої освіти шляхом впровадження вивчення навчальної дисципліни «Фармацевтичне право та законодавство» на 3 курсу навчання для здобувачів вищої освіти за напрямом «Фармація, промислова фармація». Для її навчально-методичного забезпечення у 2018 році на опорній кафедрі СФ НФаУ під керівництвом проф. А.А. Котвіцької розроблено та видано сучасну примірну програму навчальної дисципліни «Фармацевтичне право та законодавство», що складається з таких змістовних модулів: «Теоретичні основи права, система фармацевтичного права і система фармацевтичного законодавства. Державна політика та державне формування системи ОЗ» та «Правове регулювання в охороні здоров'я й фармації України». Мета, завдання, а також логіка формування професійних знань здобувачів вищої освіти наведені на рис. 3, на якому показано фрагмент структурно-логічної схеми

підготовки фармацевтичних фахівців з урахуванням вивчення навчального матеріалу дисципліни [6].

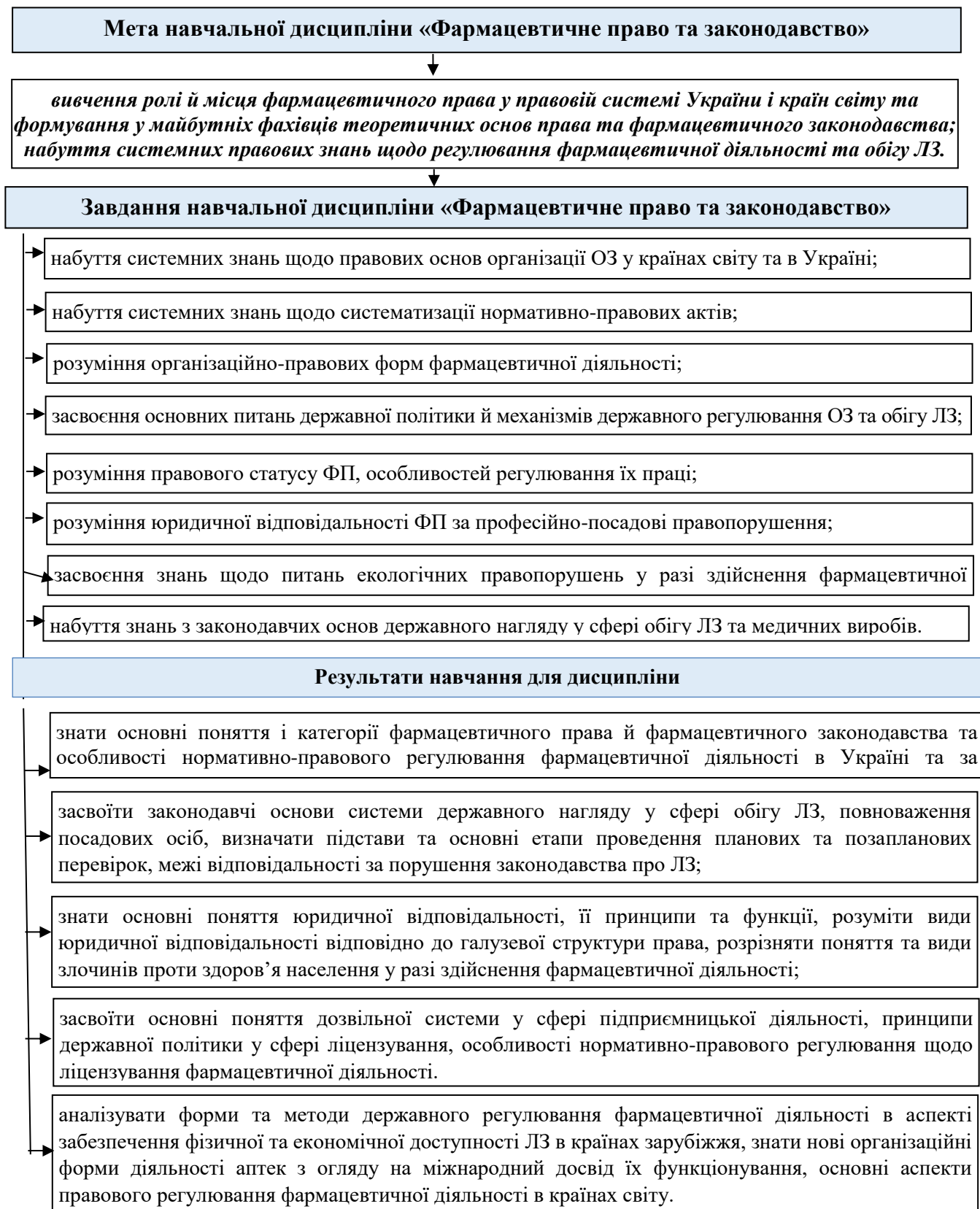


Рис 3. Фрагмент структурно-логічної схеми підготовки фармацевтичних фахівця з дисципліни «Фармацевтичне право та законодавство»

Необхідно зазначити, що при розробці навчальної дисципліни методи навчання визначалися з урахуванням специфіки змісту і викладання дисципліни. Зокрема, використовуються, по-перше, словесні (лекції) – чіткий, системний виклад окремої теми, при чому основний зміст лекції становлять центральні методичні, теоретичні і практичні проблеми фармацевтичного сектору галузі ОЗ. Лекційний матеріал розкриває найбільш актуальні й проблемні питання теми, що вимагають наукового обґрунтування. По-друге, наочні (ілюстрація, демонстрація) – допоміжний метод словесному із застосуванням засобів ілюстрації – таблиці, схеми, демонстрація фільмів. По-третє, практичні методи – ситуаційні задачі, вправи, тести, самостійні контрольні роботи, до підготовки яких активно залучаються представники практичної фармації, що дає можливість максимально реально відтворити ситуаційне використання норм законодавства у щоденній роботі фахівця.

За досвідом викладання, ще одним ефективним методом контролю знань студентів під час вивчення навчальної дисципліни «Фармацевтичне право та законодавство» є індивідуальне завдання у вигляді підготовки есе та презентації, що дозволяє систематизувати отримані правові знання та розглянути під час дискусії актуальні питання правового регулювання фармацевтичної діяльності та обігу ЛЗ, МВ та інших товарів аптечного асортименту.

Практика викладання дисципліни показує, що найбільшу увагу та зацікавленість студентів привертають питання саме практичної спрямованості, наприклад, реалізація положень Законів України «Про лікарські засоби», «Основи законодавства України про охорону здоров'я», «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення», «Про захист прав споживачів», «Про наркотичні засоби, психотропні речовини, та прекурсори», «Про ціни і ціноутворення», положень у сфері інтелектуальної власності, які викладені у Цивільному кодексі України, основ здійснення господарської діяльності, що містяться в Законі України «Про ліцензування певних видів господарської діяльності». Також зацікавленість викликають положення

Податкового кодексу України, Кодексу законів про працю, Кодексу про адміністративні правопорушення, Кримінального кодексу України.

Таким чином, враховуючи вищезазначене, можна стверджувати, що «Фармацевтичне право та законодавство» стало підґрунтям для подальшого вивчення таких дисциплін організаційно-економічного напрямку, як організація та економіка фармації, фармацевтичний маркетинг та менеджмент, соціальна фармація, фармакоекономіка, фармацевтичне товарознавство, що передбачає інтеграцію викладання з вище зазначеними дисциплінами на формування умінь застосувати знання в процесі подальшого навчання та у професійній діяльності.

Необхідно зазначити, що особливої актуальності та практичного значення мають заходи, які проводяться на кафедрі СФ НФаУ щодо удосконалення правових знань у здобувачів вищої освіти. Зокрема, особливостей правового регулювання фармацевтичної діяльності й законодавчих основ державного нагляду у сфері обігу ЛЗ і товарів аптечного асортименту, правових засад державної політики й механізмів державного регулювання обігу ЛЗ, правового статусу ФП й особливості регулювання їх праці, а також питання юридичної відповідальності за професійно-посадові правопорушення. Так, з метою громадсько-правового виховання студентської молоді у рамках проведення Всеукраїнського тижня права на кафедрі СФ НФаУ традиційно проводяться лекційні заняття у формі лекції-дискусії на тему: *«Конституційно-правовий статус людини і громадянина в Україні»*.

Окрім цього, особливої уваги заслуговує проведена кафедрою СФ НФаУ вперше в Україні *студентська олімпіада з фармацевтичного права та законодавства*. Основною метою змагання було виявлення, відбір, підтримка обдарованої студентської молоді, розвиток і реалізація здібностей здобувачів вищої освіти, підвищення якості підготовки фахівців фармацевтичного сектору галузі ОЗ, системне вдосконалення навчального процесу й активізації навчально-пізнавальної діяльності студентів. Олімпіада передбачала проведення очних творчих змагань із застосування теоретичних та практично-орієнтованих здобутих знань, умінь і навичок з дисципліни «Фармацевтичне

право та законодавство» зі застосуванням сучасних інтерактивних технологій. За перемогу у студентській олімпіаді з фармацевтичного права та законодавства змагалися 6 команд здобувачів вищої освіти спеціальності 226 «Фармація, промислова фармація» 2 курсу (4,0 р.н.) та 3 курсу (5,0 р.н.). Змагання складалося із трьох етапів: I етап – гра «Ерудит-гейм» для оцінювання здобутих теоретичних знань з дисципліни; II етап – ситуаційні відео-завдання; III етап – індивідуальне практичне завдання. За підсумками проведеної олімпіади можна стверджувати, що студенти успішно опанували норми діючого законодавства України і вміють використовувати його положення при вирішенні практичних ситуацій з щоденної діяльності фармацевтичних підприємств.

Наступним кроком вдосконалення підходів до викладання правових дисциплін стало проведення кафедрою СФ НФаУ опитування здобувачів вищої освіти. З метою визначення їх точки зору щодо необхідності знань специфіки нормативно-правового регулювання фармацевтичної діяльності та визначення орієнтацій щодо майбутнього навчання, розпочато анкетування студентів НФаУ 4-5 курсів денної та заочної форм навчання, які вже мають практичний досвід у фармацевтичному секторі. Станом на квітень 2019 р. в опитуванні взяли участь 149 студентів спеціальності «Фармація».

Відповідно до Довідника кваліфікаційних характеристик професій працівників [7] особи, які займають керівні посади у галузі ОЗ, до яких належать і завідувач аптечного закладу, аптечної бази, відділу аптеки (бази), контрольно-аналітичної лабораторії тощо, в першу чергу повинні знати чинне законодавство про ОЗ та нормативні документи, що регламентують діяльність органів управління і суб'єктів господарювання ОЗ. І з даним положенням знайомі майже 90 % серед опитаних здобувачів вищої освіти.

Звертає на себе увагу той факт, що 78 % студентів згодні з твердженням: «провізорам, які планують досягти професійної реалізації та бути захищеними, необхідно більш детально вивчити основи правового регулювання у сфері організації лікарського забезпечення та фармацевтичної діяльності», що підтверджується і більшістю позитивних відповідей (49,7 %) про зацікавленість

до вивчення особливостей нормативно-правового регулювання середовища фармацевтичного сектору.

У ході опитування також пропонувалось оцінити за 5-ти бальною шкалою рівень володіння *знаннями* за окремими напрямками здійснення фармацевтичного забезпечення населення. За отриманими результатами встановлено, що на середньому і вище середнього рівні (більше 3,5 балів з 5) студенти оцінили знання порядку організації безрецептурного відпуску ЛЗ, правил щодо зберігання в аптечних закладах ЛЗ та МВ, організації контролю якості ЛЗ, особливостей роботи з наркотичними, психотропними речовинами та прекурсорами. Натомість опитаними відзначається недостатній рівень володіння *знаннями* з нормативно-правового регулювання зовнішньоекономічної діяльності та клінічних досліджень, а також реєстрації ліків, що можна пояснити винесенням даних питань у частину самостійної роботи у рамках вивчення відповідних навчальних дисциплін.

При оцінці здобутих під час навчання *навичок* за спеціальністю на рівні вище середнього і середньому оцінили роботу з ЛЗ, які містять наркотичні засоби і психотропні речовини, формування відносин ФП з хворими та лікарями з метою виконання критеріїв ВООЗ та положень національного законодавства щодо просування ЛЗ на ринку, а також прийом та звільнення працівників, укладання та розриву трудового договору.

Однак, незважаючи на те, що майже 55 % опитаних здобувачів вищої освіти зазначили, що їм вистачає отриманих знань, було також зазначено, що у практичній діяльності не вистачає знань переважно з дисциплін організаційно-економічного спрямування, правових знань і знань з менеджменту та маркетингу у фармацевтичному секторі (рис. 4). Така тенденція у відповідях опитаних може пояснюватись специфікою щоденних операції на робочих місцях, адже переважна частина фахівців на сьогодні працюють саме в аптечних закладах, які спеціалізуються на роздрібній реалізації ЛЗ, МВ та інших товарів аптечного асортименту.

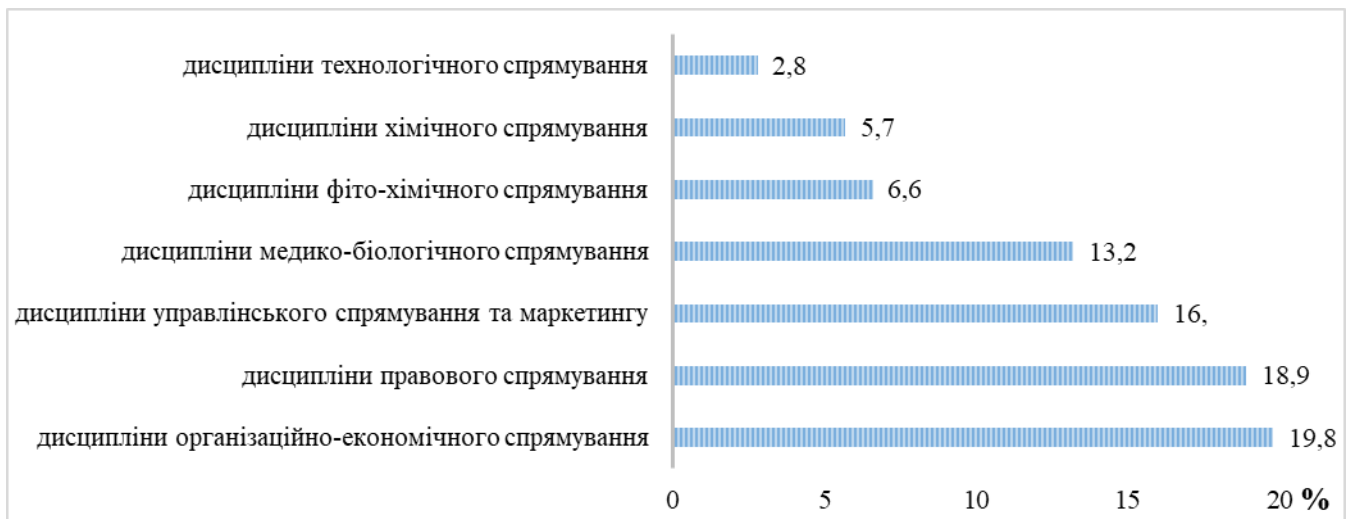


Рис. 4. Частка респондентів за кількістю відповідей щодо недостатності знань з навчальних дисциплін при виконанні робочих завдань

Даний факт підтверджують і подальші відповіді респондентів щодо переваг в обранні освітніх програм магістерського рівня, так 27,6 % опитаних віддали б перевагу програмі «Адміністративний менеджмент», 25 % – «Якість, стандартизація та сертифікація», а 21,1 % – «Фармацевтичне правознавство».

У цілому, за результатами першого етапу проведення опитування серед здобувачів вищої освіти, можна стверджувати про необхідність і актуальність глибоких правових знань під час опанування спеціальності у фармацевтичному секторі галузі ОЗ, адже вони є складовими успішного виконання усіх щоденних робочих завдань сучасного фахівця.

Як вже зазначалось вище, перед фармацевтичною та юридичною громадськістю постає чимало проблемних питань щодо розвитку фармацевтичного права не лише як галузі права і науки, а й у формуванні майбутніми ФП розуміння їх ролі та відповідальності перед суспільством з позиції правового регулювання. Отже, враховуючи вимоги сьогодення на кафедрі СФ НФаУ розроблено освітньо-професійну програму 226 «Фармація, промислова фармація» (галузь знань 22 «Охорона здоров'я») спеціалізації «Фармацевтичне правознавство» для освітньо-кваліфікаційного рівня магістр із термінами навчання 1,6 років.

Необхідно зазначити, що дана освітньо-професійна програма орієнтована на надання системних правових знань щодо регулювання фармацевтичної діяльності та обігу ЛЗ, а також формування професійно важливих вмінь та навичок щодо аргументованого прийняття правомірних рішень для забезпечення ефективного функціонування фармацевтичних підприємств та фармацевтичного забезпечення населення. У цілому, освітньо-професійна програма «Фармацевтичне правознавство» дозволяє: вивчити правові засади державної політики й механізмів державного регулювання обігу ЛЗ; правовий статус ФП й особливості регулювання їх праці; планувати та реалізовувати професійну діяльність на основі нормативно-правових актів України та рекомендацій належних фармацевтичних практик; використовувати нормативно-правову базу щодо регулювання господарської діяльності у системи фармацевтичного забезпечення населення; організовувати та проводити експортно-імпортні операції з ЛЗ, державну реєстрацію ЛЗ, заходи державного нагляду (контролю); розуміти відповідальності за порушення чинного законодавства; поглибити знання з менеджменту та маркетингу.

Висновки. Таким чином, враховуючи специфіку інтеграційних процесів сучасних галузей економіки, у т.ч. ОЗ, можна стверджувати, що сучасні фахівці фармацевтичного сектору галузі ОЗ повинні володіти фаховими знаннями і мати відповідні навички, що підкріплюються системними знаннями нормативно-правового регулювання їх щоденної діяльності при виконанні професійних обов'язків. Освоєння здобувачами вищої освіти правових знань і розуміння юридичної відповідальності ФП за професійно-посадові правопорушення є запорукою надання якісної та ефективної ФД населенню.

ЛІТЕРАТУРА

1. Котвіцька А. А. Визначення змісту та передумов формування концепції соціальної фармації в країнах світу та в Україні / А. А. Котвіцька, І. В. Кубарева, І. О. Сурікова // Соціальна фармація в охороні здоров'я. – 2017. – Том 3, №4. – С. 3-9.

2. Енциклопедичний тлумачний словник фармацевтичних термінів: українсько-латинсько-російсько-англійський: навч. посіб. для студ. вищих навч. закладів / уклад.: І. М. Перцев, Є. І. Світлична, О. А. Рубан та ін.; за ред. проф. В. П. Черних. – Вінниця : Нова Книга, 2014. – 824 с.
3. Sheridan Janie. What is Social Pharmacy? An Overview / J. Sheridan // Japanese Journal of Social Pharmacy. – 2015. – Vol. 34 (2). – P. 141 – 145. http://doi.org/10.14925/jjsp.34.2_141
4. Anderson C. Social Pharmacy – The Current Scenario / C. Anderson // Indian Journal of Pharmacy Practice. – 2008. – Vol. 1(1). – P. 1-5.
5. Kostriba J. Social Pharmacy as a Field of Study in Undergraduate Pharmacy Education / Jan Kostriba, Abdullah Alwarafi, Jiri Vlcek // Indian Journal of Pharmaceutical Education and Research. – 2014. – Vol. 48 (1). – P. 6 – 12.
6. Фармацевтичне право та законодавство. Примірна програма навчальної дисципліни підготовки фахівців другого (магістерського) рівня вищої освіти кваліфікації освітньої «Магістр фармації» / А.А. Котвицька, І.В. Кубарева, А.В. Волкова та ін. – Київ, 2018. – 17 с.
7. Довідник кваліфікаційних характеристик професій працівників. Випуск 78. Охорона здоров'я [Електронний ресурс] : Наказ МОЗ України від 29.03.2002 р. № 117 (у редакції від 26.07.2016 р.). – Режим доступу : <https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/va117282-02/> (дата звернення: 01.03.2019 р.).

ИССЛЕДОВАНИЕ АКТУАЛЬНЫХ ВОПРОСОВ ПРАВОВОЙ ПОДГОТОВКИ СПЕЦИАЛИСТОВ ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОГО СЕКТОРА ОТРАСЛИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Котвицкая А.А., Кубарева И.В., Волкова А.В., Корж Ю.В., Сурикова И.А.,
Овакимян О.С., Черкашина А.В.

В статье рассмотрена специфика выполнения профессиональных обязанностей фармацевтическими работниками в современных условиях

развития и реформирования здравоохранения. Учитывая требования к специалистам фармацевтического сектора, обоснована актуальность овладения ими правовыми знаниями для обеспечения предоставления качественной фармацевтической помощи пациентам. Проанализированы подходы к преподаванию фармацевтического права и законодательства на кафедре социальной фармации Национального фармацевтического университета

Ключевые слова: социальная фармация, фармацевтическое право и законодательство, оказание фармацевтической помощи, специалисты фармации, образование.

RESEARCH ON CURRENT ISSUES IN THE LEGAL TRAINING OF PHARMACEUTICAL SECTOR PROFESSIONALS

Kotvitska A.A., Kubarieva I.V., Volkova A.V., Korzh Yu.V., Surikova I.O.,
Ovakimian O.S., Cherkashyna A.V.

The article deals with the specifics of fulfilling professional duties by pharmaceutical workers in the current conditions of development and reforming of health care. Taking into account the requirements of specialists in the pharmaceutical sector, it is justified to master their legal knowledge to ensure the provision of quality pharmaceutical assistance to patients. The approaches to the teaching of pharmaceutical law and legislation at the Department of Social Pharmacy of National Pharmaceutical University are analyzed.

Key words: social pharmacy, pharmaceutical law and legislation, the provision of pharmaceutical care, pharmacy specialists, education.

MUSCULOSKELETAL DISORDERS AMONG HEALTH-CARE WORKERS IN SLOVAK PHARMACIES

Harag T.¹, Mináriková D.², Minárik P.¹

¹St. Elisabeth University of Health and Social Work, Bratislava, Slovak Republic

harag.tomasko@gmail.com; peterminarik57@gmail.com

²Comenius University in Bratislava, Faculty of Pharmacy, Department of
Organization and Management in Pharmacy, Bratislava, Slovak Republic

minarikova@fpharm.uniba.sk

Summary: Musculoskeletal disorders are the most common health problems. The present study provides the first and the one real description of musculoskeletal problems among health-care workers (pharmacists and pharmaceutical technicians) in Slovak community pharmacies. The results show that back pain is a frequent problem involving more than 2/3 of health-care workers in community pharmacies in one of year retrospective period. The average time of chronic pain was 6.5 years.

Introduction: Musculoskeletal disorders have enormous human and financial costs [1, 2]. In 90 to 95% of the cases, it concerns non-specific low back pain (LBP), for which no pathological cause can be found. LBP is among the most frequent health problems in the general population, affecting 58–84% of all adults at some point in their life. In the literature, individual factors (genetic factors, age, gender, length, weight, social class and factors regarding lifestyle e.g. smoking), physical (postural constraints, static work postures, manual load handling and whole body vibrations) and psychosocial workload (the work place, the qualitative demands, focused on conflicting demands, interruption of tasks and intensive concentration for long periods of time, the job content including monotonous work and work with few possibilities to learn new things and to develop knowledge and skills, the job control, the social support of co-workers and supervisors and the job satisfaction) have consistently been associated with LBP [3].

Aims: The present study aims to describe musculoskeletal disorders among health-care workers (pharmacists and pharmaceutical technicians) in Slovak community pharmacies.

Research methodology: A cross-sectional study was conducted in October 2017 using anonymous and voluntary on-line questionnaire.

Results and discussion: Survey respondents (206 total number) were mostly pharmacists (71.8 %), female (90.3 %), with mean age of 35.55 ± 10.44 years, with mean Body Mass Index 22.5 ± 3.3 kg/m². 36.9 % of the respondents have considered psychosocial workload in pharmacy as difficult or very difficult, while physical workload was identified as difficult or very difficult only by 13.6 % of them (Table 1).

Table 1.

Perception of psychosocial and physical workload in pharmacy

Scale	Physical n (%)	Psychosocial n (%)
Effortless	6 (2.9%)	4 (1.9%)
Very easy	13 (6.3%)	2 (1%)
Easy	42 (20.4%)	16 (7.8%)
Average	117 (56.8%)	108 (52.4%)
Difficult	24 (11.7%)	64 (31.1%)
Very difficult	4 (1.9%)	12 (5.8%)
Score	3.7	4.3

Scale: effortless= 1, very easy = 2, easy = 3, average = 4, difficult = 5, very difficult = 6

Back pain during last 12 months was reported by 137 (66.5 %) of respondents. The pain localization was following: neck (100; 73 %), lower back (76; 55.5 %) and upper back (33; 24.1 %). Joint pain during last 12 months was reported by 73 (35.4 %) of respondents. The pain localization was the following: knee (48; 65.7 %), shoulder (26; 35,6 %), foot (24; 32.9 %), hip (18; 24.7 %), wrist (11; 15.1 %) and elbow (5; 6.8 %). The daily frequency of pain was highest in the case of shoulder, elbow and foot. The pain of elbow was very uncomfortable and substantially interfered with their ability to work. The neck back pain, which was reported by the highest number of respondents (55; 55 %), was slightly uncomfortable (56; 56 %) and moderately interfered with their ability to work (59; 59 %) (Table 2 and 3).

Table 2.

Back pain

Localisation	Pain frequency			Pain perception			Interference with ability to work		
	Daily	1-2 times weekly	1-2 times monthly	Slightly uncomfortable	Moderately uncomfortable	Very uncomfortable	Not at all	Slightly	Substantially
Neck	11 (11%)	34 (34%)	55 (55%)	32 (32%)	56 (56%)	12 (12%)	35 (35%)	59 (59%)	6 (6%)
Upper back	1 (3%)	10 (30.3%)	22 (66.7%)	16 (48.5%)	14 (42.4%)	3 (9.1%)	12 (36.4%)	20 (60.6%)	1 (3%)
Lower back	9 (11.8%)	22 (28.9%)	45 (59.2%)	30 (39.5%)	38 (50%)	8 (10.5%)	22 (28.9%)	48 (63.2%)	6 (7.9%)

Table 3.

Joint pain

Localisation	Pain frequency			Pain perception			Interference with ability to work		
	Daily	1-2 times weekly	1-2 times monthly	Slightly uncomfortable	Moderately uncomfortable	Very uncomfortable	Not at all	Slightly	Substantially
Shoulder	5 (19.2%)	6 (23.1%)	15 (57.7%)	11 (42.3%)	12 (46.2%)	3 (11.5%)	10 (38.5%)	15 (57.7%)	1 (3.8%)
Elbow	1 (20%)	1 (20%)	3 (60%)	2 (40%)	1 (20%)	2 (40%)	2 (40%)	2 (40%)	1 (20%)
Wrist	1 (9.1%)	3 (27.3%)	7 (63.6%)	3 (27.3%)	8 (72%)	0	5 (45.5%)	6 (54.5%)	0
Hip	2 (11.1%)	2 (11.1%)	14 (77.8%)	7 (38.9%)	10 (55.5%)	1 (5.6%)	6 (33.3%)	11 (61.1%)	1 (5.6%)
Knee	4 (8.3%)	12 (25%)	32 (66.7%)	19 (39.6%)	23 (47.9%)	6 (12.5%)	16 (33.3%)	28 (58.3%)	4 (8.3%)
Foot	5 (20.8%)	6 (25%)	13 (54.2%)	5 (20.8%)	14 (58.3%)	5 (20.8%)	6 (25%)	14 (58.3%)	4 (16.7%)

106 (51.5 %) respondents had musculoskeletal pain earlier than one year ago. This pain lasted on average 7.5 ± 6.5 years (min. 1; max. 30 years). The respondents felt the pain mainly at the end of their working hours (91; 44.4 %). The acute pain condition that required health-care intervention, led to temporary immobilization or sick leave, was rarely found in the respondents (25; 12.1 %). The respondents considered as the most probably causes of musculoskeletal pain excessively long periods spent at work (102; 49.5 %) and incorrect movement habits (97; 47.1 %). Only 19 (9.2 %) respondents identified inappropriate working conditions at the workplace.

Work pressure and excessive workload can jeopardize and impair the peoples' health. One of these impairments are musculoskeletal disorders. Among these disorders, LBP is the most common and the costliest problem. Many studies show, that the more is the workload on the person, the greater is the risk of LBP. Kalantari et al. published the prevalence of musculoskeletal disorders in low back was 43.37 % among assembly line workers. The results of their analysis showed a significant relationship between physical / mental workload and the incidence of LBP ($P < 0.05$) [4].

The primary aim of the Irish study was to establish levels and predictors of LBP prevalence and associated sick leave among health service workers at a single health services site in Ireland. In particular, the study aimed to identify whether specific health service occupations had any greater levels of LBP or related absenteeism. No significant difference in prevalence was found between occupational groups, but sick leave was different with highest level among general support and nursing staff. Authors concluded that the health services sector has been identified as a high-risk work sector for LBP and related absenteeism [5].

In other study, the authors focused to examine whether the prevalence of LBP increased in hospital nurses with high patient care workload. Among nurses, involved in the study, 567 (72.0 %) had LBP. Mean daily working hours, standing, and walking were persistently longer in the LBP group [6].

There are some local Slovak studies, which presented monitoring the impact of physical or mental workload on providing of health-care by physicians and nurses [7, 8]. Information about musculoskeletal disorders, mainly LBP, and their relation to

workload of health-care workers, is very limited. No data are available from pharmacy sector. Our research provides the first and the only real description of musculoskeletal disorders among health-care workers in Slovak community pharmacies. The results show that back pain is a frequent problem involving more than 2/3 of health-care workers in community pharmacies in one of year retrospective period. The average time of chronic pain was 6.5 years. The severity of this health problem highlights the fact, that our respondents were young. This finding is not surprising. Belgian study presented after one year of follow up, that one out of eight young workers (with age range between 24 and 29 years) developed LBP lasting seven or more consecutive days [9]. Other interesting finding of our research shows, that the prevalence of musculoskeletal problems was relatively high despite of the fact, that the psychosocial workload in pharmacy was considered more difficult than the physical. LBP and disability due to this pain depends more on complex individual and work-related psychosocial factors than on the physical demands of the work. Although the evidence for relation between psychosocial work aspects and back disorders is far less consistent than for physical work factors, it is necessary to consider them as significant factors for back pain problems [10].

Conclusions: The study revealed the relatively high prevalence of back pain among health-care workers in Slovak community pharmacies. The joint pain was less frequent, but it's impact was severe. Our study contributes to the field of research with link to risk factors of musculoskeletal problems and provides support for intervention programs aimed at reducing and preventing back pain in the workplace. Understanding these problems and their work-related factors is important for developing future multifactorial interventions at the workplace, as well as for policy makers for introduction of population-based public health strategies for prevention, treatment, management and research of LBP.

Literature:

1. Hoy D, March L, Brooks P, et al. The global burden of low back pain: estimates from the Global Burden of Disease 2010 study. *Ann Rheum Dis* 2014;73(6):968-974.

2. Mandiakis N, Gray A. The economic burden of low back pain in the United Kingdom. *Pain* 2000; 84(1): 95-103.
3. Koes BW, van Tulder MW, Thomas S. Diagnosis and treatment of low back pain. *BMJ* 2006; 332: 1430-1434.
4. Kalantari R, Arghami S, Ahmadi E, et al. Relationship between workload and low back pain in assembly line workers. *J Kermanshah Univ Med Sci* 2016; 20(1): 26-29.
5. Cunningham CG, Flynn T, Blake C. Low back pain and occupation among Irish health service workers. *Occup Med-C* 2006; 56: 447-454.
6. Shieh SH, Sung FC, Su CH, et al. Increased low back pain risk in nurses with high workload for patient care: A questionnaire survey. *Taiwan J Obstet Gynecol.* 2016; 55(4):525-529. doi: 10.1016/j.tjog.2016.06.013.
7. Komačeková D. Fyzická a psychická záťaž pri poskytovaní ošetrovateľskej starostlivosti (prevencia, ochrana a podpora zdravia sestry) / Physical and mental workload in providing nursing care (prevention, protection and support of health in nurse). Zborník príspevkov z 5. konferencie psychológie zdravia, Bratislava, 2010. on-line [cit 2018-12-04]. Available at: <http://www.prohuman.sk/psychologia/zbornik-prispevkov-z-konferencie-psyc...>
8. Neupauerová G, Košč M. Pracovná záťaž u lekárov a zdravotných sestier onkologických oddelení na Slovensku / Workload at doctors and nurses in oncology departments in Slovakia. *Pracov Lék* 2002; 3: 120-124.
9. Van Nieuwenhuysse A, Somville PR, Crombez G, et al. The role of physical workload and pain related fear in the development of low back pain in young workers: evidence from the BelCoBack Study; results after one year of follow up. *Occup Environ Med* 2006; 63(1): 45-52.
10. Linton SJ. A review of psychological risk factors in back and neck pain. *Spine* 2000; 25: 1148-56.

СОЦІАЛЬНО-ФАРМАЦЕВТИЧНІ АСПЕКТИ ЗАСТОСУВАННЯ ЛІКІВ У ПЕДІАТРІЇ

Дацко А.Й., Хрущ І.Я., Бобко М.В.

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького,
м. Львів, Україна

DatskoAn@gmail.com, sweet1111@ukr.net

Резюме. Безпечна фармакотерапія у дітей повинна враховувати, крім фармацевтичних та медико-біологічних, соціальні аспекти ліків. Запропоновано заходи щодо підвищення ефективності та безпеки застосування ліків в педіатричній практиці.

Вступ. Для забезпечення безпечної фармакотерапії у дітей необхідно враховувати, крім фармацевтичних та медико-біологічних [1], соціальні аспекти ліків, направлені на ефективність та безпеку застосування їх дітьми, як пацієнтами групи особливого ризику.

Мета дослідження. Провести маркетинговий аналіз асортименту дитячих ліків, дослідити можливі ризики та небезпечні моменти, пов'язані із призначенням та споживанням ліків дітьми різних вікових груп та обґрунтувати заходи, направлені на ефективність та безпеку їх застосування.

Методики дослідження: контент-аналіз; Державний формуляр лікарських засобів, клінічні протоколи і стандарти медичної допомоги.

Основний матеріал дослідження. На думку відомого українського педіатра Є.О. Комаровського, для лікування дитини можна застосовувати тільки дитячі лікарські форми [2]. На 01.01.2019 р. в Україні зареєстровано 13123 лікарські засоби, з них більше 350 для дітей у вигляді гранул, порошків, таблеток, капсул, сиропів і суспензій.

Аналіз динаміки зростання зареєстрованих лікарських засобів в Україні показав, що незважаючи на те, що щорічно реєстр розширюється, асортимент

дитячих лікарських засобів залишається сталим, при цьому різноманітність ліків все більше забезпечується закордонними постачальниками. Частіше вони малодоступні для широких верств населення через високу вартість.

Нами досліджена структура лікарських форм для дітей, представлених на фармацевтичному ринку України. Найбільшу частку складають тверді лікарські форми (таблетки – 34,2% та капсули – 19,8%). Але потрібно відзначити, що у більшості розвинених країн заборонено використовувати тверді лікарські форми у дітей до 3 років, які не дуже зручно ковтати. Тому лікарі рекомендують по можливості замінити таблетки на лікарські форми у вигляді крапель або сиропів.

Капсули на даний час вважаються найбільш поширеною лікарською формою для вживання та характеризуються рядом позитивних властивостей, що визначають перспективність їх для застосування в педіатрії. На даний час існує потреба у випуску більш різноманітних лікарських форм для дітей, які б зручно дозувались, мали б обтічну форму і покривались ковзкими оболонками [3,4].

Ін'єкційні лікарські форми є окремою групою лікарських препаратів. При парантеральному введенні забезпечується більш швидке надходження препарату в кров в незмінному вигляді та точність дозування. Однак ін'єкційний спосіб введення має також і недоліки: зумовлює біль і тривогу у дітей. Оскільки лікарська речовина вводиться, обминаючи захисні бар'єри організму, то виникає загроза занесення інфекції. Внаслідок попадання твердих частинок або бульбашок повітря, діаметр яких інколи перевищує діаметр дрібних судин, може виникнути загроза емболії. Введення інфузійних розчинів безпосередньо в тканину може спричинити зсув осмотичного тиску, змінити рН і викликати відчуття болю. Потребує високої кваліфікації медперсоналу. Встановлено, що в Україні лікарі-педіатри надають перевагу таким лікарським формам: сиропи (40%, оскільки вони мають прийнятні фармакокінетичні характеристики, а також маскують органолептичні недоліки діючої речовини), мікстури (16%), краплі (14%), суппозиторії (12%), препарати для парантерального застосування (12%), мазі (4%).

Вивчення реальної потреби практичної педіатрії в лікарських засобах індивідуального виготовлення показало, що значна частина (80%) респондентів надають перевагу екстемпоральним лікам, які з кожним роком стають менш доступними через закриття виробничих аптек. Індивідуальне виготовлення ліків є особливо важливим для лікування поширених захворювань у дітей і немовлят, оскільки дозволяє підібрати точно визначену дозу, зручну для застосування лікарську форму, допоміжні речовини, а також врахувати вік, масу тіла, наявність сукупних захворювань [5].

Проведене нами вивчення показало, що при лікуванні дітей існує практика поділу таблеток на 4, 6 іноді 8 частин, розкривання капсул тощо. Ефективність “травмованого” лікарського засобу знижується або взагалі нівелюється. Категорично неправильно давати дитині частину таблетки, призначеної для дорослої людини. Така дія є ризикованою і нецивілізованою.

Дитячі лікарські форми повинні відповідати наступним вимогам [1,3,4]:

- найбільш переважними (доступними) для дітей вважати лікарські форми для перорального прийому;
- медикаменти для дітей до 3 років не повинні нагадувати цукерки або інші солодощі, а також не повинні бути яскраво-насиченого кольору;
- розміри свічок для дитини мають відповідати її віку, крім того ректальні суппозиторії повинні містити відповідні вікові дози діючих речовин;
- лікарські препарати для дітей до року повинні бути стерильними;
- у дитячих ліках має бути мінімальна кількість додаткових компонентів, допоміжні інгредієнти повинні бути натуральними і безпечними;
- упаковка повинна містити захисний пристрій, щоб дитина не могла відкрити ліки самотійно;
- у комплекті з рідкими лікарськими формами повинні бути мірні ложки або піпетки і подібні їм пристрої, які допоможуть точно визначити дозу препарату.

При призначенні лікарських засобів дітям не допускати підсиленої лікарської терапії при легких формах хвороби, використовувати ліки короткими курсами, а також не використовувати одночасно ліки з однаковим механізмом дії.

Батьки повинні:

- не давати жодних ліків дітям до 6 років, не порадившись попередньо з педіатром або сімейним лікарем;
- завжди дотримуватись інструкцій (зазначених в листках-вкладках), і в ніякому випадку не перевищувати рекомендовану дозу;
- ніколи не давати дитині препаратів в дозі для дорослих без поради лікаря;
- не казати дітям, що таблетки є солодощами, а рідкі лікарські форми – напоями;
- не залишати ліки в доступних для дітей місцях (щоб у дитини не виникло бажання прийняти додаткову дозу для прискорення одужання).

Висновки. Розглянуто соціальні аспекти дитячих лікарських засобів та запропоновано заходи, направлені на ефективність та безпеку їх застосування в педіатричній практиці.

Література.

1. Фармацевтичні та медико-біологічні аспекти ліків: навч. посібн. / І.М. Перцев, О.Х. Пімінов, М.М. Слободянюк [та ін.]; за ред. І.М. Перцева. – Видання друге, перероблене та доповнене. – Вінниця: Нова Книга, 2007. – 728 с.
2. Комаровський Є.О. Який засіб дати дитині [Електронний ресурс]. — Режим доступу до сайту: <http://nanofarm.com.ua/zdorove/fbclid=IwAR0z7ToIIIGCYaOCvU46Pcw9TL8Y7Bu5QvA5TZfcpDZMnis7WJ7fyrz323Ng>.
3. Савченкова Л.В. Фармакотерапія в педіатрії: особливості, небезпека і перспективи/ Л.В. Савченкова, О.Д. Немятих // Клінічна фармація. – 2008. – №32. – С.4-10.

4. Особенности применения лекарственных средств у детей и фармацевтический рынок Украины/ Ю. Антипкин, А. Ципкун, О. Шадрип, М. Денисова // Вісник фармакології та фармації. – 2001. – №33. – С.2-7.

5. Сучасний стан ринку педіатричних засобів. Екстемпоральні ліки для дітей / М.Л. Сятиня, В.П. Попович, О.М. Глущенко, Н.В. Середюк // Запорозький медичинський журнал. – 2011. – Том 13. – №5. – С.130-133.

Резюме. Безопасная фармакотерапия у детей должна учитывать, кроме фармацевтических и медико-биологических, социальные аспекты лекарств. Предложены меры по повышению эффективности и безопасности применения лекарств в педиатрической практике.

Resume. Safe pharmacotherapy of children should take into account social aspects of drugs in addition to their pharmaceutical and medical and biological effects. Measures on increasing of effectiveness and safety of drugs usage in pediatric practice are proposed.

**ЭКОНОМИЧЕСКАЯ ДОСТУПНОСТЬ
ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ОРВИ У ДЕТЕЙ
НА ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОМ РЫНКЕ РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН**

Янковская Е. В.

Научный руководитель: кандидат биологических наук И.В. Лосева,

доктор медицинских наук, профессор Р.Х. Бегайдарова

Медицинский университет Караганды, г. Караганда, Казахстан

yankovskaya@kgmu.kz

Резюме: Статья посвящена исследованию экономической доступности лекарственных средств для лечения ОРВИ у детей на фармацевтическом рынке Республики Казахстан. Авторами приводится средняя стоимость лечения ОРВИ, а также рассматриваются препараты для комплексного лечения симптомов ОРВИ и комбинированные препараты, позволяющие получить экономически более выгодное лечение.

Ключевые слова: ОРВИ, дети, комбинированные препараты для лечения ОРВИ, комплексные препараты для лечения ОРВИ, экономическая доступность лечения ОРВИ.

Острые респираторные вирусные инфекции (ОРВИ), в настоящее время являются, пожалуй, самыми распространенными и социально значимыми заболеваниями [1]. ОРВИ, особенно грипп, остаются серьезной проблемой для большинства стран мира, они преобладают в структуре всех инфекционных заболеваний (свыше 90%) [2]. Лечение острых респираторных вирусных инфекций остается в центре внимания педиатров, прежде всего, из-за своей частоты [3]. Многообразие клинических проявлений ОРВИ (гипертермия, головная боль, общая слабость, ринорея, кашель и др.) обуславливает высокую стоимость лечения данной нозологии. Поэтому представляет интерес использование комбинированных препаратов для лечения ОРВИ, а также

препаратов с комплексным действием, т.к. они помогут сделать лечение экономически более выгодным для пациентов и при этом достаточно эффективным.

Целью данной работы является изучение экономической доступности препаратов для лечения ОРВИ у детей, а также их сравнительная оценка с препаратами комбинированного состава и комплексным действием.

Методы исследования: анализ государственного реестра лекарственных средств в РК; изучение ассортимента аптек; экономический анализ стоимости лечения.

Наиболее частые симптомы ОРВИ и гриппа и группы препаратов, назначаемых для их устранения, представлены в таблице 1.

Таблица 1.

**Симптомы ОРВИ и гриппа и группы лекарственных препаратов
для их устранения.**

Симптомы	Группа лекарственных препаратов
Лихорадка	Жаропонижающие
Интоксикация (озноб, обильное потоотделение, сильная головная боль, боль при движении глазных яблок, светобоязнь, головокружение, ломота в мышцах и суставах)	Анальгетики
Насморк и заложенность носа	Сосудосуживающие, препараты для промывания носовой полости
Катаральные явления (боль в горле, покраснение)	Местные анестетики, препараты против боли в горле
Кашель, ощущение дискомфорта в груди	Противокашлевые препараты, спазмолитики, бронхолитики
Гиперемия конъюнктивы, светобоязнь	Сосудосуживающие средства
Астенический синдром (утомляемость, слабость, головная боль, раздражительность, бессонница)	Поливитаминовые и антиоксидантные комплексы

Результаты расчета стоимости лечения ОРВИ и гриппа различными группами препаратов представлены в таблице 2.

Таблица 2.

**Средняя стоимость лечения препаратами, применяемыми
для лечения ОРВИ у детей**

Группа лекарственных препаратов	Средняя стоимость курса лечения, рекомендуемого производителем, тенге
Противовирусные препараты	3565
Жаропонижающие препараты	952
Сосудосуживающие средства	534
Препараты для промывания носовой полости	1757
Препараты против боли в горле	1621
Противокашлевые препараты	1289
Поливитаминовые и антиоксидантные комплексы	4508

Исходя из данных таблицы, средняя стоимость полного курса лечения ОРВИ у детей составляет, по нашим подсчетам, от 3565 тг до 14226 тг в зависимости от тяжести симптомов.

Такое количество лекарственных средств из разных фармакологических групп является неудобным для применения у детей как с точки зрения удобства приема и дозирования препаратов, так и с экономической стороны. В то время использование комбинированных форм дает возможность одновременно воздействовать на ряд основных симптомов простуды, что является удобным для пациента. Помимо этого, применение комбинированных препаратов характеризуется меньшими затратами, чем отдельная симптоматическая терапия. Препараты, используемые в РК для лечения ОРВИ в детской практике представлены в таблице 3 [3].

Таблица 3.

**Состав комбинированных препаратов для лечения ОРВИ
у детей и возрастные ограничения по применению.**

Лекарственный препарат	Активные вещества	Возрастные ограничения
Линкас сироп	Густые экстракты: листьев адхатоды сосудистой, корней солодки голой, корней и плодов перца длинного, цветков фиалки душистой, листьев иссопа лекарственного, корневищ калгана большого, плодов кордии широколистной, плодов алтея лекарственного, плодов зизифуса обыкновенного, листьев оносмы прицветниковой	С 6 месяцев
Линкас Лор таблетки	Густые экстракты адхатоды сосудистой листьев, солодки голой корней, перца длинного плодов, фиалки душистой цветков, иссопа лекарственного листьев, калгана большого корневищ.	С 6 лет
Дыши масло	Эфирные масла мяты, эвкалипта, каепутовое, левоментол, винтергриновое, можжевеловое, гвоздичное.	С 3 месяцев
Лорофлю спрей	масло ноготков; масло облепихи; эфирное масло каяпутового дерева; оливковое масло	С 2 лет
Беллс сироп	Густые экстракты из листьев, семян и корней базилика священного, семян, корней и плодов паслена желтоплодного, корневищ куркумы длинной, корней солодки голой, листьев, цветков корней и коры Адатоды васики, плодов перца длинного, корневищ имбиря лекарственного, листьев кардамона настоящего.	С 3 лет
Кука сироп	Экстракты базилика священного, адатоды васики, солодки голой, галанга настоящего, перца длинного, мяты полевой	С 2 лет
Лор Про Джуниор леденцы	Пчелиный мед, лимонный сок, экстракт ромашки, витамин С, лимонное масло	С 3 лет
Доктор Смитт сироп	Экстракты мальвы лесной, кордии широколистной, фиалки душистой, спиковой лаванды, иссопа лекарственного, оносмы прицветниковой, фенхеля обыкновенного, алтея лекарственного, листьев васики, зизифуса, пипали, экстракт кожицы винограда, солодки лекарственной, арабского мирта.	С 2 лет

КМ-Туссофит сироп	Листья мать-и-мачехи, листья подорожника, трава чабреца, цветки ноготков, плоды шиповника, мед натуральный, масло мятное, масло эвкалиптовое.	С 3 лет
Кофол сироп	Экстракты корней анациклоуса пиретринового, плодов перца черного, плодов перца кубеба, корней имбиря лекарственного, корней куркумы длинной, плодов перца длинного, стеблей клеродендрона серповидного, цветков фиалки душистой, ягод можжевельника обыкновенного, листьев базилика священного, плодов терминалии белерики, плодов паслена желтоплодного, корней солодки голой, листьев адатоды сосудистой, аммония хлорид.	С 1 года
Трависил леденцы	Экстракты адатоды васики листьев, перца длинного плодов, перца черного плодов, зингибера лекарственного корневищ, солодки голой корней, эмблики лекарственной плодов, куркумы длинной корневищ, акации катеху коры, фенхеля обыкновенного семян, базилика травы, терминалии хебулы плодов, терминалии белерики плодов, калгана большого корневищ, абруса молитвенного листьев, ментол.	С 6 лет
Умкалор капли, таблетки	Экстракт жидкий пелагонии сидовидной	Капли – с 1 года, таблетки – с 6 лет
Горпилс леденцы	Экстракты плодов эмблики лекарственной, корня солодки голой, корня имбиря лекарственного, мяты перечной, корня куркумы длинной.	С 5 лет
Гедемакс сироп	Экстракт листьев плюща и экстракт корня солодки.	С рождения
Доктор Мом сироп	Сухие экстракты, полученные из: базилика священного листьев, семян и корней, солодки голой корней, куркумы длинной корневищ, имбиря лекарственного корневищ, адатоды васики листьев, паслена индийского корней, плодов, семян, девясила кистецветного корней, перца кубебы плодов, терминалии белерики плодов, алоэ барбадосского высушенного сока из мякоти, левоментола.	С 3 лет

Данные из таблицы 3 отображают состав комбинированных лекарственных препаратов для лечения ОРВИ у детей и возрастные ограничения по их применению.

Фармакологические эффекты этих препаратов и их средняя стоимость за курс лечения для анализа фармакологической и экономической эффективности представлены в таблице 4.

Таблица 4.

Комбинированные и препараты для лечения ОРВИ у детей [3, 4].

Лекарственный препарат	Линкас сироп	Линкас Лор леденцы	Дыши масло	Лорофлю спрей	Беллс сироп	Кука сироп	ЛорПро Джуниор	Доктор Смитт сироп	КМ-Гуссофит сироп	Кофол сироп	Трависил леденцы	Умкалор капли,	Горпилс пастилки	Гедемакс сироп	Доктор Мом сироп	
Фармакологическое действие	Иммуномодулирующее, иммуностимулирующее	+	+	+			+	+	+	+		+	+			+
	Антитоксическое	+														
	Вирусостатическое, противовирусное			+	+	+	+	+				+	+			
	Антибактериальное, бактерицидное			+	+	+	+	+					+	+		+
	Противогрибковое				+			+								
	Облегчает дыхание при насморке			+												
	Потогонное	+	+								+	+				+
	Жаропонижающее					+						+				+
	Охлаждающее															+
	Противовоспалительное	+	+	+	+			+	+	+	+			+	+	+
	Муколитическое	+	+			+	+		+		+	+			+	+
	Бронхолитическое	+	+			+	+		+			+			+	+
	Отхаркивающее	+	+			+	+		+	+	+	+			+	+
	Антигистаминное		+			+						+				
	Вяжущее											+				
	Успокаивающее		+			+										+
Противоастматическое	+	+				+					+			+		
Спазмолитическое	+	+			+	+					+			+	+	

Регенерирующее				+			+							+	+
Антисептическое	+	+		+	+	+				+	+		+	+	+
Общеукрепляющее, тонизирующее, витаминизирующее, антиоксидантное		+	+	+			+				+	+		+	
Анальгезирующее	+	+	+		+	+	+				+		+		+
Противоотечное															+
Средняя цена за курс лечения, тенге	725	485	1415	1657	1025	720	1540	1050	810	665	778	2850	625	1078	980

Как мы видим из таблицы 4, средняя стоимость лечения комплексными препаратами для лечения ОРВИ у детей находится в диапазоне 485 – 2850тг.

Выводы

1. Комбинированные препараты для лечения симптомов ОРВИ у детей производятся на растительной основе и являются многокомпонентными препаратами, что обуславливает комплекс фармакологических эффектов.

2. Комбинированные лекарственные препараты помогают снизить стоимость лечения ОРВИ у детей, а также избежать применения большого количества препаратов.

Перспективы дальнейших исследований: авторами планируется дальнейшее изучение рынка препаратов для лечения ОРВИ и гриппа у детей, проведение сравнительной оценки их экономической и клинической эффективности для обоснования выбора наиболее рациональных назначений.

Литература

1. Зайцев А.А., Клочков О.И. Комбинированные препараты в терапии острых респираторных вирусных инфекций: оценка клинико-экономической эффективности // Архивъ внутренней медицины. – 2015. – № 4(24). – С. 48-52.

2. Селькова Е., Вояцкий А., Лапицкая А. Индукторы интерферонов в профилактике и лечении ОРВИ и гриппа // Врач. – 2003. – № 4. – С. 48-54.

3. Vidal. Справочник лекарственных средств / [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://www.vidal.ru>.

4. Справочная служба i-teka. Единый портал записи к врачу, поиска клиник, лекарств и медицинских услуг / [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://www.i-teka.kz>.

ECONOMIC AVAILABILITY OF MEDICINES FOR THE TREATMENT OF ARVI IN CHILDREN ON THE PHARMACEUTICAL MARKET OF THE REPUBLIC OF KAZAKHSTAN

Yankovskaya E.,

Academic adviser: Loseva I., candidate of biological sciences, the head of the department of pharmaceutical disciplines and chemistry

Academic adviser: Begaydarova R., professor, the doctor of medical sciences, faculty professor

Medical Karaganda university, Karaganda, Kazakstan

yankovskaya@kgmu.kz

SUMMARY

The article is devoted to the study of the affordability of medicines for the treatment of ARVI in children in the pharmaceutical market of the Republic of Kazakhstan. The authors give the average cost of treatment of ARVI, and also consider drugs for the integrated treatment of symptoms of ARVI and combination drugs, allowing to obtain more cost-effective treatment.

Key words: ARVI, children, combination drugs for the treatment of ARVI, complex drugs for the treatment of ARVI, affordability of treatment of ARVI.

СУЧАСНІ ПРОБЛЕМИ ПИТАННЯ СТАНДАРТИЗАЦІЇ ЛІКАРСЬКИХ КОСМЕТИЧНИХ ЗАСОБІВ В УКРАЇНІ

Лебединець В.О., Казакова І.С.

Національний фармацевтичний університет, м. Харків, Україна

quality@nuph.edu.ua

РЕЗЮМЕ

Питання стандартизації лікарських косметичних засобів є актуальними, оскільки на сьогоднішній день присутні певні відмінності у визначенні основних понять у цій сфері, які необхідно привести у відповідність з міжнародними стандартами та сучасними тенденціями розвитку косметичного ринку. За результатами аналізу вітчизняної і європейської законодавчої бази в сфері обігу косметичної продукції запропоновані сучасні підходи до застосування принципів класифікації косметичних засобів, доведена актуальність їх стандартизації шляхом розробки і впровадження відповідної фармакопейної статті в Державну Фармакопею України.

Ключові слова: стандартизація, лікарські косметичні засоби, фармакопейна стаття.

Вступ. Косметична галузь України є однією з найбільш конкурентоспроможних та економічно привабливих сфер народного господарства України. [2]. Особливістю косметичного ринку України є присутність на ньому продукції як власне косметичного призначення, так і продукції, яка об'єднує фармакологічний ефект та косметичні властивості – лікарських косметичних засобів (ЛКЗ). Лікарські косметичні препарати характеризуються сталим споживчим попитом, внаслідок чого дослідження сучасних підходів до їх стандартизації з метою подальшого розвитку відповідно до вимог міжнародних стандартів і європейських директив є важливим і актуальним питанням [1].

Метою роботи стало дослідження сучасної проблематики стандартизації ЛКЗ в Україні та визначення актуальних тенденцій і шляхів подальшого розвитку цього напрямку діяльності.

Методи дослідження. Об'єктом дослідження є лікарські косметичні засоби, що знаходяться в обігу на ринку України. Дослідження виконували шляхом аналізу законодавчої й нормативної бази, наукових фахових публікацій, а також статистичних матеріалів Державної служби статистики України тощо.

Основні результати. Відповідно до поставлених задач нами було проаналізовано інформаційні матеріали щодо сучасних тенденцій розвитку косметичної галузі в Україні, досліджено особливості сегментації ЛКЗ, представлених на національному ринку, проаналізовано проблематику стандартизації ЛКЗ в умовах реформування законодавчої й нормативної бази та імплементації вимог європейських директив і стандартів. За результатами аналізу вітчизняної та європейської законодавчої бази встановлено, що правовий статус ЛКЗ в Україні регламентований Законом України «Про лікарські засоби» від 1996р. № 22, наказом МОЗ України від 04.01.2013р. № 3 «Про внесення змін до наказу Міністерства охорони здоров'я України від 26 серпня 2005 року N 426 та визнання такими, що втратили чинність, деяких наказів Міністерства охорони здоров'я України з питань реєстрації лікарських засобів», Положенням Фармакологічного комітету МОЗ України №3 від 23.05.96р. «Про реєстрацію і порядок видачі дозволу на ввезення та використання зарубіжних і вітчизняних засобів лікувальної косметики». Європейський законодавець регламентує обіг косметичної продукції Регламентом №1223/2009 Європейського парламенту і Ради ЄС про косметичну продукцію (Брюссель, 30.11.2009) [5, 6].

Наші дослідження довели, що засоби лікувальної косметики складають 5,4% від усієї косметичної продукції, що реалізується в Україні, та 3,4% від асортименту фармацевтичного ринку. Згідно із Законом України "Про лікарські засоби" від 04.04.1996 № 123/96-ВР засоби лікувальної косметики підлягають

реалізації виключно в умовах аптек. Першочергово досліджували лікарські засоби (ЛЗ) за класифікаційною системою АТС категорії D – дерматологічні засоби. За результатами аналізу реєстру дерматологічних ЛЗ, зареєстрованих в Україні, було сформовано інформаційну базу препаратів даної категорії, яка складається із 562 торгових назв за наступними категоріями: D 01 – протигрибкові препарати, 02 – препарати з пом'якшувальною та захисною дією, 03 – засоби для лікування ран та виразкових уражень, 04 – протисвербіжні препарати, 05 – антипсоріатичні засоби, 06 – антибактеріальні препарати, 07 – кортикостероїди для застосування в дерматології, 08 – антисептичні та дезінфікуючі засоби, 09 – перев'язувальний матеріал, 10 – препарати для лікування акне, 11 – інші дерматологічні засоби. Розподіл ЛЗ дерматологічного призначення за класифікаційною системою АТС надано на рис.1.

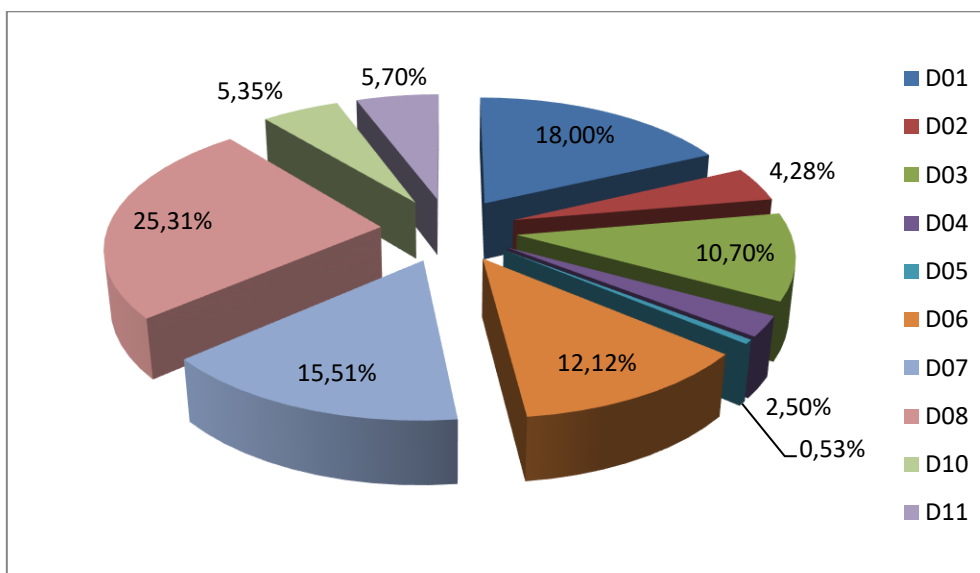


Рис.1 Сегментація ЛЗ дерматологічного призначення за системою АТС.

Наступним етапом роботи було визначення серед ЛЗ дерматологічного призначення частки ЛКЗ, які відповідають вимогам Наказу Міністерства охорони здоров'я України від 04.01.2013 р. № 3 «Про внесення змін до наказу Міністерства охорони здоров'я України від 26 серпня 2005 року № 426 та визнання такими, що втратили чинність, деяких наказів Міністерства охорони здоров'я України з питань реєстрації лікарських засобів» та Положення Фармакологічного комітету МОЗ України №3 від 23.05.96р. «Про реєстрацію і

порядок видачі дозволу на ввезення та використання зарубіжних і вітчизняних засобів лікувальної косметики». Відповідно до законодавчого визначення ЛКЗ призначені для профілактики та/або лікування захворювань шкіри людини та її придатків, слизової оболонки носової і ротової порожнин, статевих органів пацієнта і виробляються у *формі* крему, молочка, олії, маски, бальзаму, гелю, порошку, лосьйону, шампуню тощо. Як свідчать результати дослідження, результати якого представлені на рис. 2., у косметичних формах випуску – креми, гелі, шампуні, порошки, розчини тощо – представлено 63% дерматологічних препаратів, тобто переважаюча чисельність ЛЗ, об'єктом терапевтичної дії яких є шкіра та її придатки, підпадає під визначення ЛКЗ.

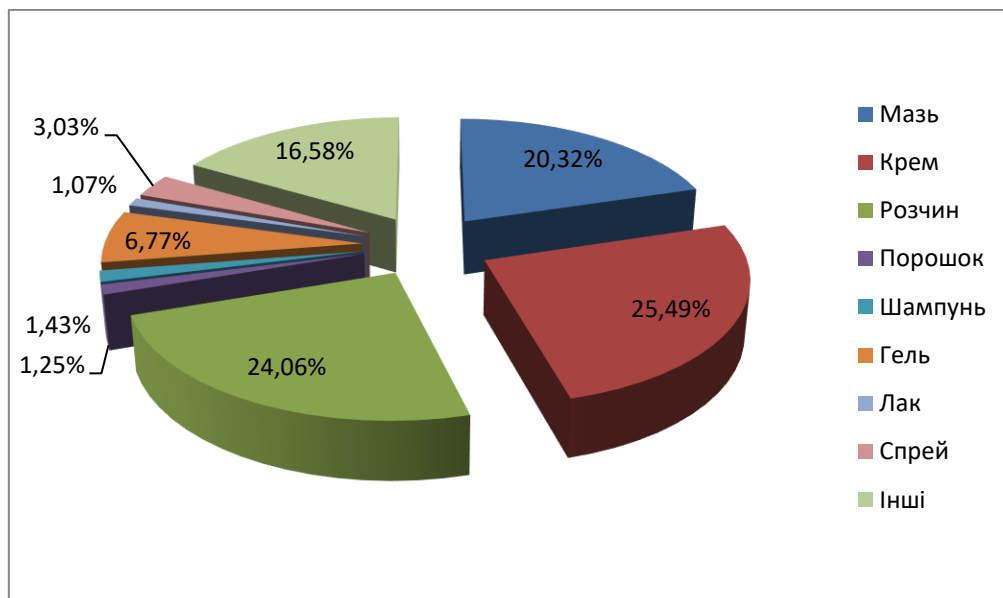


Рис. 2. Сегментація ЛЗ дерматологічного призначення за формою випуску

Серед даної групи препаратів найбільш поширеною є категорія ЛКЗ кремоподібної форми випуску – близько 26%, рідкі форми випуску становлять 24%, гелі складають близько 7%, найменш численні такі форми випуску ЛКЗ, як спреї, шампуні, порошки та лаки – 3%; 1,4%; 1,25% та 1,07% відповідно.

Дослідження кожної категорії D 10 за формою випуску також довело переважання частки ЛЗ у косметичних формах випуску – найбільша чисельність ЛКЗ характерна для групи засобів, призначених для лікування акне

(97%), серед протигрибкових засобів ЛКЗ складають 76%. Найменша чисельність ЛКЗ серед засобів для лікування ран та антипсоріатичних препаратів – 35% та 33% відповідно. Таким чином, чисельність ЛКЗ серед фармацевтичних препаратів досить значна та залежить від ділянки застосування та призначення останніх.

Також необхідно відмітити специфічні особливості використання ЛКЗ, що мають забезпечувати певні споживчі характеристики, притаманні косметичному продукту – позитивні тактильні відчуття, ергономічність застосування, естетичні властивості тощо.

Фактично, на сьогодні обіг ЛКЗ регулюється не в повному обсязі та регламентований виключно вимогами Закону України "Про лікарські засоби" від 04.04.1996 № 123/96-ВР та декількома нормативно-правовими актами у сфері охорони здоров'я. Але, зважаючи на динамічність розвитку косметичної індустрії, сучасні тенденції до активного зростання номенклатури ЛКЗ та наявність певної специфіки її використання, актуальним є питання удосконалення підходів до стандартизації цих продуктів. У першу чергу це стосується встановлення на законодавчому рівні вимог до термінології та класифікації косметичних засобів. Уніфікація понять і термінів є необхідною умовою для стандартизації будь-якої продукції з метою забезпечення її якості та безпеки упродовж всього життєвого циклу. На сьогоднішній день відповідно до чинних нормативно-правових актів в Україні законодавчо визначено лише поняття "лікарські косметичні засоби" та "косметичні засоби". Враховуючи той факт, що сучасна косметична індустрія активно опановує фармацевтичні технології та розширює спектр впливу косметичних засобів, надаючи їм непритаманні класичній косметиці лікувально-профілактичні властивості, невизначеність низки основних термінів стає причиною виникнення таких понять, як "дерматокосметика", "космецевтика", "парафармацевтичні засоби", які вводять споживача в оману стосовно справжніх властивостей косметичних засобів.

Оскільки для ефективності ЛКЗ важливі як фармакологічні, так і косметичні властивості, нами запропоновано визначення *косметичного ефекту*

як "позитивної реакції з боку шкіри та її похідних у відповідь на застосування косметичних засобів і косметичних процедур, яка виражається в нормалізації й активізації фізіологічних властивостей шкірних покривів і/або корекції їх зовнішнього вигляду" та діючої косметичної речовини як "речовини, призначеної для використання у виробництві косметичного засобу, що забезпечує косметичний вплив на шкіру і її придатки в складі готових косметичних форм з метою нормалізації стану і/або фізіологічних функцій шкірних покривів".

Треба зазначити, що європейські нормативи не містять термін "лікарські косметичні засоби", але, усвідомлюючи наявні тенденції розвитку косметичної науки, саме у площині затребуваності косметики багатофункціональної дії, яка виробляється, зокрема, із застосуванням біотехнологій, в країнах ЄС жорстко відстежується наявність у складі косметичних засобів речовин, які потенційно можуть негативно впливати на здоров'я споживача [4]. В США на ринку присутні косметичні продукти, які об'єднують фармакологічні та косметичні здатності, та представлені переважно у формі шампунів та зубних паст. При цьому законодавець вимагає підтвердження відповідної ефективності таких ЛКЗ.

Для ЛКЗ, арсенал та спектр дії яких постійно розширюється, питання стандартизації є критично актуальним [3]. Як лікарська продукція, ЛКЗ є об'єктом контролю якості відповідно до вимог законодавства у сфері фармацевтичної діяльності. Але чинні вимоги щодо стандартизації ЛКЗ не враховують їх особливості як засобів косметологічного впливу на шкіру. Зважаючи на наявність у ЛКЗ специфічних ознак, які обумовлюють косметичний ефект та відповідні споживчі характеристики, ми вбачаємо за доцільне нормувати показники косметичної ефективності. По-перше, потребує внесення вимог щодо лікарських косметичних засобів до Державної Фармакопеї України (ДФУ). Відсутність регламентації показників якості такої особливої категорії фармацевтичної продукції, як лікарські косметичні засоби, невизначеність критеріїв та методів оцінювання їх якості, не дозволяє відповідним чином забезпечувати контроль цієї продукції в обігу.

Особливо актуальною проблема стандартизації є для новітніх форм ЛКЗ, арсенал та спектр дії яких збільшується дуже динамічно. Згідно із наказом МОЗ від 20.07.2006 N 500 "Про затвердження Переліків назв лікарських форм та упаковок для лікарських засобів" на сучасному косметичному ринку наразі реалізується низка нашкірних препаратів таких форм випуску як добавки для ванн, спрій нашкірний, губка розчинна, лак для нігтів тощо, для яких відсутня відповідна стандартизація в ДФУ. У той же час, наприклад, Європейська Фармакопея містить вимоги щодо стандартизації таких форм випуску ЛЗ.

Висновки. Результати проведених досліджень свідчать про перспективи розвитку косметичного ринку України, актуальним для якого є забезпечення європейського рівня технічного регулювання. У свою чергу, реформування цього сектору потребує належного законодавчого забезпечення відповідно до вимог міжнародних стандартів і директив ЄС.

Аналіз регіонального ринку лікарської косметичної продукції демонструє наявність сталого споживчого попиту на зазначену категорію фармацевтичних препаратів та динамічне зростання асортименту їх форм випуску та спектру дії. Дослідження законодавчої бази, що регулює обіг лікарських косметичних засобів, довело необхідність законодавчої уніфікації відповідної термінології та класифікації, а також регламентації вимог щодо якості лікарських косметичних засобів у ДФУ.

Список літератури:

1. Байцар, Р. І. Актуальні проблеми та перспективи розвитку косметичної галузі/ Р. І. Байцар, Ю. М. Кордіяка. – Львів, 2015. – 6 с.
2. Імплементация Угоди про асоціацію між Україною та ЄС: економічні виклики та нові можливості : наукова доповідь / за ред. акад. НАН України В.М.Гейця та чл.-кор. НААН України Т. О. Осташко; НАН України, ДУ "Ін-т екон. та прогнозув. НАН України". – К., 2016. – 184 с.
3. Лікувальна косметика в Україні: реалії та перспективи / Бурд Н. Б., Георгіянци В. А., Половко Н. П., Гризодуб О. І. // Фармацевтичний журнал – №6. – 2016. – С. 41-44.

4. Український ринок парфумерно-косметичної продукції // Асоціація «Парфумерія та косметика України [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://apcu.ua/rinkovidoslidzhennya-ta-statistichni-dani/parfumerno-kosmetichnij-rinok-ukraini.htm>.

5. Сайт Агентства национальной безопасности медикаментов и медицинских продуктов (ANSM) <http://ansm.sante.fr/Activites/Surveillance-du-marche-des-produits-cosmetiques/Reglementation>.

6. Regulation (EC) No 1223/2009 / European parliament and of the council of 30 November 2009 on cosmetic products // Official Journal of the European Union. – 2009. – P. L 342/59- L 342/209.

CURRENT PROBLEMS OF STANDARDIZATION ISSUES MEDICINAL COSMETICS IN UKRAINE

Lebedinets V.A., Kazakova I.S.

The issues of standardization of medicinal cosmetics are topical, because today there are certain differences in the definition of the basic concepts in this area that need to be brought into line with international standards and modern trends in the development of the cosmetic market. Based on the results of the analysis of the domestic and European legislative framework in the sphere of the turnover of cosmetic products, modern approaches to the application of the principles for the classification of cosmetics have been proposed, and the relevance of their standardization through the development and introduction of an appropriate pharmacopoeial article in the State Pharmacopoeia of Ukraine is proved.

Keywords: standardization, medicine cosmetics, pharmacopoeia article.

СОВРЕМЕННЫЕ ПРОБЛЕМЫ ВОПРОСА СТАНДАРТИЗАЦИИ ЛЕКАРСТВЕННЫХ КОСМЕТИЧЕСКИХ СРЕДСТВ В УКРАИНЕ

Лебединец В.А., Казакова И.С.

Вопросы стандартизации лекарственных косметических средств являются актуальными, поскольку на сегодняшний день присутствуют определенные различия в определении основных понятий в этой сфере, которые необходимо привести в соответствие с международными стандартами и современными тенденциями развития косметического рынка. По результатам анализа отечественной и европейской законодательной базы в сфере оборота косметической продукции предложены современные подходы к применению принципов классификации косметических средств, доказана актуальность их стандартизации путем разработки и внедрения соответствующей фармакопейной статьи в Государственную Фармакопею Украины.

Ключевые слова: стандартизация, лекарственные косметические средства, фармакопейная статья.

**ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОЕ ПРАВО,
КАК САМОСТОЯТЕЛЬНАЯ ОТРАСЛЬ ПРАВА**

Таирова К. Е.¹, Дильбарханова Ж. Р.¹,

Шаповалова В. А.², Шаповалов В. В.^{2, 3}, Датхаев У. М.¹

¹АО «Национальный медицинский университет», г. Алматы, Казахстан,

¹Алматинская академия МВД РК имени Макана Есбулатова, г. Алматы,
Казахстан,

²Харьковская медицинская академия последипломного образования, г. Харьков,
Украина,

Национальная ассоциация адвокатов Украины, г. Киев, Украина³

karima.makhanova@gmail.com, dilbarkhanova@hotmail.com,

pharm_law@ukr.net, u.datxaev@mail.ru

Резюме. В данной статье раскрывается понятие фармацевтического права, определяется его положение в системе права как самостоятельной отрасли права. Авторы дают определения основным аспектам фармацевтического права, а также выделяют понятия, впервые введенные в терминологический аппарат. Статья отражает важность фармацевтического права как учебной дисциплины, в связи с этим, в ней также выдвигается предложение внедрения фармацевтического права в образовательную систему Республики Казахстан.

Ключевые слова: фармацевтическое право, отрасль права, учебная дисциплина

Эффективность современного обучения специалистов в области фармацевтического права напрямую связана с получением принципиально новых знаний. Понятие права изучалось учеными еще с глубокой древности. Повышение правовой культуры и правосознания особенно актуально в системе правоотношений «врач – пациент – фармацевт – контролирующие и

адвокатские органы». Уже в рабовладельческих государствах, существовали нормы, регулирующие медицинскую деятельность, о чем свидетельствуют записи норм в вавилонском документе «Законы царя Хаммурапи» (около 1790 г. до н.э.). Помимо этого, нормы, касающиеся фармацевтической и медицинской практики, существовали еще в древнем Египте, в Римском праве, на мусульманском Востоке.

На сегодняшний день, научный интерес к праву далеко не утрачен, напротив, он возрастает. Вопросы развития норм и отраслей права по-прежнему актуальны, ведь право многогранный, сложный и общественно необходимый феномен, который меняется, дополняется и развивается в соответствии с течением времени. Изучение его сфер и граней является необходимым и требует постоянного внимания. Человечество на каждом из этапов своего общественного развития открывает в праве новые свойства, новые аспекты соотношения его с другими сферами жизнедеятельности социума. Различные отрасли права образуют целостные, относительно замкнутые подсистемы правового регулирования. Таковыми являются конституционное, гражданское, уголовное, налоговое, семейное, трудовое и все другие отрасли права. Каждая отрасль права имеет свою специфическую структуру, строение.

Одной из относительно молодых отраслей права является фармацевтическое право. Существуют несколько точек зрения касательно обособленности фармацевтического права. Некоторые ученые считают его подотраслью медицинского права, а по мнению И.В. Понкина и А.А. Понкиной медицинское и фармацевтическое право являются обособленными комплексными отраслями права, находящимися в сложных интерреляциях [1]. Их мнение обусловлено не только тем, что предметное поле фармацевтического права не в полном объеме совпадает с предметным полем медицинского права, но и другими важными аспектами. Безусловен тот факт, что и медицинское и фармацевтическое право являются значимыми, специфическими и перспективными направлениями юридической науки.

Существуют несколько определений фармацевтического права. Так, по мнению О.А. Мельниковой, фармацевтическое право – это новая отрасль права, система регулирования правовых отношений, возникающих в сфере организации лекарственного обеспечения и фармацевтической деятельности [2]. И.В. Понкин и А.А. Понкина дают более обширное определение, утверждая что фармацевтическое право – комплексная отрасль права, регулирующая отношения по поводу разработки, экспертизы, государственной регистрации, стандартизации и контроля качества и безопасности, производства (изготовления), хранения, перевозки, маркетинга и рекламы, оборота, распределения, выписки (назначения), отпуска, употребления и утилизации фармацевтических продуктов, лекарственных средств, а также регулирующая правовое положение объектов интеллектуальной собственности в сфере фармацевтики и права на них [1].

В.В. Шаповалов, В.В. Шаповалов (мл.), В.А. Шаповалова дают определение фармацевтическому праву как отрасли права, как отрасли науки и как отрасли законодательства. С их точки зрения, фармацевтическое право, как отрасль права – это совокупность правовых норм, которые регулируют общественные отношения, возникающие в процессе реализации конституционного права на фармацевтическую деятельность; фармацевтическое право; как отрасль науки – это совокупность научных знаний о фармацевтическом праве, фармацевтическом законодательстве и практике его применения; как отрасль законодательства – это совокупность нормативно-правовых актов, которые регулируют общественные отношения в фармацевтическом секторе сферы здравоохранения [3, 4, 5].

В научных трудах сотрудников кафедры фармацевтического и медицинского права, общей и клинической фармации Харьковской академии последипломного образования (зав. каф. – проф. В. А. Шаповалова, до 2012 г. кафедра находилась в структуре института повышения квалификации специалистов фармации Национального фармацевтического института, с 1998 года функционировала как «кафедра судебной фармации», а с 2005 года – как

«кафедра фармацевтического права») формируется и вводится в научный оборот определение термина фармацевтического права как меры свободы, равенства и справедливости, которая выражена в системе формально-определяемых и охраняемых публичной властью общеобязательных норм поведения и деятельности субъектов, возникающих вследствие реализации конституционного права на фармацевтическую деятельность [6, 7].

Фармацевтическое право отличается от основных отраслей права тем, что это комплексная отрасль, в которой согласовываются нормы различных отраслей права с целью их совместного применения в сфере фармации. Упорядоченное многообразие всех действующих юридических норм, которые регулируются фармацевтическим законодательством определяют собой систему фармацевтического права. Составляющими фармацевтического права являются фармацевтическое законодательство, судебная фармация, доказательная фармация, клиничко-фармацевтическая безопасность лекарственных средств, юридическая опека и юридическое сопровождение в системе правоотношений «врач – пациент – фармацевт – контролирующие и адвокатские органы» [8].

К признакам фармацевтического права относятся нормативность, системность, формальность, обобщенность, общеобязательность и гарантированность. Функции фармацевтического права – это направление его влияния на общественные отношения: регулятивные (регулятивно-статистические, регулятивно-динамические), охранные, информационные, ориентационные, оценочные, воспитательные. У фармацевтического права имеется значимый список задач, который включает в себя повышение правовой культуры и правового сознания специалистов; предупреждение причин и условий, которые приводят к правонарушениям; профилактику правонарушений в фармацевтическом секторе; реорганизацию на новый качественный уровень системы правоотношений, а также реформирование и усовершенствование нормативно-правовой базы оборота лекарственных средств. Нормами фармацевтического права считаются установленные или

санкционируемые, а также охраняемые государством правила поведения фармацевта, врача, пациента и обязанности лиц в регулируемых общественных отношениях (например, с представителями контролирующих, правоохранительных или адвокатских органов). Нормы фармацевтического права рассчитаны на добровольное их выполнение субъектами хозяйствования, а в противоположном случае к нарушителям могут применяться принудительные меры со стороны государства [9, 10].

При выделении фармацевтического права в самостоятельную отрасль права учеными в терминологический аппарат были введены такие понятия, как режим контроля (РК), клинико-фармакологическая группа (КФГ), классификационно-правовая группа (КПГ), номенклатурно-правовая группа (НПГ) для объяснения, систематизации, упорядочения отдельных аспектов фармацевтической деятельности, связанной с оборотом лекарственных средств и регулируемых данной отраслью права [5, 6, 7].

Режим контроля (РК) – это требования законодательных, нормативно-правовых и инструктивно-методических документов к клинико-фармакологическим, номенклатурно-правовым и классификационно-правовым параметрам в характеристике лекарственных средств. Схематически РК можно выразить формулой: $РК = КФГ \supseteq КПГ \supseteq НПГ$, где РК – режим контроля; КФГ – клинико-фармакологическая группа; КПГ – классификационно-правовая группа; НПГ – номенклатурно-правовая группа [5, 6].

Классификационно-правовая группа – это группа, которая указывает на профиль безопасности лекарственного средства. Классификационно-правовые группы: наркотические; одурманивающие; психотропные; ядовитые; сильнодействующие лекарственные средства; легковоспламеняющиеся, едкие, взрывчатые вещества; прекурсоры; лекарственные средства общей группы; средства допинга; средства гомеопатии; специальные пищевые продукты (функциональные пищевые продукты, диетические добавки и др.); курительные смеси и другие [4, 8].

Во многих странах законы, регламентирующие фармацевтическую деятельность, являются частью системы права, а фармацевтическое право как дисциплина, изучается в высших учебных заведениях. Так, в г. Харьков, Украина, в высших медицинских учебных заведениях результативно функционируют целые кафедры фармацевтического права. Они объясняют специфику фармацевтического законодательства, особенности работы фармацевтов, особенности нормотворчества в системе фармации, взаимосвязь и взаимозависимость с другими отраслями права и другие вопросы. Фармацевтическое право, как учебная дисциплина, тесно взаимодействует со специфическими фармацевтическими дисциплинами, медициной и юриспруденцией. Оно изучается для научно-образовательного разъяснения специалистам действующего законодательства, нормативно-правовых актов и учебно-методических документов, регламентирующих оборот лекарственных средств, вопросы фармацевтического права включены в паспорта научных специальностей. Фармацевтическое право помогает сформировать необходимые знания о нормативном регулировании фармацевтической деятельности в сфере незаконного оборота психоактивных лекарственных средств различных клинико-фармакологических, классификационно-правовых и номенклатурно-правовых групп по направлениям: фармацевтическое законодательство, судебная фармация, доказательная фармация и юридическая опека в системе правоотношений "врач – пациент – фармацевт – контролирующие и адвокатские органы" [11, 12, 13, 14, 15].

Несмотря на разработанность теории и практики фармацевтического права в зарубежных странах, в Республике Казахстан отсутствует повсеместное обучение специалистов особенностям фармацевтического законодательства и другим вопросам фармацевтического права. В этой связи, на наш взгляд, необходимо рассмотреть возможность внедрения самостоятельной дисциплины «фармацевтическое право» для обеспечения правового просвещения в системе додипломного и последипломного образования фармацевтов и врачей, а также для юристов, специализирующихся в области медицины и фармации.

Список использованной литературы:

1. Понкин И.В., Понкина А.А. Фармацевтическое право. М. : ГЭОТАР-Медия, 2017
2. Мельникова О.А. Понятие фармацевтического права // Медицинское право. 2014
3. Шаповалова В.А., Шаповалов В.В. Справочник по правовой и судебной фармации. Х.: “Торсинг”, 1997. 656 с.
4. Унифицированные программы и учебные модули по фармацевтическому праву, фармацевтичному законодавству, судебной фармации и доказательной фармации / В.А. Шаповалова, В.В. Шаповалов, В.П. Черных, В.В. Шаповалов (мл.). Х.: ПП Степанов В.В., 2008. 112 с.
5. Фармацевтическое законодательство: уч. пособ. з грифом МОН Украины (серия: Фармацевтическое право) / В.А. Шаповалова, В.В. Шаповалов, М.М. Халин, В.В. Шаповалов (мл.) и др. [2-е изд.]. Х., 2010. 142 с.
6. Шаповалов В.В., Шаповалов В.В. (мл.), Шаповалова В.А. Фармацевтическое и медицинское право. Х. : Скорпион, 2011. 208 с.
7. Legislation in pharmacy, forensic pharmacy and evidence-based pharmacy : Study book (series: Pharmaceutical law) / V.A. Shapovalova, V.V. Shapovalov (Jr.), V.V. Shapovalov and al. [3-rd ed.]. Kharkiv, 2011. 160 p.
8. Шаповалова В.О. Предмет «Медичне і фармацевтичне право». Взаємозв'язок з медичними, фармацевтичними та юридичними дисциплінами. Законодавче забезпечення охорони здоров'я в Україні // Слобожанські читання. Фармацевтичне і медичне право України: інновації, якість, безпека, доступність і перспективи розвитку технології ліків, організації фармацевтичної справи, судової і клінічної фармації : матеріали XIV міждисц. та міжгал. наук.-практ. конф. за участю міжнар. спец., 16–17 листоп. 2017 р., м. Харків. Х., 2017. С. 31-37.
9. Concerning the importance of forensic and pharmaceutical researches to improve patients' accessibility to medicines / V. Shapovalov (Jr.), A. Gudzenko, L. Komar et all. // Pharmacia. 2017. Vol. 65, № 2. P. 23–29.

10. Shapovalova V. A., Datkhayev U. M., Shapovalov V. V. (Jr.), Tairova K. Y., Shapovalov V. V., Dilbarkhanova Zh. R. Introduction to pharmaceutical law and forensic pharmacy. The Third International scientific congress of scientists of Europe: Proceedings of the III International Scientific Forum of Scientists "East–West" (January 11, 2019). Premier Publishing s.r.o. Vienna. 2019. P. 43-49.
11. Шаповалова В.А., Шаповалов В.В. Общая характеристика психоактивных лекарственных средств // Лекарственные средства в неврологии, психиатрии и наркологии. Х.-К.: «Факт», 2003. С. 228–237.
12. Фармацевтическое право в безопасном самолечении: лекарственные средства, отпускаемые без рецепта врача / В.А. Шаповалова, А.В. Стефанов, И.М. Трахтенберг и др. Х.: Факт, 2005. 800 с.
13. Наркология: Национальный учебник с грифом МОН та МЗ/ Под ред. И.К. Сосина, Ю.Ф. Чуева. Х.: Изд - во "Коллегиум", 2014. 1440 с.
14. Викладання міждисциплінарного предмету «медичне та фармацевтичне право» в системі безперервної професійної освіти лікарів і провізорів в Україні / [В.О. Шаповалова, В.В. Шаповалов, В.В. Шаповалов (мол.) и др. // Реалізація Закону України «Про вищу освіту» у вищій медичній та фармацевтичній освіті України (з дистанційним під'єднанням ВМ(Ф)НЗ України за допомогою відеоконференц-зв'язку) : матеріали Всеукр. навч.-наук. конф. з міжнар. участю, 21-22 трав. 2015 р. Тернопіль: ТДМУ «Укрмедкнига», 2015. С. 248-249.
15. Викладання медичного і фармацевтичного права в системі післядипломної освіти лікарів і провізорів / Шаповалова В. О., Шаповалов В. В. (мол.), Шаповалов В. В. и др. // Здобутки та перспективи управління фармацевтичною системою: зб. праць наук.-практ. конф. з міжнар. участю, присвяч. 90-річчю з дня народж. проф. Р. М. Піняжка і 75-річчю з дня народж. проф. О. Л. Грома, 28–29 верес. 2018 р., м. Львів. Львів: Ліга-Прес, 2018. С. 156–160.

PHARMACEUTICAL LAW AS AN INDEPENDENT BRANCH OF LAW

Tairova K.Y¹., Dilbarkhanova Zh.R.¹, Shapovalova V.A.²,

Shapovalov V.V.^{2,3}, Datkhayev U.M.¹

JSC “National Medical University”, Almaty c., Kazakhstan¹,

Almaty Academy of the Ministry of Internal Affairs of the Republic of Kazakhstan

named after M. Esbulatov, Almaty c., Kazakhstan¹,

Kharkiv Medical Academy of Postgraduate Education, Kharkiv, Ukraine²,

Ukrainian National Bar Association, Kiev, Ukraine³

karima.makhanova@gmail.com, dilbarkhanova@hotmail.com,

pharm_law@ukr.net, u.datxaev@mail.ru

Resume. This article reveals the concept of pharmaceutical law, determines its position in the system of law as an independent branch of law. The authors give definitions of key aspects of pharmaceutical law as well as highlight the concepts introduced in terminology for the first time.

Article reflects the importance of pharmaceutical law as an academic discipline, in this regard, here also suggested to make the introduction of pharmaceutical law in the educational system of Republic of Kazakhstan.

Key words: pharmaceutical law, branch of law, academic discipline

СТРЕСИ В ПРОФЕСІЙНІЙ ДІЯЛЬНОСТІ ФАРМАЦЕВТИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ

Гончаренко Н.В., Білоус М.В., Скуратівська С.І.

Українська військово-медична академія, м. Київ, Україна

goncarenkonatplia@gmail.com

Резюме. У статті визначено поняття «стрес», проаналізовано наявні теоретичні підходи до його визначення. Розкрито основні джерела стресу в професійній діяльності фармацевтичних працівників. Розглянуто об'єктивні чинники та стадії виникнення стресу. Описано динаміку переживання стресу в професійній діяльності фармацевтичних працівників. Окреслено основні психопрофілактичні заходи з метою запобігання виникненню емоційного вигорання та розвитку психосоматичних захворювань.

Ключові слова: стрес, синдром професійного вигорання, фармацевтичний працівник, психосоматичні захворювання, психопрофілактика

Вступ Будь яка професійна діяльність містить в собі потенційні джерела стресу, що призводять до виникнення синдрому професійного вигорання.

Фармацевтична діяльність не є виключенням, адже вона характеризується значною розумовою напругою. Це пов'язано з необхідністю прийому, аналізу та переробки інформації, обсяг якої в теперішній час значно збільшився; індивідуального підходу до кожного відвідувача аптеки. Вирішення таких завдань призводить до виняткового напруження сенсорного апарату, уваги, пам'яті, активного мислення та емоційної сфери. Ситуація ускладнюється чинником постійного знаходження фармацевтичного працівника у гнітючій атмосфері чужих негативних емоцій, що викликає стресову напругу і, як наслідок, сприяє виникненню психосоматичних захворювань. До цього додається і вантаж відповідальності за результати роботи, наслідком чого може бути, окрім власного погіршення здоров'я, ще і стійке зниження

результативності праці фармацевтичного працівника – професійна криза або професійне вигорання. Швидкий ритм роботи, відсутність або недолік преференцій з боку керівництва і підтримки колег, недостатня мотивація, постійний ризик штрафних санкцій, потреба зовні проявляти емоції, які не відповідають реаліям – все це джерела стресу в фармацевтичній діяльності.

Мета статті: проаналізувати наявні теоретичні підходи до визначення поняття «стрес»; розкрити основні джерела стресу в професійній діяльності фармацевтичних працівників; окреслити основні психопрофілактичні заходи з метою запобігання виникненню стрес - залежних захворювань та емоційного вигорання у фармацевтичних працівників.

Матеріали та методи дослідження Для розв'язання поставлених завдань було використано комплекс теоретичних методів дослідження: аналіз, синтез, теоретичне моделювання, узагальнення матеріалів, які представлені в науковій літературі щодо досліджуваної проблеми.

Виклад основного матеріалу. Англійське слово "стрес" походить від латинського "stringere", що дослівно означає "затягувати зашморг". Це дієслово увійшло у вжиток в 17 сторіччі і користувалися ним у тих випадках, коли доводилося описувати тяготи і страждання. В англійській мові 18 віків, слово "стрес" символізувало "силу, тиск, напругу або міцне зусилля" і характеризувало, головним чином, діяльність людини, функціонування органів його тіла і розумові здібності [9].

Одна з перших наукових спроб пояснити захворювання, пов'язані зі стресом була зроблена австрійським невропатологом Гансом Сельє. Згідно з його визначенням, "стрес – це неспецифічна відповідь організму на зовнішню або внутрішню дію підвищеної сили", причому стресом є все, що порушує нормальну взаємодію організму з середовищем. Він виділяє можливі реакції організму людини на стрес:

1. Несприятливі чинники (стресори) викликають реакцію стресу, тобто людина усвідомлено чи підсвідомо намагається пристосуватися до зовсім нової ситуації. Потім настає вирівнювання, чи адаптація. Людина або набуває

рівноваги в ситуації, що склалась, і стрес не дає ніяких наслідків, або не адаптується до неї – це так звана мал-адаптація (важка адаптація). Як наслідок цього можуть виникнути різноманітні психічні чи фізичні відхилення.

Іншими словами, стрес або достатньо довго продовжується, або виникає доволі часто. Причому часті стреси здатні привести до виснаження адаптаційної захисної системи організму що, в свою чергу, може стати причиною психосоматичних захворювань.

2. Пасивність. Вона проявляється у людини, адаптаційний резерв якої недостатній і організм не здатний ефективно протистояти стресу. Виникає стан безпорадності, безнадії, депресії. Але така стресова ситуація може мати зворотній характер. Дві інші реакції активні і підпорядковані волі людини.

3. Активний захист від стресу. Людина змінює сферу діяльності і знаходить щось більш корисне і доцільне для досягнення душевної рівноваги, що сприяє покращенню стану здоров'я (спорт, музика, робота в саду чи городі, колекціонування та ін.).

4. Активна релаксація, яка підвищує природну адаптацію людського організму – як психічну, так і фізичну [7;9].

Виділяють три стадії розвитку стресу: *тривога, адаптація, виснаження*.

На першій стадії *тривоги* організм намагається пристосуватися до стресу чи здолати його. На цій стадії відбувається мобілізація організму, а також формується готовність до психічної і фізичної діяльності. Якщо стрес - чинник продовжує впливати на організм, то настає друга стадія – *підвищеної опірності і стійкості*. Відбувається адаптація до ситуації, що змінилась, за рахунок підтримання принципово нового більш високого і енергозатратного режиму роботи функціональних систем організму.

На другій стадії вдається більш-менш компенсувати збиток від дії. Проте перебування в стані стресу не може тривати нескінченно довго, оскільки запаси адаптаційної енергії обмежені. Тому, якщо стресовий чинник і далі впливає на організм, виникає *третья стадія виснаження (дистрес)*. Якщо подразник продовжує діяти, то відбувається зниження загальної опірності організму, так

як вичерпуються його фізичні і психологічні резерви. На цій стадії є ризик виникнення стрес-залежних захворювань. Серед них *захворювання серцево-судинної системи*: атеросклероз, інсульт, ішемічна хвороба серця (інфаркт міокарда, стенокардія), гіпертонія, стрес-індукована кардіоміопатія такотсубо (синдром розбитого серця); *травної системи*: гастрит, виразка шлунку і дванадцятипалої кишки, порушення травлення, синдром подразненого кишківника, коліт, закреп, діарея; *ендокринної системи*: хвороби щитоподібної залози, цукровий діабет, ожиріння, гормонзалежні гінекологічні порушення; *дихальної системи*: розвиток і загострення бронхіальної астми, гіпервентиляційний синдром, виникнення частих застудних захворювань; *шкірної системи*: нейродерматит, екзема, випадіння волосся; *сечостатевої системи*: зниження сексуального потягу, еректильна дисфункція у чоловіків, аноргазмія у жінок, порушення процесів репродукції, енурез; *імунної системи*: деякі види онкологічних захворювань, ревматоїдний артрит та ін.; *нервової системи, порушення психіки*: вертебро-базиллярний синдром, вегетосудинна дистонія, неврози (в тому числі тривожні і депресивні розлади, посттравматичний стресовий розлад, головні болі, порушення сну та ін.) [7;4].

Основні симптоми стресу

Стресовий стан може проявляти себе в широкому діапазоні – від зовні малопомітних проявів до яскраво виражених, що кардинально змінюють стан організму. як на психічному, так і на фізіологічному рівні.

Основні симптоми стресу в залежності від сфери прояву представлені у таблиці 1.

Згідно теорії Г.Сельє, слід чітко розрізняти стан позитивного стресу (еустресу) і руйнівного стресу (дистресу). Еустрес мобілізує організм і збагачує його новими ефективними способами реагування на стресові події і здорове пристосування до них.

Результат дистресу – виснаження захисних сил організму, що призводить до зриву механізмів адаптації і розвитку різноманітних захворювань [7;10].

Симптоми стресу

психовегетативні	в когнітивній сфері	в сфері емоцій	на поведінковому рівні
Головні болі Розлади травлення Серцебиття Ядуха Нудота М'язові спазми Підвищена втомлюваність («хронічна втома») Болі неясного генезу Схильність до алергічних реакцій Гіпергідроз Підвищений м'язовий тонус Втрата свідомості Часті застудні захворювання Загострення хронічних захворювань Часте збільшення чи зниження маси тіла	Суб'єктивне відчуття «ослаблення пам'яті Втрата концентрації уваги Легка абстрагованість «Тунельний зір» Кошмарні сновидіння Помилкові дії Втрата ініціативи Постійні негативні думки Порушення суджень Імпульсивність мислення Схильність до прийняття поспішних рішень	Нерішучість Роздратованість Підозрілість Депресивний настрій Відчуття «внутрішньої напруги» Виснаження, відсутність ентузіазму. Цинічний, недоречний гумор Відчуття тривоги Втрата впевненості Знижена самооцінка Невдоволеність роботою Зниження задоволення від життя в цілому	Неспокій Метушливість, що не дозволяє сконцентруватися на певному завданні Втрата апетиту чи переїдання Втрата інтересу до протилежної статі Порушення мови Тремтіння голосу Ріст сімейних проблем Нераціональний розподіл часу Уникнення підтримки Антисоціальна поведінка (у підлітків)

Будь яка робота містить в собі потенційні джерела стресу, що призводять до виникнення синдрому професійного вигорання. У суспільних організаціях таких джерел шість: *ненормований день, відрядження, робочі перевантаження, невизначеність (двозначність) ролі в організації, рольовий конфлікт, відповідальність за інших.*

За результатами численних досліджень, були виділені наступні причини виникнення стресів на робочому місці:

1. Відсутність інформації про те, що відбувається в організації.
2. Нереальні терміни виконання завдань.
3. Робочі зустрічі в неробочий час.
4. Постійні зміни в графіках заходів.
5. Відсутність лідируючої ролі керівництва в прийнятті рішень у складних ситуаціях.
6. Значна кількість непередбачених обставин, які заважають планувати роботу (відрядження).
7. Нечітке делегування завдань.
8. Недостатність інформації про обов'язки співробітників організації.
9. Неузгодженість дій у службовому ланцюгу.
10. Зовнішні партнери.
11. Розмитість зон відповідальності [3;6].

До перерахованих вище причин можна додати стан емоційної напруги в професійній діяльності фармацевтичних працівників. Особливо великий вплив емоційної напруги у молодих провізорів (фармацевтів). Постійна дія різнонаправлених факторів професійної праці викликає у них погіршення результатів діяльності, зниження працездатності, появу нехарактерних помилок, зниження показників психічних процесів (пам'яті, мислення, уваги).

Оскільки фармацевтична діяльність передбачає взаємодію з відвідувачем аптеки, з колегами, з керівництвом, з колективом, в процесі цієї взаємодії найчастіше виникають міжособистісні конфлікти. Провізор (фармацевт) в процесі трудової діяльності взаємодіє з різними типами конфліктних особистостей. В процесі взаємодії між ними часто виникають конфлікти. Після перебування в напружених психологічних ситуаціях багато фармацевтичних працівників відчувають розбитість, пригніченість, бажання лягти, заснути. В окремих випадках емоційна напруга провізора (фармацевта) досягає критичного моменту, результатом цього є втрата самовладання і самоконтролю. Емоційні вибухи не проходять безслідно для здоров'я, отруюючи організм стресовими токсинами. Професійний обов'язок зобов'язує фармацевтичного працівника приймати зважені

рішення, долати спалахи гніву, дратівливості, відчаю. Проте зовнішнє стримування емоцій, коли всередині відбувається бурхливий емоційний процес, не приводить до заспокоєння, а, навпаки, підвищує емоційну напругу і негативно позначається на здоров'ї, викликаючи різного роду психосоматичні захворювання. Крім того, несприятливі емоційні стани, які загострюються, призводять до закріплення негативних особистісних якостей провізора (дратівливості, тривожності, песимізму і т.п.), що негативно позначається на ефективності діяльності і взаємовідносинах провізора (фармацевта) з відвідувачами аптеки і колегами. В результаті, у деякої частини фармацевтичних працівників процес адаптації до роботи затягується і виливається в загальну незадоволеність своєю професією. Характерно, що більшість з них не знає, як запобігти емоційній напрузі, зняти її симптоми, допомогти самому собі [1, 6].

Серед основних заходів, які попереджають розвиток синдрому емоційного вигорання, підвищують стресостійкість організму:

- Регулярний відпочинок, баланс роботи і дозвілля. «Вигорання» посилюється всякий раз, коли межі між роботою і особистим простором починаються стиратись і робота займає більшу частину життя.

- Регулярні фізичні вправи, як мінімум 3 рази в тиждень по 30 хвилин, (прогулянки, біг, танці, велосипед, робота в саду та ін.), як шляхи виходу енергії, що накопичується в результаті стресу.

- Адекватний сон як найважливіший чинник, що редукує стрес.

- Необхідне створення, підтримання «здорового робочого оточення», коли здійснюється планування почерговості, терміновості виконання справ, управління своїм часом та ін. Організація своєї роботи: часті короткі перерви в роботі (наприклад, по 5 хвилин кожен час), які більш ефективні, ніж рідкі і тривалі. Невеликі фізичні вправи корисні для користувачів комп'ютерів. Декілька глибоких вдихів із повільним видихом можуть протидіяти негайній стресовій реакції чи панічній атаці.

- Роз'яснення необхідності делегувати відповідальність (розділяти відповідальність за результати діяльності з співробітниками, клієнтами,

учнями, пацієнтами). Вироблення уміння говорити «ні». Ті люди, які притримуються позиції «Щоб робота була зроблена добре, потрібно її робити самому», безпосередньо прямують до емоційного вигорання.

– Наявність хобі (спорт, культура, природа). Потрібно пояснити необхідність наявності інтересів поза роботою, що дозволяє зняти напругу, яка виникла протягом робочого дня. Бажано, щоб хобі дало можливість розслабитись, відпочити (наприклад, живопис, а не автоперегони).

– Активна професійна позиція, прийняття відповідальності на себе за свою роботу, свій професійний результат, свої рішення, дії, зміни поведінки.

Висновки:

1. Таким чином, проведений аналіз теоретичних і емпіричних досліджень з проблеми наслідків стресу в професійній діяльності фармацевтичних працівників дозволяє виявити деякі стабільні моменти в його розумінні.

2. Провізори є особливою категорією професіоналів, що мають високий ризик виникнення стрес - залежних захворювань. Неприятливими чинниками є спілкування з хворими людьми, загострення почуття відповідальності, вплив стресу, який негативно впливає не лише на працездатність, але і на здоров'я людини в цілому.

3. Будь яка робота містить в собі потенційні джерела стресу, що призводять до виникнення синдрому професійного вигорання. У суспільних організаціях таких джерел шість: ненормований день, відрядження, робочі перевантаження, невизначеність (двозначність) ролі в організації, рольовий конфлікт, відповідальність за інших.

4. В ході дослідження ми виділили чинники, що впливають на виникнення синдрому «вигорання»: особистісні та ситуативні. Слід зазначити, що серед причин «емоційного вигорання» фармацевтичних працівників недостатня фахова компетентність, стурбованість щодо можливої втрати роботи; високе емоційне навантаження, пов'язане з виконанням професійних обов'язків: конфлікти з відвідувачами аптеки та ін..

5. Серед основних заходів, які попереджають розвиток синдрому емоційного вигорання, підвищують стресостійкість організму: регулярний відпочинок, регулярні фізичні вправи, адекватний сон, делегування відповідальності, наявність хобі, активна професійна позиція.

Перспективи подальших досліджень. Даним дослідженням проблема наслідків стресу в професійній діяльності фармацевтичних працівників не вичерпується. Планується створення корекційної програми з метою запобігання виникнення стрес – залежних захворювань та професійного вигорання у фармацевтичних працівників.

Литература

1. Бойко В.В. Синдром емоціонального вигорання в професіональному общении / В.В. Бойко. – СПб, 1999.-105с.

2. Бойко В.В. Энергия эмоций в общении: взгляд на себя и на других / В.В.Бойко. М: Информационно-издательский дом «Филинь», 1996. – 472 с.

3. Білоус М.В. Синдром «професійного вигорання у фармацевтичних працівників / М.В. Білоус // Збірник матер. наук. - практ. конф. з міжнар. участю, присвячений 50-річчю створення кафедри організації та економіки фармації Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького.- Львів, 2014. – С.14-16.

4. Білоус М.В. Науково-практичне обґрунтування активно впливаючих факторів на структуру та рівень захворюваності аптечних працівників (на прикладі Запорізької області): дис. ...кандидата фарм. наук:15.00.01/ Білоус Марія Вікторівна. – Запоріжжя: ЗДМУ, 2013. – 297с.

5. Водопьянова Н.Е. Синдром выгорания: диагностика и профилактика / Н.Е. Водопьянова, Е.С. Старченкова : 2-е изд. – СПб.: Питер, 2009. – 336 с.; ил. – (Серия «Практическая психология»).

6. Гончаренко Н.В. Психологічні чинники збереження психічного здоров'я майбутніх лікарів: дис. ... кандидата психол. наук: 19.00.04. / Гончаренко Наталія Володимирівна. – Київ: Інститут психології імені Г.С. Костюка НАПН України. 2015.- 192 с.

7. Игумнов С.А Стресс и стресс-зависимые заболевания /С.А. Игумнов, В.А. Жебентяев. – СПб.: Речь, 2011. – 346с.

8. А.А. Котвицька Синдром професійного вигорання у працівників фармацевтичної галузі / Котвицька А.А., Пузак Н.О., Пузак О.А. – Харків , НФУ, 2015

9. Маляр-Газда Н.М. Емоційне вигорання – актуальна проблема медицини сьогодні / Н.М. Маляр-Газда // Науково-практичний журнал для педіатрів та лікарів загальної практики-сімейної медицини. – 2015. – №3. – С 15-18.

10. Стресс жизни: Сборник. – ТОО «Лейла», СПб., 1994. -384с.

Резюме В статье определено понятие «стресс», проанализированы теоретические подходы к его определению. Раскрыты основные источники стресса в профессиональной деятельности фармацевтических работников. Рассмотрены объективные факторы и стадии возникновения стресса. Описано динамику переживания стресса в профессиональной деятельности фармацевтических работников. Очерчены основные психопрофилактические мероприятия с целью предупреждения возникновения эмоционального выгорания и развития психосоматических болезней.

Ключевые слова: стресс, синдром профессионального выгорания, фармацевтический работник, психосоматические болезни, психопрофилактика.

Summary The article describes the concept of stress, analyzes existing theoretical approaches to its definition. The main sources of stress in the professional activity of pharmaceutical workers are revealed. The objective factors and stages of occurrence are considered. Describes the dynamics of the experience of stress in the professional activities of pharmaceutical workers. The main psychological preventive measures are outlined in order to prevent the emergence of emotional burnout and development of psychosomatic illnesses.

Key words: stress, professional burnout syndrome, pharmaceutical worker, psychosomatic illness, psychoprophylaxis.

ДОСЛІДЖЕННЯ ІСТОРИЧНИХ АСПЕКТІВ СТАНОВЛЕННЯ ТА РОЗВИТКУ ФАРМАЦЕВТИЧНОЇ ЕТИКИ І ДЕОНТОЛОГІЇ В СТАРОДАВНЬОМУ СВІТІ

Котвіцька А.А., Кубарєва І.В., Горбаньов В.В.

Національний фармацевтичний університет, м. Харків, Україна

socpharm@nuph.edu.ua

РЕЗЮМЕ

Мета роботи є дослідження історичних аспектів становлення та розвитку фармацевтичної етики і деонтології в стародавньому світі. Історичний аналіз формування системи знань з моралі, фармацевтичної етики, біоетики та фармацевтичної деонтології.

Матеріали та методи: Для розв'язання поставлених завдань у дослідженні було використано комплекс загальнонаукових методів, а саме теоретичний, історичний, проблемно-хронологічний, порівняння, узагальнення та систематизації даних.

Результати дослідження. Досліджено історичні аспекти становлення та розвитку фармацевтичної етики і деонтології в стародавньому світі. У кожную історичну епоху відповідно до моралі, що панувала в суспільстві, принципи фармацевтичної етики і деонтології мали характерні особливості, проте загальнолюдські, позакласові етичні норми професії, визначені її гуманною суттю – прагненням полегшити страждання і допомогти хворій людині – залишаються непорушними. Одним із стародавніх джерел, у якому було сформульовано вимоги до лікаря і його права є Закони вавилонського царя Хаммурапі. Гіппократ уперше звернув увагу на питання належного ставлення лікаря до родичів хворого, до своїх учителів, взаємовідносин між лікарями. Етичні і деонтологічні принципи, які сформульовані Гіппократом, отримали подальший розвиток у працях Асклепіада, Цельса, Галена та ін.

Висновки: У діяльності досвідченого фахівця-фармацевта морально-етичні принципи повинні втілюватися у сукупність конкретних поведінкових

норм, сумлінне виконання яких буде для нього і професійним обов'язком, і справою професійної честі та гідності. Комплексний підхід до вирішення морально-етичних проблем сучасної фармації повинен спиратися у тому числі на теоретичний та практичний досвід цивілізацій стародавнього світу: вавилонської, індійської та грецької.

Ключові слова: фармацевтична етика, деонтологія, гуманізм, Гіппократ

Вступ. В умовах значних суспільних та науково-технічних змін, що мають суттєвий вплив на зміст та форми фармацевтичної діяльності, все більшого значення набуває фармацевтична етика і деонтологія, яка виховує такі морально-етичні цінностей фахівців фармації, як чесність, милосердя, совісність, готовність допомогти людині, відповідальність за доручену справу. Знайомство фахівців з етичними, біологічними та деонтологічними принципами і нормами сприяє належному виконанню професійних обов'язків впродовж практичної діяльності. Дослідження історичних аспектів становлення та розвитку фармацевтичної етики і деонтології становить значний науковий інтерес та має безпосередній вплив на сучасний стан медицини та фармації.

Метою роботи є дослідження історичних аспектів становлення та розвитку фармацевтичної етики і деонтології в стародавньому світі. Історичний аналіз формування системи знань з моралі, фармацевтичної етики, біоетики та фармацевтичної деонтології.

Методики дослідження. Для розв'язання поставлених завдань у дослідженні було використано комплекс загальнонаукових методів, а саме теоретичний, історичний, проблемно-хронологічний, порівняння, узагальнення та систематизації даних.

Основний матеріал дослідження. Фармацевтична етика і деонтологія пройшли великий і складний шлях становлення та розвитку, витоки їх йдуть з глибокої давнини. Основи фармацевтичної етики і деонтології було закладено в лікознавстві стародавнього світу. Етика (давньогрецьке *ethos* – звичка, звичай) – одна з найдавніших філософських теорій, об'єктом вивчення якої є

мораль, етичні проблеми, що виникають у суспільстві. Термін «етика» запропонував видатний філософ та вчений Стародавньої Греції Аристотель (384-322 рр. до н.е.), який створив фундаментальні трактати про моральність, поняття добра і зла, гідні або аморальні вчинки людей («Нікомахова етика», «Велика етика», «Евдемова етика»). Етичні вимоги до людей, які займалися лікуванням і виготовленням ліків, було сформовано ще в рабовласницькому суспільстві, коли відбувся розподіл праці, і лікування стало окремою професією.

Лікувальна справа та моральність лікаря підтримувались не тільки високими грошовими винагородами, а й суворою відповідальністю за невдале лікування через некомпетентність лікаря або коли лікар свою діяльність перетворював на джерело особистого збагачення.

Одним із стародавніх джерел, у якому сформульовано вимоги до лікаря і його права є Закони вавилонського царя Хаммурапі (1792-1750 рр. до н.е.). Вони висічені на базальтовому стовпі заввишки 2.25 м. Лицьовий бік угорі прикрашений рельєфним зображенням Хаммурапі, котрий стоїть перед богом сонця Шамашем і одержує з його рук жезл суддів. Серед 282 статей законів питанням лікознавства присвячено 11, що свідчить про ту велику увагу, яку приділяли медицині і, зокрема взаєминам між лікарем і пацієнтом, правовим аспектам діяльності цілителів. У разі успішного лікування цілителі отримували досить високу винагороду. У Месопотамії мірою вартості, засобом обміну і платежу було срібло – у часи Хаммурапі близько 8,4 г. срібла складали 1 сикль. Гонорар хірурга за найпростішу операцію складав 5 сиклів срібла. На ці гроші можна було придбати п'ять відгодованих свиней чи хліба, якого вистачило одній людині на півроку.

Висока плата цілителю за лікування була пов'язана з суворістю законів Хаммурапі і з великим ризиком його професії через звичаї «таліона» (від. лат. talio – відплата) – відплата рівним за рівне: око за око, зуб за зуб. Якщо лікар спричинить смерть пацієнта, або пошкодить око хворого, що призведе до сліпоти, то лікар карався відсіканням пальців правої руки, чим лишався

можливості для подальшої хірургічної практики. Крім того за суттєві помилки лікар сплачував великі штрафи або, наприклад, за спричинену лікуванням інвалідність робітника змушений був взамін віддати господареві свого зорового робітника.

У кожен історичну епоху відповідно до моралі, що панувала в суспільстві, принципи фармацевтичної етики і деонтології мали характерні особливості, проте загальнолюдські, позакласові етичні норми професії, визначені її гуманною суттю – прагненням полегшити страждання і допомогти хворій людині – залишаються непорушними, принципи фармацевтичної етики і деонтології визначалися також рівнем розвитку медичної та фармацевтичної науки.

У Стародавній Індії рекомендували лікувати тільки виліковні хвороби, а від невиліковних хвороб слід було відмовлятися, як і від тих пацієнтів, хто не видужав протягом року. За грубі помилки лікарю могли присудити великий штраф або, подібно до злодія, відрізати ніс чи вухо. У такий спосіб у стародавні часи боролись із невіглаством у медицині, з порушеннями професійних та моральних норм, з використанням медичної діяльності для особистого збагачення. Індійські жерці укладали тексти вед – одкровенень, або священного учення, а також самхит – збірників гімнів, закликань і молитов. Були й самхіти медичного змісту, так збірники медичних порад, складені видатними лікарями Чаракою (I-II ст. н.е.) і Сушрутою (IV ст. н.е.), також називалися самхітами: «Чарака-самхіта», «Сушрута-самхіта». Серед вед відомі: «Рігведа» – веда гімнів і міфологічних сюжетів, «Самаведа» – веда пісень, «Яджурведа» – веда жертвних заклинань, «Атхарваведа» – веда замовлянь і заклинань, зокрема й проти хвороб.

Питання медичної деонтології знайшли віддзеркалення і в найдавнішій пам'ятки індійської літератури – Аюрведі – мистецтво лікування, учення про довге здорове життя. В Аюрведі, своєрідній медичній енциклопедії, описано ознаки багатьох хвороб і понад 1000 лікарських рослин, засобів тваринного походження, мінеральних речовин. Деяке уявлення про медичну діяльність

дають твори народного епосу «Махабхарата» і «Рамаяна». У давньому збірнику оповідань і байок «Панчатантрі» є відомості про лікувальні засоби, хвороби, лікарів, різні способи лікування. Джерелом вивчення давньоіндійської медицини та фармації є юридична пам'ятка «Закони Ману», у яких викладено норми звичаєвого права, державний устрій, кастова регламентація, санітарно-гігієнічні правила, положення про медичну допомогу населенню тощо. Трактати постійно підкреслюють, що справжній лікар окрім доброго знання теорії і практики повинен володіти моральними чеснотами: безкорисливістю, чесністю, сміливістю, самовладанням. існувало поняття лікарської таємниці: відомості, отримані від хворого, не розголошувалися, якщо вони могли справити важке враження на близьких людей.

У Стародавній Греції Гіппократ (бл. 460-370 рр. до н.е.), на основі набутого стародавніми лікарями досвіду, створив кодекс законів для багатьох поколінь лікарів, і вони достойно несуть крізь віки цей факел істинного гуманізму й милосердя. У своїй знаменитій Клятві, у книгах «Закон», «Про лікаря», «Настанови», «Про сприятливу поведінку», «Про мистецтво», «Афоризми», він створив кодекс моральних норм, обов'язкових для тих, хто на все життя вибрав лікування своєю професією. Під впливом ідей Гіппократа в наступні історичні періоди виняткову увагу приділяли етичній поведінці лікаря.

Гіппократ зробив неоціненний внесок у розвиток медичної деонтології. Нащадки пам'ятають такі його настанови: «Перш за все, не нашкодь», «Там, де є любов до людей, там є й любов до медичного мистецтва», «Лікар-філософ подібний до Бога», «Все, що використовує лікар для лікування хвороби, повинно приносити хворому тільки користь». Велич Гіппократа полягає перш за все, в його гуманізмі, у тому, що він вважав людину вінцем природи, ці погляди пронизують увесь текст Клятви Гіппократа, у якій містяться вічні істини, які не зможе змінити час.

Система лікування Гіппократа базувалася на певних принципах: 1) «перш за все – не нашкодити»; 2) протилежне лікувати протилежним; 3) допомагати

природі, погоджувати свої дії з її зусиллями позбутися хвороби; 4) дотримуватися обережності у призначення лікарських засобів.

Гіппократ уперше звернув увагу на питання належного ставлення лікаря до родичів хворого, до своїх учителів, взаємовідносин між лікарями. Етичні і деонтологічні принципи, які сформульовані Гіппократом, отримали подальший розвиток у працях Асклепіада, Цельса, Галена та ін. У добу середньовіччя розробкою питань належного ставлення лікаря до хворого займалися представники Салернської медичної школи, названої Гіппократовою общиною.

Висновки. Біля чотирьох тисяч років у світовій історії та культурі формувалися, змінювали один одного різні морально-етичні принципи, правила, рекомендації, що супроводжують багатовікове існування світової медицини та фармації. Сучасний світ стає дійсно відкритим і, як наслідок, потреба вдосконалювати основні принципи фармацевтичної етики і деонтології набуває все більшої актуальності у світі, що трансформується. У діяльності досвідченого фахівця-фармацевта морально-етичні принципи повинні втілитися у сукупність конкретних поведінкових норм, сумлінне виконання яких буде для нього і професійним обов'язком, і справою професійної честі та гідності. Комплексний підхід до вирішення морально-етичних проблем сучасної фармації повинен спиратися у тому числі на теоретичний та практичний досвід цивілізацій стародавнього світу: вавилонської, індійської та грецької.

Використана література

1. Гиппократ Избранные книги / Гиппократ. – М. : «Сварог», 1994. – 736 с.
2. Гиппократ Этика и общая медицина) Гиппократ – М. : Мир книги, Литература, 2007. – 336 с.
3. Етика та деонтологія у фармації: навч. посіб. для студентів вищ. навч. закл. / В. В. Малий, З. Р. Сафіуліна, М. М. Кобець та ін. – Х. : НФаУ : Золоті сторінки, 2017. – 248 с.

4. Деонтологія в медицині: підручник / О. М. Ковальова, Н. А. Сафаргаліна-Корнілова, Н. М. Герасимчук. – 2-е вид., випр. – К.: ВСВ «Медицина», 2018. – 240 с.

5. Історія медицини та фармації: навч. посіб. для студентів вищ.фармац. навч. закл. та фармац. ф-тів ВНЗ МОЗ України / А. А. Котвіцька, В. В. Горбаньов, Н. Б. Гавриш та ін. – Х. : НФаУ : Золоті сторінки, 2016. – 168 с.

6. Котвіцька, А. А. Дослідження впровадження етичного кодексу фармацевтичних працівників України у практичну діяльність / А. А. Котвіцька, І. О. Сурікова, Н. Б. Гавриш // Соціальна фармація в охороні здоров'я. – 2015. – № 1. – С. 45-52.

7. Котвіцька, А. А. Ретроспективний огляд формування моральних принципів медичної та фармацевтичної етики / А. А. Котвіцька, Н. В. Чмихало // Менеджмент та маркетинг у складі сучасної економіки, науки, освіти, практики : матеріали II Міжнар. наук.-практ. Internet-конф. 27-28 березня 2014 р., м. Харків. – Х. : Вид-во НФаУ. – 2014. – С. 101-103.

**STUDY OF THE HISTORICAL ASPECTS
OF THE FORMATION AND DEVELOPMENT
OF PHARMACEUTICAL ETHICS AND DEONTOLOGY
IN THE ANCIENT WORLD**

A.A. Kotvitska, I.V. Kubareva, V.V. Horbanov

Aim. Study of historical aspects of the formation and development of pharmaceutical ethics and deontology in the ancient world. Historical analysis of the formation of a system of knowledge in the field of morality, pharmaceutical ethics, bioethics and pharmaceutical deontology.

Materials and methods of scientific analysis, theoretical, historical, problem-chronological, comparison, generalization and systematization of data.

Results. The historical aspects of the formation and development of pharmaceutical ethics and deontology in the ancient world are investigated. In each

historical epoch, in accordance with the morality that prevailed in society, the principles of pharmaceutical ethics and deontology had characteristic features, but the common human, non-class ethical norms of the profession, defined by its humane essence — the desire to alleviate suffering and help the sick person — remain unshakable. One of the ancient sources in which the requirements for a doctor were formulated and his rights are the Laws of the Babylonian King Hammurabi. Hippocrates for the first time drew attention to the issues of proper attitude of the doctor to the relatives of the patient, to their teachers, the relationship between doctors. The ethical and deontological principles formulated by Hippocrates were further developed in the works of Asklepiad, Celsus, Galen, and others.

Conclusions. In the activities of an experienced pharmacist, moral and ethical principles should be embodied in a set of specific behavioural norms, the honest implementation of which will be for him both a professional duty and a matter of professional honour and dignity. An integrated approach to solving the moral and ethical problems of modern pharmacy should be based, among other things, on the theoretical and practical experience of the civilizations of the ancient world: Babylonian, Indian and Greek.

Key words: pharmaceutical ethics, deontology, humanism, Hippocrates.

ИССЛЕДОВАНИЕ ИСТОРИЧЕСКИХ АСПЕКТОВ СТАНОВЛЕНИЯ И РАЗВИТИЯ ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОЙ ЭТИКИ И ДЕОНТОЛОГИИ В ДРЕВНЕМ МИРЕ

А.А. Котвицкая, И.В. Кубарева, В.В. Горбанев

Цель: исследование исторических аспектов становления и развития фармацевтической этики и деонтологии в древнем мире. Исторический анализ формирования системы знаний в сфере морали, фармацевтической этике, биоэтике и фармацевтической деонтологии.

Материалы и методы: для разрешения поставленных задач в исследовании было использовано комплекс общенаучных методов, а именно

теоретический, исторический, проблемно-хронологический, сравнения, обобщения и систематизации данных.

Результаты исследования. Исследовано исторические аспекты становления и развития фармацевтической этики и деонтологии в древнем мире. В каждую историческую эпоху в соответствии с моралью, царившей в обществе, принципы фармацевтической этики и деонтологии имели характерные особенности, однако общечеловеческие, внеклассовые этические нормы профессии, определенные ее гуманной сутью – стремлением облегчить страдания и помочь больному человеку – остаются незыблемыми. Одним из древних источников, в котором были сформулированы требования к врачу и его права являются Законы вавилонского царя Хаммурапи. Гиппократ впервые обратил внимание на вопросы надлежащего отношения врача к родственникам больного, к своим учителям, взаимоотношениям между врачами. Этические и деонтологические принципы, сформулированные Гиппократом, получили дальнейшее развитие в трудах Асклепиада, Цельса, Галена и др.

Выводы: В деятельности опытного специалиста-фармацевта морально-этические принципы должны воплотиться в совокупность конкретных поведенческих норм, добросовестное выполнение которых будет для него и профессиональной обязанностью, и делом профессиональной чести и достоинства. Комплексный подход к решению морально-этических проблем современной фармации должен опираться в том числе на теоретический и практический опыт цивилизаций древнего мира: вавилонской, индийской и греческой.

Ключевые слова: фармацевтическая этика, деонтология, гуманизм, Гиппократ.

ОБОСНОВАНИЕ РАЗРАБОТКИ ПРЕПАРАТА НИФЕДИПИНА В КАЗАХСТАНЕ

Абдыкаримов И.Д., Лосева И.В.

Медицинский университет Караганды, г. Караганда, Республика Казахстан

imakedonsky@bk.ru

Резюме: проводится маркетинговое исследование, по результатам которого будет определена необходимость в разработке нифедипина отечественного производства, субстанция которого получена синтезом в условиях микроволновой активации на базе Карагандинского Государственного Медицинского Университета.

Вступление: Сердечно-сосудистые (СС) патологии на сегодняшний день являются причиной инвалидности и смертности в мировой практике, а артериальная гипертензия (АГ) является "бичом" XXI века. Это один из самых распространенных в мире хронических недугов, с которым после 40 лет сталкивается каждый 10-й, после 50 лет – каждый 5-й, а после 60 лет – чуть ли не каждый 3-ий человек. На глобальном уровне сердечно-сосудистые заболевания являются причиной смерти почти 17 млн. человек в год, это треть от общего числа смертей. Из них осложнения гипертонии вызывают 9,4 млн. случаев смерти в мире ежегодно. Данная проблема актуальна и для Казахстана, где около 40% взрослого населения страдает артериальной гипертензией различной степени тяжести [1,2,3].

Лечение АГ является одним из наиболее активно развивающихся разделов медицины, в котором достигнуты значительные результаты. На сегодняшний день имеется значительный список гипотензивных лекарственных средств и востребованность данной группы препаратов постоянно растет.

Нифедипин относится к фармакологической группе антагонистов кальция, представленной большой группой препаратов, различающихся по

химической структуре, тканевой специфичности, продолжительности терапевтического эффекта [4,5].

По химической структуре данная фармакологическая группа представлена следующими подгруппами: фенилалкиламинами (верапамил, галлопамил и др.); 1,4-дигидропиридинами (нифедипин, нитрендипин, нимодипин, амлодипин, лацидипин, фелодипин, никардипин, исрадипин, лерканидипин и др.); бензотиазепинами (дилтиазем, клентиазем и др.);- дифенилпиперазинами (циннаризин, флунаризин);- диариламинопропиламинами (бепридил).

Цель: Обоснование необходимости разработки технологии производства препарата нифедипина в Республике Казахстан (РК) на основе субстанции, полученной органическим синтезом в условиях микроволновой активации.

Методы исследования: Использовались маркетинговые и аналитические методы.

Основной материал исследования: государственный реестр лекарственных средств РК, протоколы диагностики и лечения, результаты научных исследований и публикации по теме.

Нифедипин был впервые синтезирован в 1966 году и на сегодняшний день является одним из наиболее изученных препаратов группы 1,4-дигидропиридинов. Он входит в официальные протоколы диагностики и лечения артериальной гипертензии в РК и включен в Казахстанский национальный лекарственный формуляр, что демонстрирует достаточную изученность и доказанную эффективность данного препарата [6,7].

В мире производится несколько десятков лекарственных препаратов, содержащих нифедипин в качестве действующего вещества. В государственном реестре ЛС в РК в 2017 году было зарегистрировано лишь несколько из них – под торговыми названиями драже Нифедипин, 10мг (Украина); таблетки Коринфар, 10мг, (Хорватия), таблетки Кордипин, 20мг (Словения), таблетки Кордафен, 10мг; таблетки Нифекард XL, капли Фармадипин, 2% (Украина). Большинство препаратов представлены в твердой лекарственной форме (драже, таблетки) и только один в виде капель для приема внутрь (Фармадипин) [8].

Нифедипин не входит в список лекарственных средств, закупаемых в РК в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи, и препараты нифедипина представлены только в розничном секторе фармацевтического рынка Казахстана.

Нифедипин обладает отчетливым эффектом при лечении больных ишемической болезнью сердца и артериальной гипертонией. Фармакоэпидемиологические исследования, проводимые в различных странах мира, показывают, что назначения антигипертензивных препаратов обычно зависят от предпочтений врачей и нифедипин не является препаратом выбора в большинстве случаев, но все же в определенных случаях назначается примерно 20% врачей терапевтического профиля [9,10].

В публикациях некоторых исследователей показано, что у некоторых больных стабильной стенокардией напряжения нифедипин является самым эффективным антиангинальным препаратом, превосходя по выраженности эффекта препараты других групп. Нифедипин также можно использовать в случаях, когда противопоказан ряд других препаратов, используемых для лечения сердечно-сосудистых заболеваний, т.к. он не противопоказан при обструктивных заболеваниях легких, нарушениях периферического кровообращения, сахарном диабете 1-го типа, язвенной болезни желудка, его прием возможен при выраженной брадикардии, атриовентрикулярных блокадах, синдроме слабости синусового узла [11].

В клинических исследованиях казахстанских ученых показана высокая эффективность нифедипина при купировании гипертонических кризов [12].

В исследованиях, проводимых в Восточном Казахстане, отмечено, что препараты группы антагонистов кальция имеют довольно высокую приверженность у больных как при монотерапии, так и в составе фиксированных комбинаций [13].

В опубликованном в 2019 году пресс-релизе Европейской ассоциации кардиологов представлены результаты исследования, которое показало, что препараты, используемые для лечения высокого кровяного давления и

стенокардии, содержащие нифедипин в больших дозах (выше 60 мг) увеличивают риск внезапной остановки сердца, что, возможно, повлияет на назначение данного лекарственного средства у ряда больных [14].

Одним из крупнейших исследований, подтвердивших эффективность и безопасность использования нифедипина в лечении больных с артериальной гипертонией, явилось исследование INSIGHT (International Nifedipine GITS Study Intervention as a Goal in Hypertension Treatment), в которое были включены 320 пациентов в возрасте от 55 до 80 лет с АД более 150/95 мм рт. ст. или с изолированным повышением систолического АД более 160 мм рт. ст. и высоким СС риском. В исследование включались больные с гиперхолестеринемией, сахарным диабетом, с отягощенным семейным анамнезом раннего развития СС заболеваний, гипертрофией миокарда левого желудочка, протеинурией, поражением периферических артерий, ИБС, перенесенным ранее ИМ. В результате 3-летней терапии среднее АД снизилось в обеих группах примерно в равной степени (в среднем с 173/99 до 138/82 мм рт. ст.). Первичная конечная точка (смерть от СС причин, ИМ, сердечная недостаточность или инсульт) была достигнута в 382 случаях: у 200 (6,3%) из 3 157 больных в группе нифедипина и в 182 случаях (5,8%) из 3 164 в группе больных, получавших диуретики (ОР 1,1; 95% ДИ 0,9–1,3; $p=0,35$). Таким образом, в результате исследования были получены данные, свидетельствующие о сопоставимом влиянии нифедипина ГИТС и диуретиков (гидрохлортиазида и амилорида) по влиянию на комбинированную конечную точку (ИМ, сердечная недостаточность, инсульт, СС смертность и смертность по другим причинам) у больных АГ высокого риска. Результаты исследования INSIGHT предполагают, что у лиц 55-80 лет наиболее важным в лечении АГ является достижение оптимальных цифр АД.

Согласно американским рекомендациям по лечению АГ (JNC7), в случае гипертонического криза (который определяется как повышение АД более 180/120 мм рт. ст. с прогрессирующей симптоматикой поражения органов-мишеней) в течение первого часа уровень АД следует снижать не более чем на

25% от исходного, а затем, при стабилизации клинического состояния, – до 160/110 мм рт. ст. в течение 2-6 ч. Избыточного снижения АД необходимо избегать в связи с риском почечной недостаточности, ишемии головного мозга и миокарда. По этой причине короткодействующий нифедипин не одобрен FDA США (административный регулирующий орган по пищевым продуктам и лекарствам) для лечения АГ, в то время как пролонгированные формы нифедипина разрешены для регулярной терапии.

Одним из крупнейших исследований, подтвердивших высокую эффективность и безопасность использования нифедипина у больных со стабильной стенокардией, явилось исследование ACTION. Главным достоинством этого исследования явились данные о безопасности применения нифедипина при стабильной ИБС и возможность снижения количества новых случаев декомпенсации сердечной недостаточности и потребности в реваскуляризации. Дополнительный ретроспективный анализ базы данных ACTION показал, что у больных со стабильной стенокардией нифедипин не только обеспечивал лучший контроль АД, но и способствовал снижению частоты тяжелых СС осложнений у больных, которым нифедипин назначался на фоне ингибиторов АПФ или блокаторов рецепторов ангиотензина II (БРА), а также у лиц с ИСАГ. Дополнительное назначение нифедипина ГИТС (n=1 732) существенно снижало любые СС осложнения на 20% (p<0,05) и комбинированную конечную точку (смерть, любое СС осложнение или потребность в реваскуляризации) на 16% (p<0,05). Необходимо отметить, что эти клинические преимущества были достигнуты за счет относительно небольших изменений АД (на 3,2 мм рт.ст. систолического АД и на 2,3 – диастолического АД). У больных с ИСАГ нифедипин существенно снижал вероятность любого СС осложнения на 22% (p<0,01) и новых случаев сердечной недостаточности на 40% (p<0,01). Наименьший уровень осложнений в этом исследовании имели пациенты, получавшие комбинацию блокаторов РАС и больные с ИСАГ. Кроме того, результаты анализа подчеркивают

необходимость более жесткого контроля АД (особенно систолического) с помощью комбинации антигипертензивных средств.

Важной медико-социальной проблемой является АГ у беременных. Адекватная антигипертензивная терапия определяет исход беременности и родов и последующее состояние матери и плода. Вместе с тем, выбор антигипертензивных препаратов у беременных невелик, так как, с одной стороны, их применение во время гестации ограничено вследствие возможного неблагоприятного влияния на плод, с другой стороны – в силу этических проблем рандомизированные плацебоконтролируемые исследования у беременных женщин проводятся редко. За последние 30 лет проведено лишь семь международных исследований по оценке эффективности и безопасности различных схем антигипертензивной терапии у беременных. Из многообразия лекарственных средств для лечения этой категории больных используются центральные α_2 -агонисты (метилдопа), бета-адреноблокаторы, АК и отдельные вазодилататоры миотропного действия. Наиболее изученным АК, рекомендованным для лечения АГ при беременности в качестве препарата первой или второй линии, является нифедипин. Нифедипин эффективно контролирует уровень АД как при длительном применении, так и при неосложненных гипертонических кризах у беременных [15].

В государственном реестре РК нет ни одной зарегистрированной лекарственной формы нифедипина отечественного производства.

В настоящее время микроволновая активация в органическом синтезе (Microwave Assisted Organic Synthesis – MAOS) является одним из наиболее бурно развиваемых направлений в органическом синтезе. Прежде всего, это связано с многократным сокращением времени химических реакций (в десятки, сотни и тысячи раз). Потенциальный экономический эффект является бесспорным стимулом к развитию и продвижению данного направления органического синтеза, к созданию промышленно востребованных технологий [16,17].

Группой карагандинских ученых был разработан новый способ синтеза 1,4-дигидропиридинов в условиях микроволновой активации. В отличии от

классического синтеза, разработанные методы характеризуются значительным сокращением времени синтеза (с 6 часов до 30-50 секунд) высокими выходами конечных продуктов (80-90%) и интенсивностью процессов, простотой аппаратного оформления и воспроизводимостью. Полученные результаты предложены для использования химическими и фармацевтическими компаниями для создания библиотек биологически активных веществ, а также для масштабирования синтезов до промышленных масштабов [16].

Выводы: Маркетинговое исследование препаратов нифедипина, представленных на фармацевтическом рынке Казахстана, а также возможность наработки отечественной субстанции нифедипина на основе уникальной методики синтеза, разработанной казахстанскими учеными, показывает перспективность разработки технологии отечественного препарата нифедипина. Однако необходимо подтверждение ее экономической целесообразности и проведение дополнительного исследования структуры врачебных назначений антигипертензивных препаратов в Казахстане.

Литература:

1. Глобальное резюме по гипертонии. Безмолвный убийца, глобальный кризис общественного здравоохранения. ВОЗ. – https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/79059/WHO_DCO_WHD_2013.2_rus.pdf;jsessionid
2. Сердечно-сосудистые заболевания. Информационный бюллетень ВОЗ № 317. Январь 2015.
3. Камалиев М.А., Альмуханова А.Б. Болезни системы кровообращения в Республике Казахстан и обеспечение населения высокотехнологичной медицинской помощью //International Scientific and Practical Conference “World science”. № 4(4), Vol.2, 2015. P.30-33.
4. Opie L.H. Calcium channel blockers for hypertension. Am J Hypertens 1997. -№10. – P.565—77.

5. Конради А.О. Нифедипин ГИТС – «ниша» в современном лечении АГ. Артериальная гипертензия. 2009;15(2):185- 190. – <https://doi.org/10.18705/1607-419X-2009-15-2-185-190>
6. Клинический протокол диагностики и лечения артериальной гипертензии РК. – <https://diseases.medelement.com/disease/>
7. Казахстанский национальный лекарственный формуляр. – <http://www.knf.kz/index.php/ru/6>.
8. Государственный реестр ЛС, ИМН и МТ РК. – http://www.dari.kz/category/gosudarstvennyi_reesttr
9. В.П.Вдовиченко Сравнительный анализ предпочтений врачей из двух регионов Беларуси при амбулаторном лечении артериальной гипертензии//Журнал ГрГМУ. – 2009. – №1. – С.100-104
10. Guidelines for the Management of Arterial Hypertension. The Task Force for the Management of Arterial Hypertension of the European Society of Hypertension (ESH) and of the European Society of Cardiology (ESC) // J. Hypertens. – 2007. – Vol. 25. – P. 1105-1187.
11. «Review: Nifedipine for hypertension may not increase the risk for adverse cardiovascular events». ACP J Club 1998; 128: 2. Abstract of:
12. Stason W.B., Schmid C.H., Niedzwiecki D., et al. Safety of nifedipine in patients with hypertension. A meta-analysis. Hypertension 1997;30:7—14, and from the accompanying Commentary by C. Rembold.
13. М.Т.Искакова. Использование нифедипина в купировании гипертонического криза // Медицинский журнал Западного Казахстана. – 2011. – №4(32). – с. 65
14. А. Е. Мусина, Р. Е. Тулеутаева. Факторы, влияющие на приверженность к антигипертензивной терапии у пациентов с артериальной гипертензией в Восточном Казахстане // Наука и здравоохранение. – 2017. – № 5. – С.42-54.
15. PUBLIC RELEASE: 17-MAR-2019 Commonly used heart drug associated with increased risk of sudden cardiac arrest, EUROPEAN SOCIETY OF

CARDIOLOGY. – https://www.eurekalert.org/pub_releases/2019-03/esoc-cuh031219.php

16. А. А. Гарганеева. Дигидропиридиновые антагонисты кальция. Место нифедипина в современной кардиологической практике // Рациональная фармакотерапия в кардиологии. -2011. -Том 7. – № 3. – С. 356-364

17. Д.П. Хрусталёв. Методы синтеза некоторых 1,4-дигидропиридинов в условиях микроволнового облучения // Труды Межд. научно-практ. конф. «Современное состояние и перспективы развития науки и высшего образования в Центральном Казахстане». –Караганда. – 2008. – С.37-40.

18. Сулейменова А.А., Хрусталев Д.П., Фазылов С.Д., Мулдахметов З.М., Газалиев А.М. Применение микроволновой активации в синтезе известных препаратов блокаторов кальциевых каналов // Труды Межд. научно-практ. конф. «Наука и ее роль в современном мире». – Караганда, 2009. – С. 424-429.

Summary: we conduct a marketing research which results will determine the need for the development of nifedipine production in Kazakhstan, which substance was obtained by synthesis under microwave activation conditions on the basis of Medical University of Karaganda.

**АКТУАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ РАЗРАБОТКИ
КОМПЛЕКСНОЙ НАСТОЙКИ
ИЗ ЛЕКАРСТВЕННОГО РАСТИТЕЛЬНОГО СЫРЬЯ**

Искакова С.А., Капсалямова Э.Н.

Акционерное общество «Национальный медицинский университет», г. Алматы,

Казахстан

salta_18@mail.ru

РЕЗЮМЕ

В данном тезисе рассматриваются актуальные аспекты разработки комплексной настойки из лекарственного растительного сырья.

Ключевые слова: настойка, лекарственное растительное сырье, антистрессорный.

Актуальность темы. По-прежнему огромным спросом у населения пользуются фитопрепараты. Настойки являются одним из самых распространенных лекарственных форм на основе растительного сырья. Они просты в изготовлении и имеют сравнительно невысокую стоимость. Учитывая возрастающую потребность в лекарственных средствах природного происхождения, для фармацевтической промышленности интерес представляют виды растений, произрастающие или культивируемые на территории страны-производителя. Именно поэтому важность БАД как группы предупреждающей заболевания, в т.ч. вызванные неблагоприятными экологическими факторами, и представляющей собой, в основном природные фитокомпозиции, очевидна. Поэтому разработка антистрессорного композитного фитосостава, лечебно-профилактической направленности действия, несомненно, актуальная задача. Тем более что сочетание таких известных фитокомпонентов как валериана, пустырник, боярышник, конский каштан, пион, могут обеспечить не только традиционное седативное действие,

но и вызвать потенцирующий эффект, что позволит сократить дозировку и обеспечить соответствующее действие на физиологическом уровне.

Актуальность темы подчеркивают и выбранные модели исследования: основные составляющие этой композиции – валериана, пустырник, боярышник, пион, каштан конский – объекты, достаточно изученные и имеющие гарантированную сырьевую базу в Казахстане.

Цель исследования: Разработка комплексной настойки из лекарственного растительного сырья.

Задачи исследования:

1. Провести маркетинговый анализ лекарственных настоек фармацевтического рынка РК
2. Провести контроль качества комплексной настойки из лекарственного растительного сырья
3. Разработка и оптимизация комплексной технологии получения настойки

Объект исследования: лекарственное растительное сырье

Субъект исследования: комплексная настойка

Методы исследования. В работе использованы физические, физико-химические, технологические и микробиологические методы.

Результаты: По нашему мнению, успешное решение проблемы создания конкурентоспособных импортозамещающих лекарственных растительных препаратов возможно только на основе комплексного подхода, включающего исследования по созданию сырьевой базы, изучению компонентного состава, выявлению биологически активных соединений (БАД), разработать объективные методы стандартизации, обосновать технологии получения лекарственной настойки. Таким образом, в результате проведенных исследований создана методологическая основа для создания конкурентоспособных импортозамещающих лекарственных растительных препаратов, а также совершенствования их технологии получения.

Вывод и практическая значимость: Теоретическая значимость работы заключается во всестороннем обосновании оптимального состава и технологии

получения, методов анализа комплексной настойки из лекарственного растительного сырья.

Список использованной литературы:

1. Быков, В.А. Перспективы развития производства фитопрепаратов и фитотерапии/ Быков В.А.// Человек и лекарство: Тез. докл. 9 Рос. нац. конгр. 8-12 апр., 2002 г. М., 2002. – С 347.
2. Лекарственное растительное сырье. Фармакогнозия: учеб. пособие / под ред. Г. П. Яковлева, К. Ф. Блиновой. — СПб.: СпецЛит, 2004. — 765 с. - 3000 экз. ISBN 5-299-00267-X.

**ACTUAL ASPECTS OF THE DEVELOPMENT OF COMPLEX TINCTURE
FROM MEDICINAL PLANT MATERIALS**

Iskakova S.A., Kapsalyamova E.N.

This article conducted a marketing analysis of medicinal tinctures in the pharmaceutical market of the Republic of Kazakhstan.

Keywords: tincture, medicinal plant materials, antistress.

ТЕЗИ КОНФЕРЕНЦІЇ

**СОЦІАЛЬНА ФАРМАЦІЯ:
ЇЇ РОЛЬ І МІСЦЕ У СУЧАСНІЙ ОСВІТІ
ТА НАУЦІ**

НАПРЯМИ ІНТЕГРАЦІЇ МЕДИЧНОЇ ТА ФАРМАЦЕВТИЧНОЇ ДОПОМОГИ ХВОРИМ НА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ НА ОСНОВІ ПРИНЦИПІВ СОЦІАЛЬНОЇ ФАРМАЦІЇ ТА З ВИКОРИСТАННЯМ СУЧАСНИХ КОМП'ЮТЕРНИХ ТЕХНОЛОГІЙ

Бойко А.І., Марків Н.В., Бойко А.А.

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького,
м. Львів, Україна

Тернопільське обласне виробничо-торгове аптечне об'єднання, м. Тернопіль,
Україна

abojko71@yahoo.com

Вступ. Під час 70-ї сесії Генеральної Асамблеї ООН (м. Нью-Йорк, 2015) відбувся саміт ООН зі сталого розвитку, де було затверджено 17 Глобальних Цілей сталого розвитку людства до 2030 р. та 169 завдань для їх виконання. Україна приєдналася до вищевказаного процесу, встановивши національні пріоритети та визначивши завдання з їх досягнення. Розпорядженням Кабінету Міністрів України №530-р від 26.06.18 затверджено Національний план заходів щодо неінфекційних захворювань для досягнення глобальних цілей сталого розвитку, що сприятиме формуванню та розвитку системи громадського здоров'я, зменшенню смертності від неінфекційних захворювань, зокрема цукрового діабету (ЦД). Тому опрацювання сучасних напрямів інтеграції медичної та фармацевтичної допомоги у співпраці «лікар – провізор спеціалізованої аптеки – хворий на ЦД/член родини хворого на ЦД» є актуальним.

Мета. Опрацювання напрямів інтеграції медичної та фармацевтичної допомоги хворим на ЦД на основі принципів соціальної фармації та з використанням сучасних комп'ютерних технологій.

Методики дослідження. Програмно-цільового управління, фармацевтичної інформатики.

Основний матеріал дослідження. З 2012 р. нами обґрунтовано та впроваджено створення спеціалізованих аптек для надання фармацевтичної допомоги хворим на ЦД і організовано спеціалізовані комплекси «ЛПЗ – спеціалізована аптека з обслуговування хворих на ЦД» та розроблено систему оперативного зв'язку між ними з використанням комп'ютерних технологій. З 2018 р. на базі Тернопільського обласного виробничо-торгівельного об'єднання організовано інноваційну форму інтегральних комплексів, що складаються з декількох аптек, які у випадку ускладнених випадків надання фармацевтичної допомоги хворим на ЦД функціонують під консультативним керівництвом спеціалізованої аптеки. Вищевказані впровадження вдосконалюють забезпечення оптимального асортименту профільних лікарських засобів (ЛЗ) згідно з національними вимогами, у відповідності змін показників захворюваності та з використанням даних доказової медицини. Наступним кроком є забезпечення та контроль (особливо у спеціалізованих аптеках) повного інформаційного забезпечення пацієнтів, членів їх родин (особливо у педіатричній та геріатричній практиці) щодо раціонального застосування призначеного ЛЗ. В даному плані важливою є інтегральна співпраця спеціалізованих аптек та організацій, що об'єднують пацієнтів, зокрема, у Тернопільській обл. – Громадської організації «Об'єднання батьків дітей і молоді Тернопілля, хворих на цукровий діабет «Діа–Дім»» (керівник: Островський Р.К.). Практична реалізація такого підходу може базуватися лише на застосуванні сучасних комп'ютерних технологій, зокрема в даний час активно відбувається апробація шляхів вдосконалення таких систем шляхом створення комп'ютерних фармацевтичних баз знань.

Висновки. Опрацьовано основні напрями інтеграції медичної та фармацевтичної допомоги хворим на ЦД на основі принципів соціальної фармації та з використанням фармацевтичних комп'ютерних баз знань.

ПРАВОВІ МЕТОДИ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ СОЦІАЛЬНОЇ СПРЯМОВАННОСТІ ФАРМАЦЕВТИЧНОЇ ДІЯЛЬНОСТІ

Кубарєва І.В., Болдарь Г.Є.

Національний фармацевтичний університет, м. Харків, Україна

socpharm@nuph.edu.ua

У ст. 13 Конституції України встановлено, що держава забезпечує захист прав усіх суб'єктів права власності і господарювання, а також соціальну спрямованість економіки. В дослідженнях економічного та юридичного спрямування 90-х років минулого століття обґрунтовано підкреслювалося, що так зване «ринкове саморегулювання» не здатне вирішити питання соціальної спрямованості господарювання, а тому все більше зверталась увага на необхідність «державного регулювання» економічної діяльності. Так, директор Інституту економіко-правових досліджень НАНУ академік В.К. Мамутов ще у 1997 р. відзначив, що системи правового забезпечення двох економічних моделей (соціально орієнтованої економіки та ринкової економіки) відрізняються один від одного.

Саме тому в умовах сучасної трансформації української економіки в напрямі соціально орієнтованої ринкової моделі постійно виникає необхідність пошуку більш досконалих організаційно-правових форм та методів державного регулювання господарської діяльності взагалі та фармацевтичної зокрема як однієї з її найважливіших галузей.

Враховуючі розмаїття питань взаємодії держави і суб'єктів господарювання, певні аспекти цієї проблеми розглядалися в роботах фахівців в галузі економіки, державного управління, соціології та юриспруденції. Соціальну відповідальність у фармації та правове регулювання обігу лікарських засобів (далі – ЛЗ) висвітлюють у своїх роботах Ю.С. Братішко, К.А. Волинець, А.В. Волкова, В.О. Демченко, М.В. Зарічкова, Є.Г. Книш, А.А. Котвицька, І.В. Кубарєва, Л.І. Куц, І.О. Лобова, О.О. Мельнікова, З.М. Мнушко, О.А. Мохов, А.С. Немченко, Л.М. Новгородська, Ю.В. Олефир, В.М. Пашков,

І.В. Понкін, О.О. Понкіна, О.В. Посилкіна, О.О. Суріков, І.О. Сурікова, Н.О. Ткаченко, В.М. Толочко, Н.М. Червоненко, А.В. Черкашина та інші вітчизняні й зарубіжні вчені.

Проте відсутність спеціальних праць, присвячених проблематиці правових методів регуляторної діяльності органів виконавчої влади у сфері фармацевтичної діяльності, наявність прогалини та суперечності в механізмі правового регулювання відносин у цій сфері, а відповідно й викликана цим фактором необхідність гармонізації законодавства зумовили вибір теми дослідження.

У зв'язку з цим метою цієї роботи стало дослідження проблеми правових методів забезпечення соціальної спрямованості фармацевтичної діяльності.

Авторами у процесі дослідження залежно від необхідності вирішення конкретних завдань були використані загальнонаукові та спеціальні методи наукового пізнання: аналізу, синтезу, системний, узагальнення, формально-логічний тощо.

Вивчення спеціальної літератури дозволило обрати в якості теоретичного підґрунтя дослідження доктринальний підхід, запропонований вітчизняною дослідницею Т.В. Кравцовою у дисертації на здобуття наукового ступеня доктора юридичних наук на тему «Адміністративно-правові засади здійснення державної регуляторної політики в сфері господарювання» (м. Харків, 2004 р.). Особливу увагу привернули її наукові викладки щодо визначення місця правового інституту державного регулювання господарської діяльності як елемента адміністративно-господарського права, норми якого регулюють суспільні відносини, що виникають між органами публічної влади та суб'єктами господарювання з приводу здійснення першими функції регулювання господарської діяльності.

Видається достатньо обґрунтованою та логічною запропонована Т.В. Кравцовою класифікація засобів регуляторного впливу на суб'єктів господарювання виходячи з функцій державного регулювання, які являють собою окремі напрямки регуляторної діяльності держави. Щодо трьох основних

напрямок цієї діяльності виділено три групи методів, а саме: 1) методи забезпечення соціальної спрямованості економіки; 2) методи стимулювання суспільно-важливих видів господарської діяльності; 3) методи забезпечення економічної безпеки суспільства і держави.

На підставі описаної наукової теорії, з урахуванням її практичного значення та проведеного власного аналізу нормативно-правових актів у сфері регуляторної політики держави щодо фармацевтичного сектору, можна зробити наступні висновки.

Методи забезпечення соціальної спрямованості складають окрему групу методів регуляторної діяльності у фармацевтичному секторі економіки. Ними є такі засоби регуляторного впливу, за допомогою яких реалізується принцип соціальної держави у фармацевтичній галузі шляхом розбудови соціально орієнтованої економіки. Саме тому до цієї групи методів регуляторної діяльності органів виконавчої влади у галузі фармації доцільно віднести наступні: 1) державні закупівлі лікарських засобів; 2) застосування нормативів; 3) регулювання цін на ЛЗ та відшкодування вартості ЛЗ; 4) стандартизація і сертифікація. Так, завдяки державній закупівлі ЛЗ, яку здійснюють МОЗ України, Державна пенітенціарна служба України, соціально вразливі пацієнти мають змогу отримати необхідні їм препарати. За умов регулювання цін та відшкодування вартості ЛЗ держава реалізує соціальні гарантії для низькооплачуваних і малозабезпечених осіб. Завдяки нормативам створюються належні, безпечні і здорові умови праці, визначається максимальна тривалість робочого часу та мінімальна тривалість відпочинку найманих працівників, встановлюється обов'язок сплачувати заробітну плату не нижче закріпленої у законі, а також забезпечується реалізація права кожного на безпечне для життя і здоров'я довкілля, захищаються права пацієнтів на якісні і безпечні ЛЗ та медичні вироби тощо.

Перспективним напрямком подальших наукових розвідок вважаємо здійснення комплексного аналізу правових методів регуляторної діяльності органів виконавчої влади у сфері фармацевтичної діяльності.

**СОЦІАЛЬНА МЕДИЦИНА
ТА СОЦІАЛЬНА ФАРМАЦІЯ –
ВЗАЄМОЗВ'ЯЗОК ДИСЦИПЛІН**

ЗАСТОСУВАННЯ ПРОТИЕПІЛЕПТИЧНИХ ПРЕПАРАТІВ ТРЕТЬОГО ПОКОЛІННЯ ПІД ЧАС ВАГІТНОСТІ

Гриньків Я.О.

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького,

м. Львів, Україна

yaruna_hrynkiv@ukr.net

Вступ. Період вагітності у жінок, які хворіють епілепсією, є доволі складною та комплексною проблемою акушерів-гінекологів, невропатологів, генетиків, а також провізорів.

Мета. Проаналізувати можливість призначення/застосування протиепілептичних препаратів (ПЕП) третього покоління у жінок під час вагітності за інформацією з Державного реєстру лікарських засобів України (ДРЛЗ) та даними Української тератологічної інформаційної системи (УТІС).

Методики дослідження: вебметричного та порівняльного аналізу.

Основний матеріал дослідження. До (ПЕП) третього покоління (новітніх), які станом на квітень 2019 року зареєстровані в Україні, належать: лакосамід та прегабалін. В УТІС відсутні дані щодо ПЕП лакосамід та можливості його застосування під час вагітності. В інструкції до препарату Вімпат (торгова назва лакосаміду, зареєстрованого в Україні з 2015 р.) зазначається, що немає відповідних даних щодо застосування лакосаміду вагітним жінкам. Дослідження на тваринах (щурах та кролях) не виявили тератогенних ефектів препарату, але спостерігалась ембріотоксичність при введенні препарату у материнських токсичних дозах. Можливий ризик для вагітних жінок невідомий. Лакосамід не слід застосовувати вагітним жінкам, за винятком тих випадків, коли лікування необхідне (якщо користь для матері явно перевищує можливий ризик для плода).

Прийом прегабаліну під час вагітності з серії доступних випадків не свідчить про несприятливі результати – повідомляється на сайті УТІС. Згідно інструкції до застосування препарату Лірика (оригінальний ПЕП прегабаліну) – належні дані щодо застосування прегабаліну вагітними жінками відсутні. В ході досліджень на тваринах була продемонстрована репродуктивна токсичність препарату. Потенційний ризик для людини невідомий. Препарат

Лірика не слід застосовувати в період вагітності без нагальної потреби (коли користь для матері явно перевищує можливий ризик для плода).

Висновки та перспективи подальших досліджень. Відповідно до отриманих даних жоден із зареєстрованих в Україні ПЕП третього покоління не можна застосовувати жінкам під час вагітності. Виняток ставлять лише випадки коли є явна перевага застосування препарату для здоров'я матері перевищує потенційну користь для плоду. Перспективним напрямком може бути реєстрація інших ПЕП третього покоління в Україні та аналіз можливості їх застосування під час вагітності.

ХРОНОТИП ЛЮДИНИ І ЙОГО ВПЛИВ НА ЖИТТЄДІЯЛЬНІСТЬ

Образенко М.С., Кузяк І.В., Александрова О.О.

Одеський національний медичний університет, м. Одеса, Україна

m.obrazenko@into-sana.ua

Останнім часом у хрономедицині важливого значення набуває поняття хронобіологічної норми – стану біоритмів організму здорової людини. Вона відображає сукупність морфофізіологічних показників організму в цілому і в окремих його системах на основі середньоперіодичних величин біоритмів.

Хронобіологія галузь науки, яка досліджує циклічні біологічні ритми в живій природі на всіх рівнях організації з адаптацією до сонячних і місячних ритмів.

Саме тому знання хронобіологічної норми різних функцій організму є необхідним для встановлення діагнозу, оцінки ефективності та безпеки фармакотерапії, а також дозволить розподілити і використати функціональні можливості організму, скорегувати режим праці та відпочинку з метою підтримки здоров'я на належному рівні.

Живий організм запрограмований адаптуватися до певного режиму дня. Із зміною дня і ночі відбуваються коливання інтенсивності різних біологічних процесів. Більшість живих організмів чітко адаптуються до добових змін навколишнього середовища. Ця адаптація називається циркадним ритмом. Періоди сну і неспанья у людини змінюються з циркадною періодичністю. При

дослідженні зв'язку періодичності сну і неспання із зовнішніми стимулами вивчалось зміна тривалості періоду даних коливань у людини. У людини є внутрішні годинники, які йдуть навіть за відсутності зовнішніх сигналів.

Метою нашої роботи було визначення хронотипу людини різними методами та дослідити вплив циркадних ритмів на прийом лікарських засобів.

Дія лікарських засобів відповідає природним циркадним ритмам. Так, наприклад, у 15 країнах світу проводиться перше міжнародне дослідження з хронотерапії за участю 17000 пацієнтів з артеріальною гіпертензією. Також, чимало видів запалення, болю, артриту підкоряються циркадній періодичності.

Дослідження хронотипів проводилось методом анкетування в якому прийняли участь 60 осіб.

Відповідно до міжнародно визнаної класифікації біоритмологічних типів всі люди належать до однієї із трьох груп: ранішньої («жайворонки»), вечірньої («сови») та проміжної («голуби»).

Життєві ритми або біоритми непомітно для нас впливають на фізичну активність, а також на можливість адаптуватися. Хронотип необхідно знати для того, щоб вміти протистояти безсонні, пов'язаної з невідповідним режимом роботи в нічну (для «жайворонків») або в ранню ранкову зміну (для «сов») і правильно лікувати порушення сну при синдромах відставленою або випереджаючої фаз сну, а також при зміні часових поясів.

Встановлено, що більша частина опитаних (60%) відносяться до хронотипу «голуб». До «жайворонків» віднесли себе 23% опитаних та 17% – до «сов». Комфортне пробудження у голубів настає дещо пізніше, ніж у жайворонків, а період найбільшої фізичної і розумової активності триває з 10 до 18 год. Голуби краще за всіх адаптовані до зміни темряви і світла.

На наступному етапі визначали хронотипи за методом Бреуса. Бреус виділяє чотири хронотипи: «Ведмідь», «Лев», «Вовк» і «Дельфін». За словами експерта в області сну Майкла Бреуса, знаючи свій хронотип можна синхронізувати свої дії з ритмом свого організму для підвищення продуктивності праці.

За результатами опитування встановлено, що найбільший відсоток осіб належить до хронотипу «Ведмідь» 52%, «Вовк» – 20%, «Лев» – 17%,

«Дельфін» – 10% опитаних. Слід зазначити, до хронотипу «Ведьмідь» відносяться ті, хто завжди прагне до виконання поставленого завдання, з нормальним режимом сну.

Тому, для нормальної життєдіяльності людини потрібно розуміти до якого хронотипу вона належить, бо від нього залежить вплив лікарських засобів. Циркадні ритми є основою раціональної регламентації розпорядку життя людини.

АНАЛІЗ СТАНУ ЗАХВОРЮВАНOSTІ НА ДЕРМАТОЛОГІЧНІ ХВОРОБИ В УКРАЇНІ

Тімофєєв С.В.

Національний фармацевтичний університет, м. Харків, Україна

economica@ukr.net

Вступ. Дерматологічні захворювання складають близько 20-25% випадків в світі серед осіб, що вперше звернулись до лікаря. Лікарям часто буває важко відрізнити шкірні захворювання від більш серйозних, загрозливих для життя станів, які вимагають негайного втручання. Нажаль у зв'язку зі стрімким розвитком технічного прогресу дерматологічні захворювання розвиваються високими темпами. У зв'язку з цим актуальності набуває аналіз захворюваності та забезпеченості відповідними фахівцями хворих на дерматологічні захворювання [1].

Метою дослідження є аналіз стану захворюваності на дерматологічні захворювання, а саме захворювання шкіри та підшкірної клітковини. У дослідженні були використані матеріали ВООЗ, Державної служби статистики України [2,3].

У дослідженні були використані такі **методи**, як: аналітичний, статистичний та узагальнення [4].

Основні результати. Встановлено, що при розподілі захворювань шкіри та підшкірної клітковини серед різних вікових груп, найбільшою була група особи вікові від 18 років та старші – 1067127 або 68,21% від загальної кількості

хворих, а найменшою діти віком 15-17 років включно – 92215 або 5,89% за кількістю уперше зареєстрованих випадків захворювання.

Слід зазначити, що розподіл захворюваності у старших вікових груп, до яких відносять осіб віком: жінки – 55 років та старші, чоловіки – 60 років та старші дещо відрізняється. Так, кількість випадків захворювань, зареєстрованих протягом року вперше склала 348090 осіб, з них вперше було діагностовано захворювання шкіри та підшкірної клітковини у 280742 осіб або 80,65%, та лише 40940 або 11,76% перебувають під диспансерним наглядом на кінець звітного року.

За розподілом хворих поміж територіально-адміністративних одиниць країни, встановлено: на першому місці Дніпропетровська область – 200333 або 12,81% від загальної кількості областей, на другому – 116871 або 7,47% Львівська область, на третьому – 121235 або 7,75% м. Київ, та на четвертому – Харківська область з показником 104233 або 6,66% відповідно. Сама менша кількість хворих на хвороби шкіри та підшкірної клітковини відмічалась у Закарпатській області – 35385 або 2,26%.

Що ж стосується забезпеченості профільними лікарями – дермато-венерологами, то у 2017р. у порівнянні з 2005р. кількість лікарів знизилась у 1,27 разів та сягає 3325 осіб або 1,79% від загальної кількості лікарів усіх спеціальностей.

Висновки. Проведене дослідження свідчить про те, що захворювання шкіри та підшкірної клітковини продовжуються стрімко розвиватись, а це означає, що потрібно відслідковувати тенденції розвитку хвороби та проводити своєчасну профілактику із запобігання можливих ускладнень у ході хвороби.

Список літератури

1. Methods in skin cancer prevention: using a question-driven approach to guide the choice of assessment approaches. Rob Turrisi, Jerod Stapleton, Kimberley Mallett, Joel Hillhouse Arch Dermatol. 2006 Oct; 142(10): 1348–1350. doi: 10.1001/archderm.142.10.1348
2. Заклади охорони здоров'я та захворюваність населення України URL: <http://www.ukrstat.gov.ua/>
3. BOO3 URL: <https://www.who.int/ru>

4. Методи наукового дослідження URL: https://pidruchniki.com/1529052760991/dokumentoznavstvo/metodi_naukovogo_doslidzhennya

МЕДИКО-СОЦІАЛЬНА ПРОБЛЕМА ГОСТРИХ ОТРУЄНЬ

Трутаєва Л.М., Сагайдак-Нікітюк Р.В., Трутаєв С.І.

Національний фармацевтичний університет, м. Харків, Україна

trutaeval@gmail.com

Протягом останніх років проблема гострих отруєнь в Україні стала однією з найактуальніших, оскільки вони являють собою індикатор визначення демографічної ситуації в Україні внаслідок спричиненої ними високої захворюваності та передчасної смертності чоловіків і жінок працездатного та фертильного віку, а також дітей та підлітків.

Метою дослідження є аналіз епідеміологічного стану в Україні та ситуації з інфекційними хворобами населення.

Методи дослідження: аналізу та синтезу, узагальнення результатів.

За версією ООН очікувана тривалість життя в середньому в світі становить 67,2 року (65,0 для чоловіків і 69,5 років для жінок), в Україні – 71,3 роки [1]. В Україні незважаючи на доволі високу тривалість життя спостерігається постійне зменшення населення, при цьому смертність (73,85 за годину) значно (41,7%) перевищує народжуваність (52,11 за годину), швидкість спаду населення України в 2018 році становить 422 за добу [2]. Усе це негативно впливає на економічний стан країни та характеризує недосконалість галузі охорони здоров'я України.

Вікова піраміда України має регресивний або регресний тип, який зазвичай зустрічається у високо розвинених країнах з досить високим рівнем охорони здоров'я та освіти громадян. Внаслідок відносно низької смертності й народжуваності, населення має високу очікувану тривалість життя. Всі ці фактори, поряд з багатьма іншим, призводять до старіння населення (підвищують середній вік населення).

На думку експертів Всесвітнього банку, демографічна ситуація в Україні має принципову відмінність від тенденцій розвитку епідеміологічного процесу в розвинених європейських країнах, для яких характерні зниження кількості

неінфекційних захворювань і збільшення очікуваної тривалості життя. Смертність населення від неінфекційних захворювань в Україні вище, ніж в країнах Європи; гострі отруєння представляють серйозну загрозу для населення всіх країн, які застосовують безліч хімічних речовин різного призначення.

У зв'язку з тим, що вітчизняний ринок різноманітної хімічної продукції недостатньо ефективно контролюється медичними установами, збільшуються контакти населення зі зростаючим асортиментом хімічних речовин побутового й іншого призначення, що призводить до поширення серед людей гострих отруєнь різної хімічної етіології. На жаль, скласти повне уявлення про кількість випадків гострих отруєнь в Україні (як і в інших країнах) неможливо, так як існуюча система обліку цих захворювань орієнтована тільки на госпіталізованих пацієнтів. До того ж гострі отруєння реєструються в одному розділі з травмами, опіками, наслідками впливу інших зовнішніх причин, виділяють лише випадкові отруєння алкоголем і наркотичними препаратами без урахування інших етіологічних факторів.

Гострі отруєння складають 1/5 від усіх екстрених викликів екстреної медичної допомоги [3]. Суспільство споживає плоди хімізації, токсичні речовини використовуються в промисловості, сільському господарстві та побуті. Останнім часом важливою причиною гострих отруєнь є використання та вживання неякісних продуктів та напоїв.

Досить важною причиною є самолікування населення, пов'язане з постійним збільшенням цін на медичні послуги та лікарські препарати; рекламою, яка показує, як легко позбутися неприємних симптомів, та необізнаністю населення щодо важливості дотримання вказівок із застосування лікарських засобів (ЛЗ). Біля 5 % таких пацієнтів потрапляють у відділення інтенсивної терапії та 30% направляються у стаціонари для надання психологічної допомоги пацієнтам, які стали жертвами отруєнь [4].

У ході санітарно-епідемічних розслідувань причин і умов виникнення і розповсюдження інфекційних хвороб встановлено, що основними причинами, які сприяли виникненню спалахів гострих кишкових інфекцій та харчових отруєнь (зокрема, ботулізму), були грубі порушення санітарного законодавства, законодавства про безпеку та окремих показників якості харчових продуктів, а саме: технології приготування страв, термінів і температурного режиму при зберіганні сировини і готової продукції, дезінфекційного режиму; правил особистої гігієни особами, які

брали участь у приготуванні страв; недотримання товарного сусідства при зберіганні харчових продуктів; порушення термінів проходження медичних оглядів працівниками та придбання продуктів харчування в місцях несанкціонованої торгівлі.

Висновки. Досліджено наслідки негативної тенденції розвитку епідеміологічного процесу в Україні. Узагальнені причини виникнення і розповсюдження інфекційних хвороб в Україні.

Література

1. Назарова О.Ю. Середня тривалість очікуваного життя при народженні як індикатор демографічного стану країни / О.Ю. Назарова / Вісник Харківського національного університету ім. В.Н. Каразіна. – 2012. – № 1011. – С. 72 – 76.

2. Офіційний сайт Державної служби статистики України [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://www.ukrstat.gov.ua/>

3. Самура Б.А. Оптимизация качества оказания медицинской помощи с точки зрения безопасности, эффективности и других социальных факторов / Б.А. Самура, Б.Б. Самура / Медицина неотложных состояний. – 2014. – № 7(62). – Режим доступу: <http://www.mif-ua.com/archive/article/39785>

4. Курдиль Н.В. Экстренная помощь при острых отравлениях у взрослых: практические рекомендации для догоспитального этапа / Н.В. Курдиль, И.С. Зозуля, О.В. Иващенко / Український медичний часопис. – 2014. – № 1 (99). – Режим доступу: <https://www.umj.com.ua/article/70778/ekstrennaya-medicinskaya-pomoshh-pri-ostryx-otravleniyax-u-vzroslyx-prakticheskie-rekomendacii-dlya-dogospitalnogo-etapa>

АНАЛІЗ ПОКАЗНИКІВ ПОШИРЕНOSTІ ОСТЕОПОРОЗУ В КРАЇНАХ ЄВРОПИ

Черкашина А.В., Чернега А.С.

Національний фармацевтичний університет, м. Харків, Україна

socpharm@nuph.edu.ua

Вступ. Остеопороз – системне захворювання скелета, яке характеризується зниженням кісткової маси і порушенням її мікроархітекtonіки та призводить до такої симптоматики, як біль і переломи.

За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я та Міжнародної фундації з остеопорозу (International Osteoporosis Foundation), остеопороз посідає четверте місце серед неінфекційних патологій за частотою реєстрації, що обумовлено як «старінням» населення, так і «омолодженням» кістково-суглобових захворювань, викликає більше 8,9 мільйонів переломів в світі щорічно і є актуальною проблемою системи охорони здоров'я.

Мета. Метою нашої роботи стало дослідження показників поширеності остеопорозу в країнах Європи.

Методи досліджень. При проведенні дослідження нами були використані контент аналіз та системно-аналітичний метод.

Основний матеріал дослідження. У результаті старіння європейського населення поширеність хронічних захворювань, зокрема остеопорозу, має тенденцію до зростання. У 2015-2017 роках Міжнародною фундацією з остеопорозу проведено дослідження в шести європейських країнах (Франція, Німеччина, Італія, Іспанія, Швеція, Великобританія) результати якого знайшли відображення у доповіді з назвою «Зламани кістки, зламані життя».

За результатами дослідження встановлено, що лише в 6 європейських країнах більше 20 млн. хворих на остеопороз (з них 16 млн. жінок і 4 млн. чоловіків).

У результаті аналізу досліджуваних показників встановлено, що кількість осіб у віці 50 років з остеопорозом у Німеччині складає 5,3 млн., у Італії – 4 млн., у Франції – 3,8 млн., у Великобританії – 3,5 млн., у Іспанії – 2,8 млн., у Швеції – 0,5 млн.

При вивченні гендерних особливостей захворювання встановлено, що поширеність остеопорозу серед жінок і чоловіків віку 50+ у Італії складає 23,1% і 7,0%, відповідно, у Франції – 22,7% і 6,9%, у Швеції – 22,5% і 6,9%, у Іспанії – 22,5% і 6,8%, у Німеччині – 22,5% і 6,7%, у Великобританії – 21,8% і 6,8%.

За результатами оцінки ризику виникнення переломів шийки стегна для жінок і чоловіків 50-річного віку встановлено, що найвищі показники у Швеції з ризиком для жінок 22,8%, а для чоловіків – 13,7%, у Німеччині 17,1% і 9,8%, у Великобританії – 17,2% і 8,3%, у Німеччині – 17,1 і 9,8%, у Італії – 16,7% і 7,9%, у Іспанії – 10% і 9%, у Франції – 11% і 6%, відповідно.

Як відомо, основним проблемним питанням при остеопорозі є переломи. При визначенні частоти їх виникнення через крихкість кісток встановлено, що найбільша їх кількість зафіксована у Німеччині і складає 765000 на рік, у

Італії – 563000, у Великобританії – 520000, у Франції – 382000, у Іспанії – 330000, у Швеції – 120000, тобто 2,7 млн. переломів лише в 6 європейських країнах за 1 рік (дані за 2017 р.).

За розрахунками експертів Міжнародної фундації з остеопорозу у 2017-2030 рр. прогнозується збільшення уразливості до переломів для Іспанії на 28,8%, для Швеції на 26,6%, для Великобританії на 26,2%, для Франції на 24,4%, для Італії – на 22,4%, для Німеччини – на 18,5%, тобто в середньому по досліджуваних європейських країнах на 23%.

Висновки. За результатами проведеного аналізу встановлено, що поширеність остеопорозу в досліджуваних країнах Європи серед чоловіків складає не менше 6,7%, а серед жінок – не менше 21,8%. Зафіксована кількість переломів через крихкість складає 2,7 млн. та супроводжується прогнозованою тенденцією до збільшення в середньому на 23%.

З урахуванням відсутності вірогідних статистичних даних по досліджуваній проблематиці в Україні, отримані дані підтверджує актуальність і необхідність належного фармацевтичного забезпечення і вчасних заходів щодо профілактики остеопорозу в усіх країнах Європи, зокрема в Україні.

ИЗУЧЕНИЕ ГЕПАТОПРОТЕКТОРНЫХ СВОЙСТВ КОМПЛЕКС ЦИНКАСА И ФЕРАСА ПРИ ТОКСИЧЕСКОМ ПОРАЖЕНИИ ПЕЧЕНИ ЧЕТЫРЕХХЛОРИСТЫМ УГЛЕРОДОМ В ЭКСПЕРИМЕНТЕ

Султонов Р.А., Наврузова Г. Ф., Самандаров Н.

Научный руководитель – д. х. н., профессор Раджабов У.Р.

Научный руководитель – д. фарм. н., профессор Юсуфи С. Дж

Кафедры фармацевтической и токсикологической химии и ЦНИЛ Таджикского
государственного медицинского университета им. Абуали ибни Сино,

Душанбе, Республика Таджикистан

Целью исследования – изучить гепатопротекторные свойства комплекс «Цинкаса и Фераса» при токсическом поражении печени четыреххлористым углеродом (CCl₄) в эксперименте.

Материал и методы исследования. Для достижения цели было отобрано 35 лабораторных крыс-самцов массой тела 220-240 г, разделенных на 4 группы. Первую группу составили 5 животных. В остальные 3 группы вошли по 10 крыс. Всем животным в течение 21 дня, через день, *per os* вводили CCl_4 , из расчета 0,1 мл на 100 г массы тела животного. На 22 день после развития у животных токсического гепатита, представителям 2,3 и 4 групп животных стали *per os* вводить комплекс «Цинкас и Ферас» условным названием из расчета 5мл на 1 кг массы тела. Животных декапитировали 2 группы на 11 день, 3 группы на 41 день и 1,4 группы на 91 дне начала введения комплекс «Цинкас и Ферас» с последующим проведением лабораторных тестов и с исследованием печени. Изучали содержание в сыворотке крови АСаТ, АЛаТ, креатинина (КР) и щелочной фосфатазы (ЩФ), а также морфологических изменений ткани печени.

Результаты исследования. Исследование животных 2 и 3 группы показало, что существенных изменений показателей АСаТ, АЛаТ, креатинина (КР) и щелочной фосфатазы (ЩФ) и морфологических изменений развивающихся при токсическом гепатите не наблюдалось. Исследование животных 4 группы показало, что содержание в крови составило КР $43,8 \pm 0,02$ мкмоль/л, ЩФ - $374,4 \pm 0,04$ МЕ/л, АСаТ - $42,32 \pm 0,01$ *Ед/л, АЛаТ - $46,53 \pm 0,01$ * Ед/л. Анализ крови животных 1 группы показал содержание КР - $45,6 \pm 0,05$ мкмоль/л, ЩФ - $590,6 \pm 0,03$ МЕ/л, АСаТ - $38,24 \pm 0,01$ * Ед/л, АЛаТ - $48,2 \pm 0,01$ * Ед/л. При патоморфологическом исследовании крыс четвертой группы ткани печени были практически без патологических очагов. У 1,2 и 3 группы печень некоторых крыс имела светло-коричневый цвет с множественными кровоизлияниями. Орган гипертрофирован, в большинстве случаев рыхлый, в отдельных местах с уплотненными участками; размеры $5,2 \pm 0,4$ на $6,5 \pm 0,5$; средняя масса $10,22 \pm 0,6$.

Выводы. Таким образом использование комплекс «Цинкас и Ферас» существенно изменяет в лучшую сторону биохимических показателей, а также патоморфологические изменения тканей печени ($P < 0,001$), что указывает на то, что комплекс «Цинкас и Ферас» обладает гепатопротекторными свойствами.

**ЛЮДИНА – СУСПІЛЬСТВО – ЛІКИ –
ФАРМАЦЕВТИЧНА ДОПОМОГА –
СФЕРИ ВЗАЄМОДІЇ**

АНАЛІЗ ДАНИХ ПРО ТЕРАПЕВТИЧНУ ЕКВІВАЛЕНТНІСТЬ ЧИ БІОЕКВІВАЛЕНТНІСТЬ ПРОСТАТОПРОТЕКТОРІВ

Гадяк І.В., Громовик Б.П.

Івано-Франківський національний медичний університет, м. Івано-Франківськ,

Україна

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького,

м. Львів, Україна

igadyak@ukr.net

hromovyk@gmail.com

Вступ. Ринок простатопротекторів (ПП, за анатомо-терапевтично-хімічною кваліфікаційною системою G04C Засоби, що застосовуються при доброякісній гіпертрофії передміхурової залози) представлений референтними та відтвореними лікарськими засобами (ЛЗ). Перші з них є оригінальними ЛЗ, якість, ефективність та безпека яких всебічно вивчені, інші – це ЛЗ, терапевтична ефективність й безпечність, яких має відповідати оригінальному ЛЗ та виробляється іншими фармацевтичними підприємствами після закінчення терміну дії патентного захисту оригінального ЛЗ. Головним критерієм відповідності відтвореного ЛЗ оригінальному є його еквівалентність.

Тому **метою роботи** було визначити, наскільки еквівалентні зареєстровані в Україні ПП.

Матеріали й методи дослідження. Матеріалами дослідження були відомості про терапевтичну еквівалентність чи біоеквівалентність ЛЗ, які можна знайти у таких довідникових виданнях:

– Оранжевій книзі (Orange Book, OB), де наведено ЛЗ, що зареєстровані Управлінням з контролю якості харчових продуктів та ЛЗ США (Food and Drug Administration – FDA) з оцінкою терапевтичної еквівалентності [1]. При цьому використовується система буквених кодів, які описують чи встановлена біоеквівалентність визначеного ЛЗ (перша буква) і отримати додаткову інформацію про оцінку FDA (друга буква). До категорії «А» відносять ЛЗ, що

терапевтично еквівалентні іншим фармацевтичним еквівалентним ЛЗ. За допомогою коду «В» визначають ЛЗ, які на даний час є терапевтично нееквівалентними іншим фармацевтично-еквівалентним ЛЗ;

– протоколах Комітету з ЛЗ для людини (Committee for Medicinal Products for Human Use, CHMP) Європейського агентства ЛЗ (European Medicines Agency) [2], в яких робиться висновок щодо біоеквівалентності ЛЗ та його рекомендації до застосування у Європі;

– Rx index – Довіднику еквівалентності ЛЗ (Україна), де за допомогою кодів розмежовані різні типи ЛЗ з розбіжним рівнем доказової бази та регуляторними підходами до реєстрації та перереєстрації, а також систематизовані генеричні ЛЗ за методами доказу еквівалентності [3]. Це дає змогу зробити висновок щодо взаємозамінності ЛЗ та здійснити вибір ЛЗ для раціональної терапії. Код А присвоюється ЛЗ, які зареєстровані за повним досьє, у т.ч. оригінальні ЛЗ; Б – ЛЗ, що терапевтично еквівалентні іншим фармацевтично еквівалентним ЛЗ, їх еквівалентність була доведена шляхом проведення дослідження *in vivo* – біоеквівалентності; Б4 – ЛЗ, взаємовідмінність якого доведена шляхом проведення порівняльних клінічних досліджень.

Як методи використані контент-аналіз текстової інформації, порівняння та узагальнення.

Основний матеріал дослідження. Результати упорядкування інформації про еквівалентність ПП, які зареєстровані в Україні подано в таблиці. При цьому виявлено, що в підгрупі G04CA (антагоністи альфа-адреноблокаторів) тільки ЛЗ Урорек із підгрупи Силодозину (G04CA04) наявний в переліку CHMP, а ЛЗ Дуодарт із підгрупи Тамсулозин і дутастерид (G04CA52) – переліку Rx index.

У підгрупі G04CB (інгібітори тестостерон-5-альфа редуктази) з двох ЛЗ підгрупи Фінастериду (G04CB01) ЛЗ Аденостерид–Здоров'я присутній в переліку Rx index, а ЛЗ Проскар – у двох переліках – ОВ та Rx index.

З підгрупи Дутастерид (G04CB02) ЛЗ Аводарт наявний також у двох аналізованих переліках – ОВ та Rx index.

Упорядкування інформації про еквівалентність ПП

ПП, які зареєстровані в Україні	ОВ	СНМР	Rx index
G04CA			
Антагоністи альфа-адренорецепторів			
G04CA04 Силодозин			
Урорек капс. 4 мг і 8 мг, Рекордате Індустрія Хіміка е Фармасевтіка С.п.А, Італія		+	
G04CA52 Тамсулозин і дутастерид			
Дуодарт капс. 0,5 мг / 0,4 мг, Каталент Джермані Шорндорф ГмбХ, Німеччина			А
G04CB			
Інгібітори тестостерон-5-альфа-редуктази			
G04CB01. Фінастерид			
Аденостерид-Здоров'я таб. 5 мг, ТОВ "Фармацевтична компанія "Здоров'я", Україна			В ₄
Проскар таб.5 мг, Мерк Шарп і Доум Б.В., Нідерланди	АВ		А
G04CB02 Дутастерид			
Аводарт капс. 0,5 мг, Глаксо Сміт Кляйн Фармасьютикалз С.А., Польща	АВ		А

Висновки. На підставі контент-аналізу даних трьох довідникових видань упорядковано інформацію про еквівалентність зареєстрованих в Україні ПП.

Література

1. Orange Book: Approved Drug Products with Therapeutic Equivalence Evaluations [Electronic resources]. – Available at: <https://www.accessdata.fda.gov/scripts/cder/ob/>.

2. European Medicines Agency [Electronic resources]. – Available at: <https://www.ema.europa.eu/en/search/search>.

3. Rx index – Довідник еквівалентності лікарських засобів; за ред. проф. І. А. Зупанця та акад. НАН України проф. В. П. Черниха. – К.: Фармацевт Практик, 2016. – 848 с.

ПОРІВНЯЛЬНИЙ АНАЛІЗ ПРОТОКОЛІВ ЛІКУВАННЯ ВИРАЗКОВОГО КОЛІТУ В УКРАЇНІ ТА ЗА КОРДОНОМ

Елофір А., Семченко К.В.

Національний фармацевтичний університет, м. Харків, Україна

tolochko.kv@gmail.com

Термін «запальні захворювання кишечника» поєднує групу гострих та хронічних захворювань, що спричиняють запальні процеси з боку ШКТ. За даними ЕССО (2016 р.) близько 5 млн людей в усьому світі страждають на цю групу захворювань.

За даними МОЗ України, кількість пацієнтів із запальними захворюваннями кишківника в Україні складає приблизно 30 чол. на 100 тис. населення, половина з яких має середній або важкий ступінь ураження. Найбільш поширеними є хвороба Крона та виразковий коліт.

Протягом останніх 5 років відмічається тенденція до росту числа тяжких та резистентних до лікування форм хронічних захворювань кишечника запального характеру, що часто потребує оперативного втручання або спричиняє розвиток ускладнень, що, в свою чергу, може призводити до інвалідизації пацієнтів та, як наслідок, зумовлює значні економічні витрати, пов'язані з їх доглядом, лікуванням та реабілітацією.

З метою вивчення основних підходів до лікування виразкового коліту нами проведений порівняльний аналіз відповідних клінічних протоколів медичної допомоги України (затверджений наказом МОЗ України 11.02.2016 р. № 90) та США (ACG Clinical Guideline: Ulcerative Colitis in Adults, 2019).

Клінічний протокол медичної допомоги США містить рекомендації стосовно індукції та підтримки захворювання у стадії ремісії без застосування стероїдних препаратів. Вибір індукційної та підтримуючої терапії повинен базуватися на ступені захворювання, тяжкості та прогнозі. Початкове лікування виразкового коліту спрямоване на відновлення нормальної перистальтики кишечника та контроль первинних симптомів кровотечі та терміновості.

Враховуючи хронічний характер перебігу виразкового коліту, важливим є постійний моніторинг можливих ускладнень (приведено у додатку до клінічного протоколу). Обов'язковим пунктом ведення пацієнтів з даним захворюванням є забезпечення регулярного обстеження для оцінки стану кишечника та своєчасного моніторингу рецидиву.

Також, пацієнтам рекомендується проходити скринінг на наявність симптомів тривожності та депресивних розладів, а у разі їх виявлення лікар має направити пацієнта на профільне лікування.

Клінічний протокол медичної допомоги лікування виразкового коліту України містить чіткі рекомендації дій лікаря стосовно надання первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги.

У проколі не наведено структурованого алгоритму або рекомендованої схеми лікування, але описані препарати вибору для лікування хронічного коліту різних ступенів важкості. Також, є рекомендація направити пацієнта на додаткову консультацію до хірурга-проктолога за необхідності.

Прийом кортикостероїдних препаратів є прийнятним та рекомендується для посилення ефективності лікування.

Додатково приведено пам'ятку пацієнта і перелік рекомендованих продуктів харчування та рекомендації щодо дієтичного харчування пацієнтів.

Таким чином, клінічний протокол медичної допомоги пацієнтам із виразковим колітом України є більш розвернутим, містить чіткі інструкції для лікаря на різних стадіях надання медичної допомоги. Але, клінічний протокол лікування виразкового коліту США є більш інформативним стосовно розробки індивідуальної схеми лікування пацієнта та спрямований на збереження високої якості життя пацієнта та мінімізацію виникнення ускладнень.

Так, з метою розробки нових вітчизняних препаратів для лікування виразкового коліту слід орієнтуватися на створення комплексних засобів на основі речовин, що зазначені у протоколі лікування, що і стане метою наших подальших досліджень.

ФАРМАЦЕВТИЧНА ОПІКА В АПТЕЧНИХ ЗАКЛАДАХ: РЕАЛІЇ СЬОГОДЕННЯ

Заяць М. М., Озійчук В.С.

Львівський Національний медичний університет імені Данила Галицького,

м. Львів, Україна

zayatsmarta@gmail.com

Вступ. На сьогодні важливою проблемою клінічної фармації є подолання розриву між теорією та практикою, зокрема при надання фармацевтичної опіки у аптечному закладі. Важливим є виокремлення найбільш важливих запитань щодо ліків, з якими щодня звертаються пацієнти до фахівців, нажаль, інколи, оминаючи лікаря. Тому вважаємо, що підготовка клінічного провізора у цьому напрямку дозволить максимально швидко та якісно надавати інформацію про раціональне застосування ліків.

Мета. Проведення класифікації та багатофакторного аналізу запитань пацієнтів/відвідувачів, які звертались у один із аптечних закладів м. Львова.

Завданням нашого дослідження було формування вибірки найбільш популярних запитань з метою покращення якості надання фармацевтичної опіки за участі клінічного провізора шляхом створення у майбутньому матеріалів інформаційного характеру.

Методи дослідження: бібліографічний, анкетного опитування (Google-форми), клініко-фармацевтичного аналізу, статистичний. Матеріал дослідження. Інструкції до медичного застосування ЛЗ МОЗ України (n=125), 300 запитань до фахівця (провізор або клінічний провізор), які звертались до однієї із аптек м. Львова у період від 22.04.2018 до 28.07.2018 .

Основні результати дослідження. З метою проведення класифікації запитань на першому етапі їх було розділено у залежності від їх змісту на:

1) запитання що не стосувались конкретного ЛЗ або ЛЗ загалом (назва торгова або МНН);

2) запитання, що стосувались компетенції лише лікаря (рецептурні ЛЗ, їх призначення, корекція дози, врахування коморбідних станів, заміни ЛЗ та інше);

3) запитання, що стосувались компетенції клінічного провізора/провізора (ОТС-ЛЗ).

На наступному етапі з метою стандартизації нами виділено Топ-10 запитань, які зустрічались найчастіше та в сформовано десять елементів фармацевтичної опіки. Важливо, що серед запитань фігурували вже давно відомі нам факти про поширені лікарські засоби, що свідчить про необхідність забезпечення фармацевтичної опіки на етапі відпуску всіх ліків. Отже найчастіше пацієнти звертались із запитаннями щодо: не стероїдних протизапальних ліків (НПЗЗ), антибіотиків, протикашлевих, засобів, що впливають на травну систему та метаболізм, сорбентів тощо. Враховуючи це нами сформовано елементи фармацевтичної опіки, які необхідно враховувати при відпуску цих груп ліків. А саме: при нераціональному використанню НПЗЗ можливе утворення виразок та перфорацій, тому їх доцільно вживати після їжі; більшість протизастудних ЛЗ вміщують парацетамол, тому їх вживання є доцільним лише при підвищеній температурі тіла; при вживанні антибіотиків руйнується не тільки патогенна мікрофлора, тому обов'язковим є вживання пробіотиків, для захисту та відновлення власної мікрофлори. Також, обов'язковим завершення курсу лікування з метою запобігання виникнення резистентності до патогенних м/о, якщо кашель сухий застосовуються протикашлеві ЛЗ. Вони пригнічують кашльовий рефлекс, тому потрібно уникати одночасного застосування відхаркувальних засобів, оскільки це може призводити до застою слизу у дихальних шляхах, що збільшує ризик бронхоспазму та інфікування дихальних шляхів. Застосування разом з муколітиками протикашлевих засобів може посилити застій мокротиння через зменшення кашльового рефлексу, при застосуванні ЛЗ, що містять порошок з підшлункових залоз, може зменшуватися всмоктування фолієвої кислоти, що може потребувати додаткового її надходження в організм; цукрознижувальна

дія пероральних протидіабетичних ЛЗ акарбози та міглітолу може зменшуватись при одночасному застосуванні ферментних ЛЗ; якщо це молочниця, то потрібно попередити пацієнта, що обов'язковим є лікування свого статевого партнера, при супутній ФТ сорбенти слід приймати за 1.5 год до або після прийому ЛЗ, у зв'язку з їх адсорбуючими властивостями; при захворюваннях нирок і сечовидільної системи часто призначають протимікробні засоби для системного застосування. В такому випадку, пацієнта слід попередити, що вони можуть викликати такі побічні дії, як головокружіння, нудоту і діарею, проте ці симптоми повинні зникнути на 2-3 день прийому лікарського засобу. Якщо симптоми продовжуються, або навіть збільшуються, необхідно припинити вживання ЛЗ і звернутись до лікаря; якщо це молочниця, то потрібно попередити пацієнта, що обов'язковим є лікування свого статевого партнера; при супутній ФТ сорбенти слід приймати за 1,5 години до або після прийому ЛЗ, у зв'язку з їх адсорбуючими властивостями; при захворюваннях нирок і сечовидільної системи часто призначають протимікробні засоби для системного застосування. У такому випадку пацієнта слід попередити, що вони можуть викликати такі побічні дії, як головокружіння, нудоту і діарею, проте ці симптоми повинні зникнути на 2-3 день прийому лікарського засобу. Якщо симптоми продовжуються, або навіть збільшуються, необхідно припинити вживання ЛЗ і звернутись до лікаря.

Висновки. В результаті проведення дослідження встановлено, що 64,5% пацієнтів запитання яких ми зафіксували, звертались за порадою з метою призначення клінічним провізором того чи іншого ЛЗ. Також встановлено, що 61% питань, не стосуються конкретного ЛЗ, 26% – стосуються безрецептурних ЛЗ, а 13% – рецептурних ЛЗ. Внаслідок проведення аналізу 300 запитань сформовано десять елементів ФО, що на нашу думку дозволять покращити якість надання медичної допомоги. Вважаємо, що постійним моніторингом запитань, з якими звертаються відвідувачі аптечного закладу до фахівців дозволить звернути увагу на основні аспекти підготовки провізорів і клінічних провізорів та підготувати їх до щоденної практичної діяльності.

СОЦИАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ РАЗРАБОТКИ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ ДЛЯ ТЕРАПИИ И ОБЕЗБОЛИВАНИЯ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Зубченко Т. Н., Наим Хинд, Аллауи Ахмед

Национальный фармацевтический университет, г. Харьков, Украина

zubchenko-tn@i.ua

Вступ. Лечение практически всех больных, страдающих воспалительными, заболеваниями опорно-двигательного аппарата проводится на фоне приема нестероидных противовоспалительных средств. Нестероидные противовоспалительные средства (НПВС, НПВП) составляют основную долю средств, направленных на терапию боли (около 5% от всех врачебных назначений). Механизм их действия основан на способности снижать синтез простагландинов из полиненасыщенных жирных кислот путем ингибирования циклооксигеназ. Действие НПВС снижает активность протеолитических ферментов, уменьшает воспалительную пролиферацию, снижает активность тромбина, уменьшает агрегацию тромбоцитов. Однако не у всех больных с хроническими заболеваниями опорно-двигательного аппарата прием НПВС приводит к полному обезболиванию. По имеющимся наблюдениям, при применении любого НПВС уменьшение признаков боли и воспаления отмечается примерно у 70 % больных:

Возможно, недостаточно высокий эффект от применения обезболивающих средств связан с применением лекарственных препаратов с одним механизмом действия, не учитывающим все факторы патогенеза боли, в то время как одновременное воздействие на различные звенья патогенеза болевого синдрома могло бы оказаться более эффективным. В лечении болевого синдрома могут быть использованы, помимо НПВС, другие группы лекарственных средств: ненаркотические анальгетики, антиконвульсанты, трициклические антидепрессанты, витамины группы В, местные анестетики, флупиртин, миорелаксанты, капсаицин и др. Однако в настоящее время

использование лекарственных препаратов данных групп не имеет широкого распространения. Выделение других медиаторов болевых рецепторов в процессе лечения заболеваний опорно-двигательного аппарата практически не контролируется. Совершенно очевидно, что при хронических воспалительных и обменно-дистрофических заболеваниях суставов боли могут быть вызваны другими медиаторами болевых рецепторов.

В связи с этим является актуальным поиск и применение препаратов, обладающих иными механизмами обезболивающего и противовоспалительного действия, воздействующих на другие звенья патогенеза болевого синдрома и не приводящих к осложнениям.

Цель. Разработка состава экстемпоральных комбинированных лекарственных препаратов противовоспалительного действия для местной терапии в форме мази и суппозитория для повышения качества жизни и способствующих социальной реабилитации больных.

Методы исследования. Для выполнения поставленной задачи в условиях лаборатории были наработаны экстемпоральные комбинированные образцы суппозитория и мази с использованием активных фармацевтических ингредиентов (АФИ) противовоспалительного действия широко используемые в аптечной практике. Качество и степень высвобождения АФИ из лекарственной формы, во многом зависит от вспомогательных веществ в составе лекарственной формы. Учитывая, что основа суппозитория является активным носителем действующего вещества и оказывает существенное влияние на биодоступность лекарственного средства, а также, обеспечивает стабильность готовой лекарственной формы в процессе хранения оценка физико-химических свойств суппозиторных основ, является неотъемлемым фрагментом исследований по созданию суппозитория и мазей для лечения воспалительных заболеваний. На первом этапе разработки препаратов объектами исследований были модельные образцы основ и лекарственных форм.

В процессе разработки использовали физико-химические, технологические, биофармацевтические методы исследования в соответствии с требованиями ГФ Украины.

Основной материал. Одним из основных этапов разработки состава ректальных суппозиториях является выбор суппозиторной основы, призванной обеспечить биодоступность, стабильность данной лекарственной формы и обеспечить равномерность распределения компонентов. Жировые основы должны плавиться при температуре тела человека.

Самым распространенным экстемпоральным методом получения суппозиториях является метод выливания. В условиях эксперимента образцы суппозиториях готовили методом выливания по общей технологической схеме. При этом учитывали такие факторы как физико-химические свойства активных компонентов и вспомогательных веществ, полученные коэффициенты замещения и объем ячеек суппозиторной формы. Оценку качества приготовленных лекарственных форм (суппозиториях и мазей) проводили в соответствии с существующей нормативной документацией. Для суппозиториях, изготовленных на различных жировых основах, осуществляли исследование физико-химических и структурно-механических показателей, проводили качественное и количественное определение действующих веществ, определяли отклонение от средней массы, время полной деформации, температуру плавления. Исследование модельных образцов мази осуществляли по физико-химическим, структурно-механическим показателям. В соответствии с требованиями ГФ Украины к МЛФ изучали стабильность, вязкость, термо- и коллоидную стабильность мази, ее сенсорные свойства. Исследования экстемпоральных лекарственных форм для терапии и обезболивания воспалительных заболеваний продолжаются.

Выводы. По результатам проведенных исследований разработаны составы экстемпоральных лекарственных форм противовоспалительного действия в форме мази и суппозиториях. Комплексный подход к проблеме обезболивания может повысить эффективность НПВС без повышения их

дозировки. Это особенно важно для больных пожилого возраста, страдающих заболеваниями сердечно-сосудистой системы и желудочно-кишечного тракта, что позволит повысить качество жизни и способствует социальной реабилитации больных.

**АЛГОРИТМ ФОРМУВАННЯ
ФАЙЛУ БЕЗПЕКИ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ
НА ВІТЧИЗНЯНОМУ ПІДПРИЄМСТВІ-ВИРОБНИКУ**

Коляда В.В., Коновалова Л.В., Юхта Л.О.

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

АТ «Київський вітамінний завод», м. Київ, Україна

koljada@ vitamin.com.ua

Мета: розробка алгоритму формування файлу безпеки лікарських засобів на вітчизняному підприємстві-виробнику.

Результати: нормативно-правова база України, яка регулює обіг лікарських засобів, передбачає реєстрацію якісних, ефективних та безпечних лікарських засобів. Надалі, у післяреєстраційному періоді, кожне підприємство-виробник повинно здійснювати нагляд за обігом кожного найменування та створювати так званий файл безпеки лікарського засобу. Згідно до Настанови лікарські засоби. Належні практики фармаконагляду (СТ-Н МОЗУ 42-8.5:2015, наказ МОЗ України від 05.04.2018 №620) до файлу безпеки слід: «включати інформацію стосовно усіх сторін, що відповідають за організований та спонтанний збір даних з безпеки лікарських засобів в місці здійснення організації діяльності з фармаконагляду». Для джерел інформації висуваються певні вимоги – це можуть бути дослідження, реєстри, спостереження чи програми підтримки, які фінансуються власником реєстраційного посвідчення. Основним напрямком даної роботи повинно стати збір, систематизація та

опрацювання інформації стосовно побічних реакцій лікарського засобу, а також даних стосовно відсутності його ефективності.

Для відслідковування післяреєстраційного нагляду за обігом лікарських засобів, вітчизняним підприємством-виробником розроблено та впроваджено систематизацію процедур з формування файлу безпеки лікарських засобів за фармакотерапевтичними групами. Функціонування системи формування файлу безпеки лікарського засобу дозволяє своєчасно відслідковувати інформацію не тільки на ринку України, але і опрацьовувати міжнародну інформацію. Прикладом може слугувати інформація стосовно своєчасного припинення виробництва та утилізації лікарських засобів до складу яких входив валсартан. Зазначені дії стали можливими за результатами висновку опрацювання інформації Європейської агенції з лікарських засобів (EMA) від 5 липня 2018 р. (EMA/459276/2018) щодо перевірки в Європейському Союзі готових лікарських засобів, що містять діючу речовину валсартан містить домішку N-nitrosodimethylamine (NDMA), що класифікується як можливий канцероген для людини. Іншим прикладом, може стати інформація PRAC EMA стосовно небезпеки довготривалого використання гідрохлортіазиду. На підставі цієї інформації було внесено відповідні зміни до інструкції для медичного застосування комбінованих лікарських засобів, до складу яких входить гідрохлортіазид.

Таким чином, проведення систематичного моніторингу зі збору інформації щодо ефективності та побічних дій/реакцій лікарських засобів надає змогу уніфікувати розгляд інформації отриманої від офіційних джерел, споживачів ЛЗ, медичного персоналу та отримати об'єктивні дані щодо лікарських засобів та надавати об'єктивну інформацію щодо безпеки лікарських засобів для споживача.

Висновки: розробка алгоритму формування файлу безпеки лікарських засобів, які виробляються вітчизняним підприємством-виробником дозволяє встановлювати об'єктивне співвідношення користі/ризиків та своєчасно надавати інформацію споживачу щодо лікарського засобу.

ГЕПАТИТ С В УКРАЇНІ

ЯК ВАЖЛИВА МЕДИКО-СОЦІАЛЬНА ПРОБЛЕМА

Кубарева І.В., Ноздріна А.А.

Національний фармацевтичний університет, м. Харків, Україна

socpharm@nuph.edu.ua

Вступ. На сьогодні вірусні гепатити це серйозна медична та соціальна проблема і глобальна загроза для здоров'я населення. Загальна кількість хворих на гепатити у світі в 14-15 разів перевищує кількість ВІЛ-інфікованих. За даними ВООЗ, вірусом гепатиту С (ГС) у країнах світу інфіковані на даний момент близько 150-200 млн людей, в Україні інфіковано приблизно 3% громадян, що складає 1170000 осіб. Саме ГС серед всіх типів вірусних гепатитів вважається найбільш небезпечним, він займає одне з перших місць в Україні за ступенем негативного впливу на здоров'я населення та масштабами захворюваності .

Гостра вірусна інфекція ГС зазвичай перебігає без симптомів і переростає в хронічну форму інфекції. У значної частини осіб, інфікованих вірусом ГС, розвивається цироз печінки або гепатоцеллюлярна карцинома, що має наслідки для благополуччя як окремої людини, так і держави. ВООЗ прикладає багато зусиль щодо боротьби з вірусними гепатитами, за останні роки в розробці нових підходів до лікування відбувся швидкий прогрес, з'явилась можливість повністювилікувати хронічний ГС.

Мета. Проведення аналізу поширеності хронічного ГС в Україні для подальшого удосконалення фармацевтичної допомоги хворим на ГС.

Методи дослідження. Під час роботи використовувались статистичні та аналітичні методи.

Основні матеріали дослідження. Згідно з офіційними даними статистики МОЗ, за період 2013-2017 рр. у середньому, було зареєстровано 47157 випадків хронічного ГС на рік. У співвідношенні 2017 р. до 2013 р. спостерігалось зростання кількості випадків даного захворювання на 18,96%

Максимальне значення коефіцієнту зростання захворюваності на хронічний ГС спостерігалось у 2014 р. в порівнянні з 2013р. (68,79%).

Також в період із 2013-2017 рр. середній коефіцієнт зростання частки хронічного ГС серед усіх захворювань по Україні склав 8,7%, найбільшим значення коефіцієнту зростання було у 2014р., порівняно із 2013р., і склало 14,28%. За результатами аналізу даних центра медичної статистики МОЗ, по всіх областях України було виявлено збільшення кількості випадків хронічного ГС в період 2013-2017 рр. Так, найбільший приріст був відмічений у Львівській та Харківській областях (71,81% та 64,32% відповідно); найменший – у Дніпропетровській області (7,90%).

У цілому, дорослі частіше хворіли на хронічний ГС, ніж діти. Частка дорослого населення складає 98,78% від усіх випадків ХГС, 0,31% – це підлітки 15-17 років і 0,92% – діти від 0 до 14 років. У порівнянні 2017 р. із 2013 р. серед дітей віком 0-14 років спостерігався найбільш значний приріст випадків хронічного ГС (на 13,25%). В той же час, серед дорослого населення цей приріст склав 0,08%.

Висновки. За результатами аналізу структури та динаміки соціально-медичних показників хронічного вірусного ГС в Україні нами встановлена тенденція збільшення кількості випадків даного захворювання, виражене збільшення питомої ваги хронічного ГС серед усіх випадків захворювань України. Зазначене вище обумовлює вивчення даної нозології не тільки в аспекті соціальної проблематики, а ще й в запровадженні комплексного надання якісної медичної та ефективної фармацевтичної допомоги хворим на ГС.

**СОЦИАЛЬНОЕ ЗНАЧЕНИЕ
ДОПОЛНИТЕЛЬНОЙ КЛИНИЧЕСКОЙ ПОЛЬЗЫ
ИННОВАЦИОННОГО ЛЕКАРСТВЕННОГО СРЕДСТВА
В ОНКОЛОГИИ**

Литвинова Е.В., Посылкина О.В.

Национальный фармацевтический университет, г. Харьков, Украина

kaf.yep@nuph.edu.ua

Введение. Расходы на здравоохранение представляют собой серьезную проблему для национального экономического благосостояния. Вследствие старения населения, внедрения дорогостоящих инновационных лекарственных средств (ЛС), методов лучевой терапии и хирургии, диагностических тестов увеличивается стоимость лечения онкопатологий, что не всегда является обоснованным.

Цель работы – анализ и обобщение научных подходов к оценке дополнительной клинической пользы инновационного ЛС сравнительно с существующими препаратами для лечения онкозаболеваний.

Методы исследования. Исследования проводились с использованием наукометрических баз данных в сети Интернет: PubMed; Администрации по контролю за лекарствами и пищевыми продуктами (Food and Drug Administration).

Результаты исследований. Создание ЛС дорогостоящий процесс, что обуславливает значительную разницу в стоимости генерических и запатентованных препаратов. Однако, в некоторых случаях эффективность инновационных, более дорогостоящих препаратов может не подкрепляться медицинскими данными, что приводит к увеличению затрат без улучшения результатов. В США термин «financial toxicity» (финансовая токсичность) вошел в обиход как средство описания финансового стресса, который сейчас часто сопровождает лечение рака и снижает качество жизни.

Ferguson и соавт. отмечают, что не нужно платить премиальную цену за инновационные ЛС, если они не увеличивают продолжительность жизни как минимум на три месяца по сравнению с существующими стандартами. О таких же временных рамках (применительно к повышению выживаемости) в оценке значимости новых ЛС на терминальной стадии сообщают специалисты из Великобритании. Комитет по исследованию рака Американского онкологического общества определил увеличение медианы абсолютной выживаемости в диапазоне 2,5-6 месяцев для ряда опухолей как минимальный показатель наличия дополнительного преимущества. По нему определяются клинически значимые результаты для нового ЛС от рака (в зависимости от типа опухоли). В Германии Институт оценки качества медицинской помощи (Institute for Quality and Efficiency in Health Care-Home, IQWiG, независимая организация, оценивающая качество и эффективность медицинских технологий и продуктов) выделяет 6 градаций наличия/отсутствия дополнительной терапевтической пользы: значительная, в случае достижения устойчивого и значительного улучшения в результатах лечения, не достигавшегося ранее при помощи препарата сравнения (в виде выздоровления, существенного удлинения продолжительности жизни, длительного отсутствия тяжелых симптомов или продолжительного избегания тяжелых осложнений); умеренная, выражающаяся, в частности, в уменьшении выраженности тяжелых симптомов, умеренного увеличения продолжительности жизни, «ослаблении» болезни по данным самоотчета пациента или относительном избегании тяжелых и других осложнений; минимальная, если наблюдают умеренное или незначительное улучшение, в частности, уменьшение выраженности нетяжелых симптомов или относительное избегание побочных эффектов; дополнительная клиническая польза не подлежит учету; отсутствие доказанной дополнительной эффективности; польза меньше, чем у препарата сравнения.

Выводы. Таким образом, с целью снижения непредсказуемого роста стоимости инновационных ЛС для лечения онкозаболеваний необходимо широкое использование сравнительных исследований клинической

эффективности при обсуждении новых подходов терапии и выявления явных преимуществ перед ЛС, которые уже применяются в клинической практике.

ДОСЛІДЖЕННЯ ПОВЕДІНКИ СПОЖИВАЧІВ ТЮТЮНОВИХ ВИРОБІВ

Лісек Ярослав Марцін, Рогуля О. Ю.

Національний фармацевтичний університет, м. Харків, Україна

rogulya_olga@ukr.net

Тютюнопаління та нікотинова залежність є глобальною медико-соціальною проблемою у суспільстві. Згідно з оцінками міжнародних експертів щорічно від хвороб, які обумовлені тютюнопалінням, помирає близько 5 млн. осіб. В Україні тільки непрямі щорічні витрати, пов'язані з тютюнопалінням, складають 3 млрд. доларів США. Таким чином, ефективна протидія тютюнопалінню повинна ґрунтуватися на засадах розроблення напрямів надання якісної фармацевтичної допомоги особам, які мають нікотинову залежність. Вищенаведене доводить актуальність теми та мети дослідження, яка передбачає аналіз поведінки споживачів тютюнових виробів та розробку заходів, спрямованих на відмову від тютюнопаління.

На першому етапі дослідження було сформовано вибірку із респондентів, які ствердно відповіли на питання «Чи вживаєте Ви тютюнові вироби?». На питання дали відповідь 156 респондентів, з яких 135 указали, що мають нікотинову залежність. Для визначення ступеня нікотинової залежності серед тих, хто має звичку тютюнопаління, проведено тест Фагерстрема. Встановлено, що 27,4% мають низьку нікотинову залежність, 57,8% – середню, 11,1% – високу залежність та 3,7% – дуже високий рівень нікотинової залежності.

Як свідчать результати опитування, досвід паління у віці до 12 років мали лише чоловіки. У віці від 12 до 18 років палити розпочали 76,5% опитаних чоловіків та 23,5% жінок. Решта опитаних набули тютюнової залежності після

18 років, серед яких 59,2% чоловіків та 40,8% жінок. Дослідження ВООЗ та МОЗ України доводять, що якщо молодь віком 12-17 років палить, то ймовірність вживання ними героїну у 12 разів, а кокаїну у 51 раз вища, ніж у тих, хто не палить.

Наступним етапом є аналіз причин існування залежності від паління серед респондентів. Найбільшу кількість відповідей отримали питання, які демонструють, що 64,4% респондентам подобається запах сигарет та 50,4% – маніпуляції з сигаретами. Тютюнопаління завжди є засобом відволіктися, коли курець засмучений або хвилюється (відмітили відповідно 43,0% та 37,8% опитаних). Палю тому, що це підбадьорює мене, допомагає зосередитись указали 35,6%, а чітко відстежують час 34,8% курців, які деякий час не курять, але мають в цьому потребу. Встановлено, що 42,2% опитаних зазначили, що палять часто, щоб тримати себе в тонусі, 36,3% вважають, що з сигаретою легше розслабитися і вони почуваються більш розкуто.

Серед причин, з яких респонденти не можуть позбутися ніотинової залежності, на першому місці є власне звичка палити, що зазначили 71,9%. В межах опитаних 45,9% відмітили, що паління дозволяє зайняти руки, 40,0% подобається сам процес паління, для 30,4% – це можливість швидко прокинутися. Також ніотинова залежність дозволяє як розслабитися, так і сконцентруватися, що відмітили відповідно 29,6% та 28,1% опитаних.

Згідно статистики Світового банку, у період з 2010 по 2017 р.р. рівень паління в Україні знизився на 20%, що здебільшого обумовлено подорожчанням сигарет. Таким чином, є суттєва залежність між вартістю сигарет та рівнем тютюнопаління в країні. На думку опитаних економічна доступність сигарет є засобом, який сприяє зростанню кількості курців, про що відмітили 60,9% чоловіків та 64,6% жінок. Ще 24,1% чоловіків та 25,0% жінок вважають, що доступність дешевих сигарет не провокує паління.

Наступним етапом дослідження стало визначення впливу промоційних заходів на поширеність тютюнопаління. Встановлено, що 43,7% опитаних чоловіків та 52,1% жінок вважають такий вплив суттєвим, в той же час

практично однакова кількість респондентів серед чоловіків та жінок (31,0%) відмітили, що такий вплив відсутній.

Респонденти під час анкетування дали відповіді на запитання щодо прагнення кинути палити. Встановлено, що 41,4% хотіли б полишити паління, але не найближчим часом, та 31,0% мають намір кинути палити найближчим часом. Для тих, хто прагне полишити звичку тютюнопаління найближчим часом, доцільно розглянути способи, які б полегшили процес відвикання від тютюну.

Під час дослідження встановлено, що 56,3% жінок намагалися кинути палити, а серед чоловіків цей відсоток складає 24,1%. В той же час понад половина (54,0%) чоловіків указали, що не робили спроби кинути паління, серед жінок таких 25,0%. Таким чином, зроблено висновок, що необхідно активізувати інформаційну роботу серед споживачів тютюну, у тому числі й використовуючи протидіючий маркетинг та зменшуючи економічну доступність сигарет.

На даний час існують ефективні методи, які допомагають пережити період синдрому відміни. Їх поділяють на два основних типи: когнітивно-поведінкова терапія та фармакологічна терапія. У зв'язку з цим нами пропонувалося дати відповідь щодо застосування нікотинозамісної терапії. Як свідчать отримані результати, 21,8% чоловіків та 43,7% жінок застосовували нікотинозамісну терапію, але зважаючи на те, що продовжують палити, цього виявилось не достатньо. Серед опитаних є досить значний відсоток тих, хто не застосовував нікотинозамісну терапію (78,2% чоловіків та 56,3% жінок). Встановлено, що серед тих, хто застосовував нікотинозамісну терапію, найбільшою популярністю користується жувальна гумка (віддають перевагу 66,7% чоловіків та 90,5% жінок), на другому місці стоять таблетки (серед чоловіків указали 14,3% та серед жінок – 4,8%), пластир трансдермальний застосовували 9,5% чоловіків та 4,8% жінок. Найбільш відомі споживачам препарати торгової марки нікоретте (жувальна гумка та трансдермальний пластир).

Узагальнюючи результати дослідження, можна зробити висновок, що споживачі тютюнових виробів мають можливість позбутися шкідливої звички завдяки широкому впровадженню соціально-орієнтованих маркетингових заходів. Основними напрямками у боротьбі з тютюнопалінням повинна стати інформаційна робота, спрямована на усунення перешкод у відмові від паління, зростання поінформованості населення і кожного пацієнта про наслідки тютюнопаління, формування власної мотивації щодо відмови від тютюнопаління та позбавлення нікотинової залежності.

АНАЛІЗ СТАНУ ПРОБЛЕМИ ЗАСТОСУВАННЯ ДІЄТИЧНИХ ДОБАВОК ПРИ ОЖИРІННІ

Немченко А. С., Міщенко В. І., Винник О. В., Рогозян О. А.

Національний фармацевтичний університет, м. Харків, Україна

viktoriamischenko@ukr.net

Вступ. На сьогодні малорухливий спосіб життя людей призводить до ожиріння – захворювання, при якому надлишковий накопичений жир у тілі несприятливо впливає на стан здоров'я та зменшує середню тривалість життя. Ожиріння збільшує ризик виникнення різноманітних захворювань: хвороби серця й органів дихання, діабету II типу, деяких видів онкологічних захворювань, остеоартриту та астми. Наразі у світі понад 30% населення страждає від ожиріння. Наразі в Україні гладкими є 44,8% дорослого населення, тобто майже кожен другий українець віком від 15 років має зайву вагу.

Мета дослідження. Проаналізувати асортимент дієтичних добавок (ДД), що застосовуються при ожирінні в Україні.

Методи дослідження. У дослідженні були використані методи системного аналізу, методи порівняння, аналітичний та контент-аналіз.

Об'єктами дослідження слугували Компендіум та сайти мережі Інтернет з обраної тематики.

Результати досліджень. При аналізі літературних джерел за обраною тематикою була встановлена розбіжність щодо кількості людей у світі, які страждають на ожиріння, а саме одні джерела свідчать, що 640 мільйонів чоловіків та жінок мають надмірну масу тіла (з них 266 мільйонів – це чоловіки та 375 мільйонів – жінки), а інші – понад 2 млрд. 100 млн. осіб страждають від ожиріння.

Дієвий спосіб подолання зайвої ваги – змінити раціон харчування й споживати меншу кількість калорій, аніж людина витрачає. Також необхідно комплексно використовувати усі методи – дієту, спорт та застосовувати дієтичні добавки (ДД). Задля чого нами було проведено аналіз асортименту вітчизняного ринку ДД, які використовуються при ожирінні, що зареєстровані у Компендіумі станом на 21.02.2019 р.

У класифікації «09 Дієтичні добавки до продуктів харчування для осіб, які контролюють масу тіла» у підгрупі «9.2. Дієтичні добавки, що знижують об'єм і калорійність прийнятої їжі прискорюючи розпад жирів в організмі» зареєстровано 89 найменувань, але вибірка склала лише 79 (87,3% від загальної). Слід зазначити, що 10 торгових найменувань (11,2% від загальної) відсутні у продажу на фармацевтичному ринку країни під час проведення досліджень, про що свідчила довідка у Компендіумі «Немає коментарів до цього матеріалу». Це такі ДД як Блокатор калорій, 50 мл, № 1, ТОВ «Еліксир» Україна; Капсули для схуднення «ЛІ ДА» капс. 350 мг блістер, № 30, ФФ «Далі», КНР.

Розгляд структури асортименту досліджуваної підгрупи ДД виявив, що вони випускаються у 4 лікарських формах (ЛФ). Перевагу складають тверді ЛФ (95,7%), що представлені у вигляді капсул (45,7%), чаїв (37,0%) й таблеток (13,0%). Рідкі ЛФ – 4,3% знаходяться в обігу у вигляді крапель.

При структурному аналізі досліджуваної групи ДД встановлено, що традиційно переважну кількість (84,8%) складають лікарські рослини – жостір,

квіти мальви, плоди шипшини, трави лемонграсу, олександрійський лист та інш. Решту (15,2%) займають такі речовини як L-карнітину тартрат, кон'югована лінолева кислота та інш.

Аналіз за країнами-виробниками дозволив встановити, що на цей час в Україні виробляється більшість вказаних товарів – 52,2%, а 47,8% становлять іноземні виробники. ДД, які увійшли до досліджуваної вибірки, випускаються у 5 країнах. Основна частка – 94,4% виробляється лише у 2 країнах, а саме Україні (52,1%) та Китаї (41,3%). Інші – 6,6% ПФ виробляються у 3 країнах: В'єтнамі, Польщі та Естонії (частка яких склала по 2,2%%).

Ретроспективний аналіз вітчизняних фірм-виробників встановив, що на фармацевтичному ринку з них присутні 24. У підгрупі ДД «9.2. дієтичні добавки, що знижують об'єм і калорійність прийнятої їжі, прискорюючи розпад жирів в організмі» провідні позиції (38,1%) займають:

- ТОВ «Еліт-фарм», питома вага – 16,7% (7 торгових найменувань);
- ТОВ «Ключі Здоров'я», питома вага – 14,3% (6 торгових найменувань);
- ТОВ ПТФ «Фармаком», питома вага – 7,1% (3 торгових найменувань).

Аналіз іноземних фірм-виробників серед аналізованих ДД встановив, що на фармацевтичному ринку країни з них присутні 12. У підгрупі ДД «9.2. дієтичні добавки, що знижують об'єм і калорійність прийнятої їжі, прискорюючи розпад жирів в організмі» провідні позиції (59,1%) займають такі виробники:

- «Евалар», Російська Федерація, питома вага 22,7 % (5 торгових найменувань);
- «Шенчжень Гонсен Байоледжі Індастрі Ко. Лтд», КНР, питома вага 18,2% (4 торгових найменувань);
- «Б. Браун», Медикал, Німеччина, питома вага 18,2% (4 торгових найменування).

Висновки. У ході досліджень проведено аналіз асортименту досліджуваної підгрупи ДД «9.2. Дієтичні добавки, що знижують об'єм і

калорійність, прийнятої їжі прискорюючи розпад жирів в організмі», що застосовуються при ожирінні. Проведено їх структурний аналіз, аналіз за лікарськими формами та країнами-виробниками.

ВИЗНАЧЕННЯ ЕКОЛОГІЧНИХ ПОРТРЕТІВ РІЗНИХ ПОКОЛІНЬ ГРОМАДЯН УКРАЇНИ

Проскурова Я.О.¹, Кубарєва І.В.¹, Карпенко К.І.¹, Євсєєва Л.В.²

¹ Національний фармацевтичний університет, м. Харків, Україна

² ГО «Соціальна та екологічна безпека»

socpharm@nuph.edu.ua

Останнім часом оприлюднено багато досліджень, які доводять різницю у поведінкових факторах різних поколінь населення. Соціолог Карл Мангейм в есе 1923 р. «Проблема поколінь» підкреслив, що швидкість соціальних змін у молодому віці має вирішальне значення для формування особливостей поведінкових характеристик покоління. Підхід Штрауса-Хоу (теорія поколінь) визначає, що суспільство розділене на різні категорії людей за віком (покоління). Покоління узагальнюють епоху, в якій існують нові соціальні, політичні та економічні складові. Дана модель суспільства особливо приваблива у зв'язку з масштабними процесами модернізації та глобалізації, які змінили світ. Врахування особливостей соціальної поведінки різних поколінь важливо у соціально значимих сферах життєдіяльності.

Відповідно до вищезгаданої теорії на цей час виділяють 5 наявних поколінь: *мовчазне покоління* – народжені раніше 1945 р.; *покоління бекі-бумерів* – народжені в епоху демографічного вибуху (1946-1962 рр.); *покоління Х* – люди, які народилися з 1963 р. по 1983 р.; *покоління Y (мілленіали)* – діти бекі-бумерів, які народилися в період з 1984 р. по 2000 р. та *покоління Z* – народжені у період з 2001 р. Покоління Х — так зване «втрачене покоління»,

яке зростало в період, коли соціальні інститути ослабли і втратили довіру. Це покоління характеризується скептичним ставленням до усього, але їм притаманне альтернативне мислення та висока проінформованість. Покоління Y (мілленіали) розбудовує сьогодні, і саме вони знаходяться під прицілом усіх маркетологів світу. Це покоління характеризується, перш за все, глибокою залученістю до цифрових технологій. Покоління Z – покоління, «народжене з телефоном у руках», з надзвичайною швидкістю сприйняття інформації. Те, що попередні покоління називали «новими технологіями» або «технологіями майбутнього», для покоління Z – навколишня дійсність. Дослідники вважають, що покоління Z найбільше цікавиться наукою, технологіями та мистецтвом. Соціологи вважають, що ця вікова група буде дуже економною і приділить особливу увагу здоровому способу життя та екології.

З огляду на вищезазначене, метою даного пілотного дослідження стало визначення ставлення до сучасних екологічних проблем громадян України 3-х поколінь (X, Y та Z). У процесі дослідження були використані аналітико-порівняльний, системний, логічний, математико-статистичний методи та метод анкетування.

Дослідження проведено у січні 2019 р. шляхом он-лайн опитування з використанням сервісу Google «Форми». Опитано 129 громадян України (по 43 представника кожного з поколінь X, Y, Z), переважно мешканців Харківської області. Анкета містила питання, які були включені до опитування, проведеного мережею TNS Political & Social серед громадян 28 країн-членів ЄС у 2017 р. щодо їх ставлення до довкілля, та адаптовано відповідно до дослідження «Екологічний портрет громадянина України», проведеного у 2018 р. ресурсно-аналітичним центром «Суспільство і довкілля».

За результатами опитування встановлено, що охорона довкілля є важливою для 81% громадян покоління X, 93% покоління Y та 47% покоління Z. У тому, що вони можуть особисто відігравати роль у захисті довкілля впевненні 63%, 49%, 33% опитаних представників відповідних поколінь. Громадяни України поділяють спільні екологічні цінності та вважають охорону

довкілля важливою проблемою. Високі показники невпевненості у своїй ролі у захисті довкілля громадян покоління Z свідчить про недостатнє залучення сучасної молоді до процесу прийняття рішень з питань навколишнього середовища, що має надзвичайно важливе значення у довгостроковому плані.

На думку респондентів трьох поколінь до «Найважливіших екологічних проблем» належать зростання кількості відходів 42% (X), 28% (Y), 26% (Z); забруднення річок, озер та океанів – 33% (X), 37% (Y), 18% (Z). Якщо категорії X та Y виділили майже одноголосно дві основні проблеми, то категорія Z розійшлась у своїх відповідях на зазначене питання.

Найбільш ефективними методами вирішення екологічних проблем представники поколінь X та Y вважають фінансові заходи: запровадження вищих штрафів за забруднення довкілля, прийняття суворіших екологічних законів, впровадження фінансових стимулів для бізнесу та громадян щодо втілення екологічних рішень (X – 43%, Y – 55%, Z – 15%). Покоління Z вважає необхідним: збільшення доступної та якісної інформації для населення з екологічних питань та забезпечення кращого застосування чинного екологічного законодавства (X – 48%, Y – 30%, Z – 75%).

Встановлено, що основними джерелами отримання екологічної інформації для громадян поколінь X (81%) та Y (95%) є соціальні мережі та новини на телебаченні. Покоління Z менше використовує ці джерела у якості основних – лише 58%. Покоління Z дивиться менше живого телебачення і більше отримує інформації на «вимогу» через сервіси відео. Тому відео-контент є важливим джерелом інформації.

За результатами опитування визначено, що покоління X характеризується високим рівнем недовіри у екологічних питаннях до будь-яких організацій, покоління Y більш довіряє міжнародним організаціям, а покоління Z демонструє модель довіри до урядових організацій більше, ніж будь-яка вікова група в даний час.

Порівнюючи ставлення до довкілля громадян України поколінь (X, Y, Z) нами сформульовано основні висновки: громадяни України 3-х поколінь

поділяють спільні екологічні цінності, проте, можна говорити, що екологічні практики мешканців України все ще потребують особливої уваги з боку державних органів та громадських організацій. Зокрема впровадження заходів для підвищення рівня екологічної свідомості та підтримки реформ громадянами у сфері довкілля, враховуючи особливості соціальної поведінки різних поколінь, які забезпечать якісні зміни у майбутньому.

НАДАННЯ ДОМЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ЯК ФАХОВА КОМПЕТЕНТНІСТЬ ФАРМАЦЕВТИЧНОГО ПРАЦІВНИКА

Рябова О. О., Кашута В. Є.

Національний фармацевтичний університет, м. Харків, Україна

farmacoter@nuph.edu.ua

Останній часом для підготовки здобувачів вищої освіти використовують компетентнісний підхід, що спирається на Закон України «Про вищу освіту», стандарт вищої освіти підготовки магістрів спеціальності 226 «Фармація, промислова фармація». Під компетентністю розуміють динамічну комбінацію знань, вмінь і практичних навичок, способів мислення, професійних, світоглядних і громадянських якостей, морально-етичних цінностей, яка визначає здатність особи успішно здійснювати професійну та подальшу навчальну діяльність і є результатом навчання на певному рівні вищої освіти.

Однією із фахових компетентностей майбутніх фармацевтів є здатність здійснювати домедичну допомогу хворим та постраждалим у екстремальних ситуаціях та при невідкладних станах. Саме дисципліна «Перша долікарська допомога» забезпечує набуття здобувачами вищої освіти даної фахової компетентності. Метою викладання навчальної дисципліни «Перша долікарська допомога» є навчити здобувачів вищої освіти алгоритмам надання першої долікарської допомоги потерпілим та хворим при нещасних випадках і

невідкладних станах. У результаті вивчення навчальної дисципліни здобувач вищої освіти повинен знати: причини виникнення невідкладних станів, основні клінічні прояви невідкладних станів, алгоритми надання домедичної допомоги при невідкладних станах; вміти: визначати ознаки хвороб та патологічних станів, що потребують обов'язкового втручання лікаря, які не підлягають усуненню на етапі домедичної допомоги в умовах аптечного закладу або виробництва та вживати необхідні заходи (реанімаційні заходи, накладення джугу тощо) на догоспітальному етапі; накладати різні види бинтових пов'язок, асептичну пов'язку; здійснювати тимчасову зупинку кровотеч; проводити транспортну іммобілізацію за допомогою стандартних шин та підручних засобів; оцінювати функціональний стан пацієнта; надавати першу домедичну допомогу при опіках та відмороженнях, травмах, стенокардії, інфаркті міокарду, нападі бронхіальній астмі, інсульті, гіпер- та гіпоглікемічній комі, нападі епілепсії, шоку, укусах комах та тварин, раптових пологах тощо, використовуючи прості маніпуляції (внутрішньом'язові, підшкірні ін'єкції); надавати першу домедичну допомогу при отруєнні лікарськими засобами або хімічними реактивами та отруйними рослинами; володіти: навичками надання домедичної допомоги хворим при невідкладних станах та постраждалим у екстремальних ситуаціях. Набуття фахової компетентності щодо надання домедичної допомоги хворим та постраждалим у екстремальних ситуаціях та при невідкладних станах також тісно пов'язано з морально-етичними принципами фармацевтичної діяльності.

Таким чином, компетентність з надання домедичної допомоги є обов'язковою професійною компетентністю майбутніх фармацевтичних працівників, що забезпечить своєчасне та правильне надання домедичної допомоги хворим при невідкладних станах та постраждалим у екстремальних ситуаціях, тим самим врятує життя людині, що перебуває у невідкладному стані, забезпечить подальше успішне лікування та попередить розвиток тяжких ускладнень.

ОЦЕНКА СОВРЕМЕННЫХ ТЕНДЕНЦИЙ ПОТРЕБЛЕНИЯ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ НА АМЕРИКАНСКОМ ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОМ РЫНКЕ

Цурикова О.В.

Национальный фармацевтический университет, г. Харьков, Украина

zurikova2008@gmail.com

Вступление. В структуре мирового фармацевтического рынка (ФР) американский рынок лекарственных средств (ЛС) занимает особое место, которое обусловлено действием целого ряда факторов. Среди указанных факторов необходимо указать такие как, высокий научно-исследовательский потенциал фармацевтической индустрии, сравнительно высокую платежеспособность большей части населения страны, быстро растущую потребность больных в оказании эффективной медицинской и фармацевтической помощи, высокие стандарты качества жизни в обществе и т.д. Поэтому развитие американского ФР в полной мере отвечает быстрым темпам проведения научно-исследовательских разработок, которые осуществляются крупнейшими фармацевтическими компаниями в мире. С инновационной точки зрения американский ФР представляет собой идеальную модель для рассмотрения проблем и перспектив эффективного продвижения современных препаратов от фармацевтических разработчиков до конечных потребителей на ФР. Система фармацевтического обеспечения населения с каждым годом испытывает дефицит ресурсов, поэтому любое потребление ЛП должно находиться в поле внедрения эффективных механизмов регулирования оборота препаратов. Указанное утверждение и определило цель проведения наших исследований.

Целью исследований стал анализ современных тенденций потребления ЛП на американском ФР. Объектом исследований стали данные специальной литературы, а также показатели отчетов мировых маркетинговых агентий («QuintilesIMS», «Association for Accessible Medicines»).

Методики исследований. Использовались исторический, логический, сравнительный, а также методы маркетингового анализа ФР.

Основной материал исследования. В результате проведенной систематизации данных специальной литературы нами установлено следующее. На данный момент в мире на последних стадиях научных исследований и разработок находится более 2 тыс. фармацевтических продуктов. Около 25,0% R&D-проектов сосредоточено на разработке и внедрении в практическую медицину ЛП, применяемых для лечения онкопатологий. Вторую позицию стабильно удерживают лекарства, которые применяются в лечении неврологических патологий (15,0%). Это новые ЛП, применяемые для купирования сильного болевого синдрома, препараты для лечения болезни Альцгеймера и эпилепсии. Перспективным является также комплекс исследований по дерматологическим средствам, вакцинам и сывороткам. Активный рост научно-исследовательских разработок в фармацевтическом секторе экономики напрямую влияет на увеличение объемом потребления ЛП и расходов, связанных с фармацевтическим обеспечением населения. Так, в 2017 г. на данные нужды в США расходовалось около 358 млрд. долл. США, а к 2021 г. планируется около 375-405 млрд. долл. США. С целью мониторинга и анализа потребления ЛП в США была создана и эффективно функционирует «Ассоциация доступных лекарств» («Association for Accessible Medicines»). В отчете данной ассоциации («Generic Drug Access & Savings in the U.S.») было указано, что применение генерических препаратов позволило сэкономить системе здравоохранения и фармацевтического обеспечения населения США 253 млрд. долл. США в 2016 г. и 1,67 трлн. долл. США за 2007-2016 гг.. Таким образом, стимулирование генерических замен при потреблении ЛП в США позволило сэкономить бюджетных средств, выделенных на страховые программы «Medicare» и «Medicaid». Так, в целом потребление генерических ЛП способствовало экономии бюджетных средств по программе «Medicare» на общую сумму 77 млрд. долл. США, а «Medicaid» – 37,9 млрд. долл. США. По данным 2017 г. на генерические наименования препаратов врачами было

выписано около 3,9 млрд. рецептов. На долю генериков приходится около 89,0% от всех выписанных рецептов, а удельный вес (%) расходов на них составляет 26,0% от общих расходов на здравоохранение и систему фармацевтического обеспечения населения в США. Значительная часть экономии финансовых ресурсов была связана с назначениями генерических ЛП, в первую очередь, в психиатрии (сумма сэкономленных средств составляет в 44 млрд. долл. США). Значительная часть экономии средств связаны с генерическими назначениями больным артериальной гипертензии (экономия – 29 млрд. долл. США), гиперхолестеринемией (размер прямой экономии – 28 млрд. долл. США), язвенной болезнью желудка (экономия – 22 млрд. долл. США). По данным 2017 г. использование генерических препаратов у пожилых людей, особенно в амбулаторных условиях привело к экономии значительного объема ограниченных ресурсов в системе здравоохранения США. Сумма экономии средств в возрастной группе пациентов 40–64 лет составила 100 млрд. долл. США, в группе больных в более пожилом возрасте (старше 65 лет) – 75 млрд. долл. США, для пациентов молодого возраста (20–39 лет) – 30,4 млрд. долл. США, а в педиатрии – 16 млрд. долл. США. Как видим, несмотря на высокий инновационный потенциал американского ФР в системе фармацевтического обеспечения населения наблюдаются усиление тенденций к реструктуризации потребления ЛП от более дорогих инновационных ЛП к их генерическим аналогам. Следует отметить, что это общемировая тенденция, которая просматривается, в первую очередь, в странах с высокими социальными стандартами и объемами государственных гарантий в здравоохранении.

Выводы. Американская система фармацевтического обеспечения с ее инновационной составляющей, к сожалению, не может быть примером для многих стран мира. Многие страны сейчас борются с бедностью и ресурсным дефицитом в системе здравоохранения. Поэтому результаты наших исследований может быть использованы для некоторых стран только в среднесрочной перспективе развития их систем фармацевтического обеспечения населения.

ВСЕСВІТНІ МЕРЕЖІ ТА ОБ'ЄДНАННЯ ДЛЯ БОРОТЬБИ З АНТИМІКРОБНОЮ РЕЗИСТЕНТНІСТЮ

Яковлева Л. В., Баглай Т. О.

Національний фармацевтичний університет, м. Харків, Україна

mrs.bata@gmail.com

Відкриття антимікробних препаратів (АМП) стало поштовхом для великих медичних та соціальних досягнень. Всього лише століття тому пацієнти помирали від інфекційних захворювань, які сьогодні піддаються лікуванню. Уже звичні для нас медичні досягнення, такі як трансплантація органів, хіміотерапія онкозахворювань та інші були б неможливими без ефективного протимікробного лікування. Тим не менш, нові механізми антимікробної резистентності (АМР) з'являються і поширюються по всьому світу, загрожуючи нашій цивілізації зникненням антимікробної терапії.

Суворі заходи з подолання АМР дуже важливі для всього людства, а глобальна співпраця необхідна для покращення розуміння динаміки розвитку резистентності.

Для розширення глобальної співпраці та поглиблення існуючих даних щодо резистентності до АМП створюються і підтримуються організації та проекти для вивчення АМР.

Для подолання АМР людство повинно об'єднуватись і діяти глобально, бо тільки так ми зможемо захистити наші досягнення в антибіотикотерапії. Україна велика країна з проблемами, які пов'язані з неконтрольованим споживанням АМП і наступним розвитком АМР, тому дуже важливою є система спостереження та реагування на ті несприятливі фактори, які роблять неефективною антибіотикотерапію.

Мета роботи. Дослідити організації, які опрацьовують дані по споживанню АМП та розвитку АМР, що вже існують на світовій арені, а також прослідкували в яких з них Україна приймає участь.

Основний матеріал досліджень. Під керівництвом Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ) у жовтні 2015 року була створена Глобальна система

нагляду за антимікробною стійкістю – Global Antimicrobial Resistance Surveillance System (GLASS), членами якої є 71 країна. Україна не входить до цієї системи. Метою об'єднання GLASS є підтримка глобальних досліджень і спостережень задля зміцнення доказової бази щодо АМР, а також сприяння поінформованості прийняття рішень та стимулювання національних регіональних та глобальних дій.

У 2005 році був створений Європейський центр профілактики та контролю захворювань (The European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC)), який працює за трьома ключовими стратегічними напрямками: забезпечення доказів для дієвого та ефективного прийняття рішень; зміцнення системи охорони здоров'я; а також відповідає на загрози суспільному здоров'ю.

В рамках ECDC створені та функціонують 19 підрозділів, наприклад Мережа спостереження за інфекціями, пов'язаних із системою охорони здоров'я (Healthcare-associated Infections Surveillance Network (HAI-Net)); Європейська мережа нагляду за споживанням антимікробних засобів (European Surveillance of Antimicrobial Consumption Network (ESAC-Net)); Європейська мережа нагляду за антимікробною стійкістю (European Antimicrobial Resistance Surveillance Network (EARS-Net)); Європейська мережа спостереження за хворобами, що передаються статевим шляхом (European Network for Sexually Transmitted Infections Surveillance); Європейська мережа нагляду за туберкульозом (European Tuberculosis Surveillance Network). Україна не входить та не надає дані до вказаних об'єднань.

Дані про стан АМР в Україні вперше були опубліковані у звіті Центрально-азійського та східноєвропейського нагляду за антимікробною стійкістю (Central Asian and Eastern European Surveillance of Antimicrobial Resistance (CAESAR)) за 2017 рік, опублікований у 2018р. Перший щорічний звіт CAESAR був опублікований у жовтні 2015 року.

Висновки. Україна поступово інтегрується у світові мережі та об'єднання для нагляду за АМР. Тільки співпрацею та кооперацією людство зможе подолати АМР.

RESEARCH INCIDENCE AND PREVALENCE OF PATIENTS WITH EPILEPSY IN THE WORLD AND IN UKRAINE

Korzh Ju. V., Oleynikova N.V.

National University of Pharmacy, Kharkiv, Ukraine

socpharm@nuph.edu.ua

Introduction. In modern medicine, the social aspects of managing patients with epilepsy and their quality of life are very important. Epilepsy is a chronic brain disorder that manifests itself in people all over the world. For this disease, typical attacks are manifested in the form of short-term uncontrolled trial in any part of the body (partial convulsions) or throughout the body (generalized convulsions). According to WHO, in many countries of the world there is no proper information on the epidemiology of the disease, which in turn contributes to the improvement of the disadvantages of organizing medical and pharmaceutical assistance. Thus, more than 75% of the 40 million people with epilepsy in the world do not receive adequate treatment.

The **aim** of our work is to analyze the rates of morbidity and prevalence of epilepsy patients in the world and in Ukraine.

Research methods. The research used historical, retrospective and system-analytical methods.

The main **research material.** According to the results of the analysis of the data of scientific literature it was established that in 2017 the epidemiological indicators of the prevalence of epilepsy in the world amounted to 49.4-58 persons per 100 thousand population. It should be noted that high prevalence rates were observed in individuals over the age of 60 years and in children under the age of 16 years. Indicators of sexually transmitted diseases were distributed as follows: males 50.7 patients per 100 thousand population, women 46.2 patients. Thus, men are more prone to the development of this disease.

In 2017, the incidence of epilepsy in developing countries (Brazil, Argentina, Turkey, Mexico, etc.) was 68.7 patients per 100 thousand population, which in turn

exceeded the indicators of developed countries (US, Japan , Germany, etc.), where 43.4 patients per 100 thousand population were registered.

In the United States, according to the CDC (The Centres for Disease Control and Prevention), 181,000 cases of epilepsy are diagnosed annually. The incidence is higher in patients younger than 3 years of age and older than 65 years. African-Americans and socially disadvantaged people are more susceptible to the disease.

The prevalence of epilepsy in most European countries ranges from 80 to 230 cases per 100,000 population.

According to the State Statistics Service in Ukraine, regions with high rates of registered cases in 2017 belonged to Kyiv, where 5776 to 6091 patients per year were registered, 5562 – 6809 were in Kiev and 4741-5345 were Zaporizhzhya, respectively. Dnipropetrovsk, Lviv and Odesa regions were included in the group with average indicators – from 4566 to 5706 cases. The last 19 regions form regions with a relatively low level. According to most epidemiological studies conducted in our country and abroad, today there is an increase in the proportion of epilepsy in the overall structure of diseases of the nervous system from 0.5% to 1.2%.

In Ukraine, according to recent data, there are as many as 100,000 people with epilepsy, but this figure is likely to be underestimated, taking into account the world average world prevalence rate. Due to the provision of assistance to patients with epilepsy by neurologists and psychiatrists and, accordingly, due to double coding and registration of clinical and expert epidemiology, the statistical data, in our opinion, are fundamentally incorrect and require new regulation.

Conclusions. Thus, the analysis of statistical reporting, which characterizes the incidence and prevalence of epilepsy in Ukraine, has established that the epidemiology of epilepsy has recently been insufficiently studied and requires constant systemic control.

**CLINICAL-AND-PHARMACEUTICAL APPROACHES
TO SELECTION AND APPLICATION OF ANTIHISTAMINE DRUGS
DURING PREGNANCY AND LACTATION**

Ryvak T.B., Koval A.Ya., Nepyivoda O.M.

Danylo Halytsky Lviv National Medical University, Lviv, Ukraine

tanusha1905@gmail.com

Introduction. According to World Health Organization allergy ranks 3rd place by the level of morbidity. The problem of allergic diseases in pregnant women, which in the last decade ranges from 5 to 20%, is extremely relevant. Allergic diseases are estimated to affect 20% to 30% of women of childbearing age, making them the most common medical conditions to complicate pregnancy. Furthermore, during pregnancy, up to 10% to 30% of women with pre-existing allergic rhinitis have reported increased symptoms.

Every drug used in pregnancy carries a risk for teratogenicity and careful risk/benefit assessment should be done before prescribing them. Today there is a significant arsenal of antiallergic drugs and approaches to the treatment of allergies, but none of the antihistamines is in the «A category» under the Food and Drug Administration, i.e. it is not completely safe during pregnancy.

Materials and methods. The research covered 95 respondents of different ages and areas which carried a sample questionnaire specially formed protocol with regard to problem issues relating to the treatment of allergy during pregnancy and lactation periods. The standardized poll algorithm was used, what allowed to achieve equality of conditions within the study group. The sociological (questionnaire), statistical, clinical-and-pharmaceutical methods were used.

Results. The overwhelming majority (71.0%) of women developed allergies during pregnancy and/or breastfeeding since they have responded positively to questions of questionnaire about the occurrence of allergic manifestations during pregnancy/lactation. It is important to note that 60.0% of interviewed women breastfeed their babies, of which 70.0% developed certain allergic manifestations

during pregnancy and/or lactation, and only 30.0% had no allergies. The most frequent manifestations of allergy, which were noted by respondents in 50.0%, were allergic manifestations of the skin; 43.0% – allergic rhinitis and 16.0% – allergic conjunctivitis. The above-mentioned manifestations of allergy in 26.0% occurred in the first trimester of pregnancy; 25.0% – during the whole pregnancy and by 18.0% – II and III trimesters. The most common causes of allergy development were: 38.0% – domestic animals wool; 34.0% – pollen of plants; 28.0% – household chemicals, 16.0% – insect bites and citrus. At the same time, 4 respondents (4.0%) had allergic manifestations caused by drugs (ambroxol, vitamin C, penicillin).

According to the results of the research, only 39.0% of the interviewed women used prescribed medicine; one third (30.0%) – resorted to self-treatment; 25.0% – applied for a recommendation to a pharmacist. It is noteworthy that 10.0% when choosing antihistamines used information from the Internet, and 4.0% – advice of relatives or acquaintances. It was established that in 100% of cases, respondents selected antihistamines for systemic use (loratadine, cetirizine, chloropyramine, etc.); 77.0% – drugs used in nasal cavity diseases (xylometazolin, mometasone, beclomethasone, etc.) and 63.0% – dermatological antipruritic drugs (dimethindene, diphenhydramine, clobetasol). Considering that more than ½ of the women interviewed resort to self-medication (76.0%) and self-appointment (30.0%), we consider the role of pharmacist to be a priority in the release of over-the-counter antihistamines to patients with symptoms of allergy.

Conclusions. Consequently, the role of the pharmacist in realizing the over-the-counter drugs especially for the pregnant and lactating women with the symptoms of allergy is important. In our opinion, this specialist should provide pharmaceutical care in pharmacies for patients with symptoms of allergy about the rational use of antiallergic drugs, warn regarding adverse reactions, interaction, dosage regimen, etc. At the same time, women during pregnancy and lactation should be responsible for their own health, trying to avoid contact with potential allergens and beware of unwarranted drugs use.

**СОЦІАЛЬНО-ЕФЕКТИВНІ
МЕХАНІЗМИ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ДОСТУПНОСТІ
ФАРМАЦЕВТИЧНОЇ ДОПОМОГИ НАСЕЛЕННЮ**

**РЕЗУЛЬТАТИ СТРУКТУРНОГО АНАЛІЗУ
ПЕРЕЛІКУ СОЦІАЛЬНО ЗНАЧУЩИХ НАЙМЕНУВАНЬ
ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ ТА ВИРОБІВ МЕДИЧНОГО ПРИЗНАЧЕННЯ,
ЩО ІМПОРТУЮТЬСЯ В РЕСПУБЛІКУ УЗБЕКИСТАН**

Богдан Н.С.¹, Панфілова Г.Л.²,

¹ Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці, Україна

² Національний фармацевтичний університет, м. Харків, Україна

nataliabogdan1602@gmail.com

Вступ. За останній час в багатьох країнах світу, в т. ч. тих, які відстоюють гуманістичні домінанти в своєму розвитку, відбулися серйозні зміни саме в сфері державного регулювання економіки і ФР. Підвищення рівня фізичної та соціально-економічної доступності лікарських засобів (ЛЗ) та виробів медичного призначення (ВМП) є для більшості країн СНД пріоритетним напрямком розвитку системи фармацевтичного забезпечення населення. Республіка Узбекистан (РУз) з 2016 р. впроваджує цілий комплекс заходів, метою яких є зростання рівня ефективності надання медичної та фармацевтичної допомоги, зокрема доступності ЛЗ для пересічних громадян країни. Одним із таких заходів, є впровадження прямого державного регулювання оптових та роздрібних цін на препараті, які є соціально значущими. Означене й обумовило основну ціль наших досліджень.

Мета. Проведення структурного аналізу переліку ЛЗ та ВМП, які є соціально значущими та імпортуються в РУз у відповідності до норм діючого законодавства.

Методики дослідження. Об'єктом досліджень стали дані, що представлені на офіційному сайті Міністерства охорони здоров'я РУз (<https://www.minzdrav.uz/services/registry/price/attach1.php>). Так, нами аналізувався склад «Переліку ЛЗ та ВМП з фіксованими оптовими та роздрібними цінами, що імпортуються в країну та є соціально значущими». У дослідженнях використовувалися історичний, порівняльний, логічний та інші

методи наукового аналізу й пошуку. Для проведення структурного аналізу переліку соціально значущих найменувань ЛЗ та ВМП, що імпортуються в РУз нами були обрані два параметра, а саме країни-імпортери (СНД, Країни ЄС, США і т.д.) та лікарська форма препаратів.

Основний матеріал дослідження. За результатами проведених досліджень встановлено наступне. У відповідності до географічної параметру зазначений перелік ЛЗ і ВМП практично однаково розподілився між «Країнами ЄС» (25,67%), «Країнами Азії» (22,07%) і Україною (20,27%). На частку (%) препаратів із зазначених географічних зон припадає 68,01% від всієї сукупності ЛЗ і ВМП, які нами вивчалися. Кожен сьомий препарат, представлений в даному переліку був представлений на ринку фармацевтичними компаніями із країн СНД (15,31%), а на частку (%) грузинських препаратів припадає лише 1,35% від усього асортименту найменувань ЛЗ та ВМП. Характерним є той факт, що у зазначеному переліку ЛЗ та ВМП були відсутні препарати виробництва США, Японії та Австралії. Серед препаратів українського виробництва присутні найменування, які випускаються такими потужними фармацевтичними підприємствами як ПАТ, НВЦ, «Борщагівський ХФЗ», ТОВ «Здоров'я» (фармацевтична компанія), ПрАТ «Технолог», ПрАТ «Дарниця», ТОВ «Дослідний завод «ДНЦЛЗ », ТОВ «Фарма Старт», ТОВ «Юрія-Фарм» Концерн «Артеріум» (ПАТ «Київмедпрепарат»). Серед препаратів, виготовлених в країнах Азії безумовним лідером є фармацевтичні компанії з Індії. Так, питома вага (%) препаратів індійського виробництва у зазначеній сукупності ЛЗ та ВМП становить близько 92,0%. Крім індійських препаратів, ЛЗ фармацевтичних компаній з країн Азії представляють фірми з Туреччини. Серед країн СНД основні позиції за кількістю представлених препаратів займають компанії з Російської Федерації та Республіки Білорусь. В цілому слід зазначити, що у формування асортиментного наповнення узбецького фармацевтичного ринку соціально значущими найменуваннями ЛЗ керівництво країни орієнтується переважно на азіатський регіон, країни СНД і Україну. Наступним етапом наших досліджень став аналіз Переліку соціально значущих

найменувань ЛЗ та ВМП, що імпортуються в країну за лікарськими формами. Нами встановлено, що перші три позиції за кількістю представлених препаратів займають розчини (82 найменувань), таблетки (57 найменувань препаратів) і порошки (14 препаратів). Як бачимо, лідер в рейтингу препаратів з лікарських форм в 5,86 раз більше має препаратів, ніж третій параметр аналізу (порошки). Враховуючий той факт, що розчини використовуються переважно в стаціонарних умовах, тобто їх використання вимагає лікарських маніпуляцій, то можна стверджувати наступне. Даний перелік затверджено з метою підвищення рівня доступності медичної та фармацевтичної допомоги, яка надається населенню в умовах стаціонару, в т. ч. в ургентних умовах. Це є логічним, з огляду на домінуючий підхід в організації лікувально-профілактичного процесу в колишніх республіках СРСР. Так, медична і фармацевтична допомога переважно має симптоматичний характер, а люди звертаються в лікарні не з метою підтримки свого здоров'я, а у випадку розвитку станів, що мають загрозливий для їх життя характер розвитку. Цікаво, що наприклад, в Америці спеціальним законом, затвердженим колишнім президентом від демократичної партії Бараком Обамою був виданий наказ про 100,0% виплату за медичними страховками вартості ліків, які використовувалися в для профілактики патологічних станів і симптомів.

Висновки. Державне регулювання у всіх галузях економіки розглядається сьогодні як найважливіший чинник економічного і соціального розвитку суспільства. Особливу соціальну роль державне регулювання має на фармацевтичному ринку, як соціально значущої структурі в державі. Як вказувалось раніше, РУз з 2016 року став розвиватися в якісно новому напрямку, перш за все, рішуче виплавляючи соціальні перекося у суспільстві. Тому, важливим напрямком подальшого розвитку системи фармацевтичного забезпечення населення повинно стати державне стимулювання виробництва вітчизняних препаратів, застосування яких суттєвим чином підвищить доступність надання медичної та фармацевтичної допомоги соціально незахищеним верствам населення.

АНАЛІЗ СОЦІАЛЬНОЇ ПРОГРАМИ "ТЕРАПІЯ ПЛЮС" ДЛЯ ХВОРИХ НА БРОНХІАЛЬНУ АСТМУ В УКРАЇНІ

Лебедин А.М., Стригіна М.О.

Національний фармацевтичний університет, м. Харків, Україна

Alla_leb7@ukr.net

Вступ. На сьогоднішній день бронхіальна астма (БА) є однією з домінуючих глобальних проблем суспільства. У світі приблизно 1 з 12 чоловік хворіє на БА або хронічне обструктивне захворювання легенів (ХОЗЛ), це складає близько 5% населення. За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ) на планеті на астму страждає близько 300 млн. людей. Поширеність у різних країнах коливається від 1 до 16%.

Мета дослідження. Проаналізувати соціальну програму "Терапія ПЛЮС" для хворих на бронхіальну астму в Україні.

Методики дослідження. Статистичний, структурний, фармакоекономічний аналіз.

Основний матеріал дослідження. Бронхіальна астма – хронічне запальне захворювання дихальних шляхів за участю різноманітних клітинних елементів. Ключовою ланкою є бронхіальна обструкція (звуження просвіту бронхів), зумовлена специфічними імунологічними або неспецифічними механізмами, що виявляється повторюваними епізодами задишки, почуття закладеності в грудях і кашлю. Бронхіальна обструкція може бути частково і повністю оборотною, характеризується спонтанним виникненням, або під впливом лікування. Хвороба вражає всі вікові групи населення, при неефективному контролі може призводити до значного порушення якості життя (ЯЖ), а в деяких випадках і до загибелі хворих. небезпечним для життя станом є ускладнення бронхіальної астми – астматичний статус [1].

Для лікування бронхіальної астми призначають препарати для зняття симптомів нападу і препарати, що діють на патогенетичний механізм

захворювання. Найбільш популярним методом лікування астми є комбінація бета-2 агоніста тривалої дії та інгаляційного кортикостероїду.

«Терапія ПЛЮС» – соціальна програма представлена фармацевтичною компанією «Астра Зенека» (Великобританія). Дана програма націлена на підтримку пацієнтів з хронічними захворюваннями в таких областях, як кардіологія, ендокринологія та пульмонологія. Основною метою програми «Терапія ПЛЮС» є підвищення готовності пацієнтів до призначеної терапії шляхом підвищення обізнаності пацієнтів про захворювання та зниження вартості терапії. Для лікування бронхіальної астми в програмі «Терапія ПЛЮС» відведений лише один лікарський препарат (ЛП) – «Симбікорт». Даний препарат в одному інгаляторі поєднує: інгаляційний кортикостероїд – будесонід і бета (2)-агоніст тривалої дії – формотерол. Результати клінічних досліджень свідчать про синергічний ефект, якщо обидва препарати вводяться через один інгалятор одночасно. Ефективність призначеного курсу терапії багато в чому визначається дотриманням його тривалості.

Глобальні продажі ЛП «Симбікорт» 2018 року склали 2 мільярди доларів США. На фармацевтичному ринку ЛП «Симбікорт» представлений в декількох дозах: Симбікорт пор.д / инг.80 / 4.5мкг / доза 60 доз; Симбікорт пор.д / инг.160 / 4.5мкг / доза 60 доз; Симбікорт Турбухалер пор.д / инг.320мкг / 9мкг / доза 60 доз. На офіційному сайті програми «Терапія ПЛЮС» представлені ціни на ЛП «Симбікорт» станом на 01 лютого 2019 року без урахування знижок за програмою, результати наведені в таблиці.

Для кожного ЛП, який бере участь в програмі, визначена відповідна схема нарахування знижки. Знижка надається власникам пластикових карток «Терапія ПЛЮС», які видаються пацієнтам безпосередньо лікарем закладу охорони здоров'я.

В результаті знижки, запропонованої для «Симбікорт» в рамках програми «Терапія ПЛЮС», вартість препарату значно знижується і становить від 25% до 50%, в залежності від дозування та пристрою, що використовується для прийому препарату.

Роздрібні ціни на ЛП «Симбікорт» в аптечних закладах

Назва препарату	МНН	Середня ціна, грн
Симбікорт турбухалер порошок д/інг., доз. 80 мкг/4.5 мкг по 60 доз в інг-рі АстраЗенека АБ, Швеція	Будесонід/формотерол	387,82
Симбікорт турбухалер порошок д/інг., доз. 160 мкг/4.5 мкг по 60 доз в інг-рі АстраЗенека АБ, Швеція	Будесонід/формотерол	484,81
Симбікорт турбухалер порошок д/інг., доз. 320 мкг/9 мкг по 60 доз в інг-рі АстраЗенека АБ, Швеція	Будесонід/формотерол	1155,51

В рамках програми встановлена максимальна щомісячна кількість ЛП, що пацієнт може придбати в аптеці, і обмежується виходячи з максимально допустимої дози ЛП для 1-го пацієнта в місяць. Пацієнт може придбати не більше 3-х упаковок одного ЛП в місяць (але не більше 9-ти упаковок в місяць і 18-ти упаковок протягом 2 місяців всіх препаратів, які беруть участь у Програмі), при використанні однієї облікової картки «Терапія ПЛЮС» [2].

Висновки. Поширеність бронхіальної астми з кожним роком зростає в більшості країн світу, що призводить до значних збитків не тільки з точки зору вартості лікування та медичних послуг, але й втрати продуктивності та зменшення участі в суспільному житті. Найбільш популярним методом лікування астми є комбінація бета-2-агоніста тривалої дії та інгаляційного кортикостероїду. Фармацевтична компанія «Астра Зенека» розпочала соціальну програму для поліпшення фармацевтичного забезпечення населення, але інформованість щодо цієї програми є мінімальною.

Список літератури

1. Бронхіальна астма: монографія / М.С. Регеда, М.М. Регеда, Л.О. Фурдичко [та ін.]. – Вид. п'яте, доп. та пер. – Львів, 2012. – С. 147.
2. Програма «Терапія ПЛЮС» від компанії «Астра Зенека» [Електронний ресурс] // Режим доступу : [<https://terapiaplus.com/>]

СТАТИНИ У РАМКАХ УРЯДОВОЇ ПРОГРАМИ «ДОСТУПНІ ЛІКИ»

Левицька О.Р., Свирида А.Г.

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького,

м. Львів, Україна

levytska.oksana@gmail.com

Вступ. З 1 квітня 2017 року в Україні діє урядова програма «Доступні ліки», у рамках якої пацієнти за рецептом лікаря можуть отримати безкоштовно або з доплатою лікарські засоби (ЛЗ) для лікування серцево-судинних захворювань, цукрового діабету II типу та бронхіальної астми. Перелік МНН ЛЗ, які включені до урядової програми, затверджено постановою Кабінету Міністрів України (КМУ) від 09.11.2016 р. №863 із змінами, внесеними Постановами КМУ від 17.03.2017 р. №152 та від 27.12.2017 р. №1080. Так, Постанова КМУ від 17.03.2017 р. №152 регламентує порядок визначення розміру відшкодування вартості ЛЗ, які підлягають відшкодуванню, а Постановою КМУ від 27.12.2017 р. №1080 перелік ЛЗ доповнено 2-ма діючими речовинами. Наказом МОЗ України від 21.01.2019 р. № 148 затверджено реєстр ЛЗ, вартість яких підлягає відшкодуванню, який налічує 258 препаратів. Серед них є ЛЗ з групи статинів, які широко використовуються в медицині при лікуванні серцево-судинних захворювань.

Мета. Дослідження ЛЗ з групи статинів, які включені в урядову програму «Доступні ліки».

Методики дослідження. Інформаційного пошуку, аналізу, узагальнення.

Основний матеріал дослідження. Проаналізовано структуру реєстру ЛЗ, вартість яких підлягає відшкодуванню. Встановлено, що у цей документ з групи статинів включено 13 препаратів симвастатину вітчизняного та зарубіжного виробництва. Результати аналізу цін на дані ЛЗ засвідчили, що ЛЗ АЛЛЕСТА табл. в/о, 20 мг №30 (Алкалоїд АД- Скоп'є, Республіка Македонія) та АЛЛЕСТА табл. в/о, 40мг №30 (Алкалоїд АД-Скоп'є, Республіка Македонія) пацієнти можуть отримати безкоштовно (табл. 1).

**Результати аналізу цін на ЛЗ симвастатину
у рамках урядової програми «Доступні ліки»**

Торгова назва ЛЗ	Оптовий- відпускна ціна за упаковку, грн.	Ціна в аптеці	Сума відшкодування аптекою	Сума до сплати пацієнтом	% відшкодування аптекою	% суми до сплати пацієнтом
1	2	3	4	5	6	7
Симвастатин 20 Ананта табл.в/о, 20 мг.№ 28 Марксанс Фарма Лтд., Індія	35,65	48,25	42,95	5,30	89,01	10,99
Симвастатин 40 Ананта табл.в/о, 40 мг.№ 28 Марксанс Фарма Лтд., Індія	71,29	96,49	85,91	10,58	89,03	10,97
Кардак табл.в/о, 10 мг.№ 30 Ауробіндо Фарма Лімітед (Юніт ІІІ), Індія	18,00	24,36	23,01	1,35	94,45	5,55
Кардак табл.в/о, 20 мг.№ 30 Ауробіндо Фарма Лімітед (Юніт ІІІ), Індія	36,00	48,73	46,02	2,71	94,44	5,56
Кардак табл.в/о, 40 мг.№ 30 Ауробіндо Фарма Лімітед (Юніт ІІІ), Індія	72,00	97,46	92,04	5,42	94,44	5,56
Вазиліп табл.в/о, 20 мг. № 28 КРКА, д.д., Ново место, Словенія	40,44	54,74	42,95	11,79	78,46	21,54
Вазиліп табл.в/о, 40 мг.№ 28 КРКА, д.д., Ново место, Словенія	80,89	109,49	85,91	23,58	78,46	21,54
Вазиліп табл.в/о, 40 мг.№ 84 КРКА, д.д., Ново место, Словенія	242,67	328,47	257,72	70,75	78,46	21,54
ВАЗОСТАТ-ЗДОРОВ'Я табл.в/о, 10 мг.№ 30 ТзОВ "Фармацевтична компанія "Здоров'я" Україна	24,82	33,60	23,01	10,59	68,48	31,52
ВАЗОСТАТ-ЗДОРОВ'Я табл.в/о, 20 мг.№ 30 ТзОВ "Фармацевтична компанія "Здоров'я" Україна	45,90	62,13	46,02	16,11	74,07	25,93

Закінчення таблиці

1	2	3	4	5	6	7
ВАЗОСТАТ-ЗДОРОВ'Я табл. в/о, 40 мг.№ 30 ТзОВ "Фармацевтична компанія "Здоров'я" Україна	85,68	115,97	92,04	23,93	79,36	20,64
АЛЛЕСТА® табл. в/о, 20 мг.№ 30 Алкалоїд АД - Скоп'є, Республіка Македонія	34,00	46,02	46,02	0	100	0
АЛЛЕСТА® табл. в/о, 40 мг.№ 30 Алкалоїд АД - Скоп'є, Республіка Македонія	68,00	92,04	92,04	0	100	0

За 3 ЛЗ, такі як Кардак табл.в/о,10 мг №30 (Ауробіндо Фарма Лімітед (Юніт III), Індія), Кардак табл.в/о, 20 мг №30 (Ауробіндо Фарма Лімітед (Юніт III), Індія) і Кардак табл.в/о, 40 мг №30 (Ауробіндо Фарма Лімітед (Юніт III), Індія) споживачі повинні доплатити близько 6% вартості. За 2 ЛЗ, а саме – Симвастатин 20 Ананта табл.в/о, 20 мг №28 (Марксанс Фарма Лтд., Індія) та Симвастатин 40 Ананта табл.в/о, 40 мг №28 (Марксанс Фарма Лтд., Індія) – майже 11% вартості. За Вазиліп табл. в/о, 20 мг №28 (КРКА, д.д., Ново Место, Словенія), Вазиліп табл. в/о, 40 мг №28 (КРКА, д.д.Ново Место, Словенія), Вазиліп табл. в/о, 40 мг №84 (КРКА, д.д. Ново Место, Словенія), Вазостат-Здоров'я, табл. в/о, 10 мг №30 (ТзОВ Фармацевтична компанія «Здоров'я»), Вазостат-Здоров'я, табл. в/о, 20 мг №30 (ТзОВ Фармацевтична компанія «Здоров'я») та Вазостат-Здоров'я, табл. в/о, 40 мг №30 (ТзОВ Фармацевтична компанія «Здоров'я») споживачі повинні доплатити 20-30% вартості.

Висновок. Встановлено, що у реєстр ЛЗ, вартість яких підлягає відшкодуванню за урядовою програмою “Доступні ліки”, включено 13 препаратів із групи симвастатину. Виявлено, що 2 ЛЗ з аналізованої групи пацієнти можуть отримати безкоштовно, для 5 ЛЗ відшкодовується до 20% вартості, а за 6 препаратів споживачі повинні доплатити близько 20-30% вартості.

ЦИФРОВА ЛОГІСТИКА ЯК СУЧАСНА КОНЦЕПЦІЯ ПІДВИЩЕННЯ ЯКОСТІ ТА ДОСТУПНОСТІ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ

Посилкіна О. В., Лісна А.Г.

Національний фармацевтичний університет, м. Харків, Україна

Lesnayaag@gmail.com

Вступ. У сучасних умовах для забезпечення стійкого соціально-економічного розвитку вітчизняні суб'єкти фармацевтичного ринку (СФР) змушені застосовувати адекватні ринковим умовам інструменти та методи управління. Впровадження концепції цифрової логістики в діяльність СФР дозволяє, у оперативному періоді – оптимізувати логістичні витрати завдяки чому створюються умови для підвищення доступності лікарських засобів (ЛЗ), а у довгостроковому періоді – на підставі зростання капіталізації та накопичення необхідних фінансових ресурсів СФР досягти стратегічної конкурентоспроможності. Отже, впровадження цифрових технологій в управління потоковими процесами є актуальною сьогоденною проблемою для вітчизняних СФР.

Незважаючи на те, що окремим аспектам використання інструментарію логістики в різних сферах фармацевтичної діяльності присвячені наукові розробки закордонних та вітчизняних вчених, ціла низка питань впровадження цієї системи управління в фармацевтичних компаніях до цього часу не отримала достатньої науково-теоретичної, методологічної та практичної підтримки. Тому, впровадження концепції цифрової логістики в управління діяльністю СФР має суттєве науково-практичне значення.

Метою даної роботи є обґрунтування доцільності впровадження в діяльність СФР цифрових технологій фармацевтичної логістики для підвищення ефективності лікарського забезпечення населення України.

Методи дослідження є абстрактно-логічний; монографічний і системного аналізу, порівнянь тощо.

Основний матеріал дослідження. Сьогодні цифрова логістика набуває стратегічного значення для інтеграції логістичних бізнес-процесів, підвищення їх ефективності та безпеки. Її можна розглядати як новий механізм прискореного системного розвитку логістичних систем, побудований на ефективних інформаційних зв'язках, оптимізованих потоках даних, які необхідні для вирішення оперативних і стратегічних завдань компаній.

Основними завданнями цифрової логістики в фармацевті є наступні: підвищення якості і точності виконання замовлень клієнтів; підвищення надійності функціонування діяльності СФР; підвищення рівня безпеки та захищеності фармацевтичного ланцюга постачань; зниження логістичних витрат і втрат; зменшення ризиків, пов'язаних з попаданням до ланцюга постачань фальсифікованої та контрафактної фармацевтичної продукції; підвищення прозорості логістичних бізнес-процесів і, як наслідок, підвищення довіри між СФР; підвищення рівня приватності і захищеності інформації, яка є комерційною таємницею, всіх СФР; усунення логістичних операцій, які не додають цінності для клієнтів тощо.

За даними Світового банку в рейтингу ефективності логістики LPI (Logistics Performance Index), Україна в 2018 р зайняла 66 місце з 160 країн (в 2017 р – 80 місце). У той же час серед країн пострадянського простору Україна стала третьою. Як свідчать результати проведених наукових досліджень, кількісна оцінка критеріїв ефективності логістичної діяльності показує велике значення цифровізації для: підвищення якості, надійності та прозорості логістичних процесів, спрощення та прискорення митного оформлення вантажів; підвищення якості транспортування і складських операцій; оптимізації організації міжнародних перевезень за конкурентоспроможними цінами; зростання якості логістичних послуг; підвищення прозорості відстеження проходження вантажів і своєчасності постачань тощо.

Згідно з дослідженнями PWC, McKinsey, Boyden в таких галузях як фармацевція, автомобілебудування і харчова промисловість, загальний усереднений ефект від цифровізації становить: підвищення на 10-15% обсягів випуску

продукції (послуг) за рахунок зниження простоїв обладнання; прискорення на 100-150% процесів проектування виробництва і доставки продукції до споживача; зниження на 20-30% витрат по всьому циклу управління ланцюгами постачань (підвищення рівня прозорості операцій); зниження на 30% витрат енергії за рахунок здійснення технологічних операцій тощо.

З метою оцінки перспектив впровадження цифрової логістики у вітчизняну фармацевтичну галузь нами були проаналізовані світові тренди в цій сфері: наскрізна автоматизація та інтеграція логістичних процесів в єдину інформаційну систему; цифрове проектування і моделювання логістичних процесів на протязі всього життєвого циклу ЛЗ; переклад зберігання інформації та проведення обчислень з власних потужностей на розподілені ресурси («хмарні» технології); перехід на обов'язкову оцифровану технічну документацію та електронний документообіг; застосування мобільних технологій для моніторингу, контролю та управління логістичними процесами при просуванні ЛЗ; масова індивідуалізація виконання замовлень споживачів (персоніфікація замовлень) за рахунок використання адитивних технологій; орієнтація на сегментацію ланцюгів постачань ЛЗ та підвищення рівня логістичного сервісу; підвищення стійкості і надійності ланцюгів постачань ЛЗ за рахунок використання блокчейн-технології тощо.

Висновки та перспективи подальших досліджень. Таким чином, позитивного ефекту від цифровізації фармацевтичної галузі не доведеться довго чекати. Відмовляючись від паперових процесів та цифровізуючи складові елементи своєї роботи, СФР зможуть поліпшити терміни виконання логістичних робіт, значно підвищити ефективність своєї діяльності та, в кінцевому підсумку, знизити експлуатаційні витрати. Цифровізація фармацевтичної галузі допоможе створити надійне цифрове середовище, оптимізувати та масштабувати операції, зробити їх послідовними та безпечними. За рахунок цифровізації стає можливим прискорено розвивати інновації, підтримувати стартапи, навчати всіх бажаючих основам програмування, впроваджувати цифрові технології у галузі. Реалізація всіх

вище перелічених умов дозволить підвищити продуктивність функціонування вітчизняної фармацевтичної галузі та отримати додаткові конкурентні переваги у глобалізованому цифровому світі.

ДОСЛІДЖЕННЯ ПОКАЗНИКІВ ФІНАНСУВАННЯ ПРОГРАМИ ПРОТИДІЇ ТУБЕРКУЛЬОЗУ В УКРАЇНІ

Романько Т.А., Корж Ю.В.

Національний фармацевтичний університет, м. Харків, Україна

socpharm@nuph.edu.ua

Вступ. Законодавством України передбачено, що медичну та фармацевтичну допомогу і санаторно-курортне лікування хворих на туберкульоз (ТБ) у державних і комунальних закладах охорони здоров'я здійснюють (надають) безоплатно. Під час лікування хворих на ТБ безперебійно та безоплатно забезпечують протитуберкульозними лікарськими засобами (ЛЗ) відповідно до їх переліку і обсягів, затверджених МОЗ України. На сьогодні в Україні для збереження та зміцнення здоров'я, профілактики ТБ, зниження захворюваності на ТБ, інвалідності, смертності населення, підвищення якості та ефективності надання медичної та фармацевтичної допомоги, забезпечення соціальної справедливості й захисту прав громадян на охорону здоров'я необхідно затверджувати та впроваджувати державну програму протидії ТБ. Одночасно, ефективне функціонування державної програми із надання медичної та фармацевтичної допомоги хворим на ТБ постає як один із важливих напрямків реалізації соціальних гарантій у суспільстві. Тому дослідження ефективності виконання державних гарантій мають значну актуальність та постають як перспективний напрямок соціально-економічних досліджень.

Мета роботи здійснити дослідження показників фінансування програми протидії туберкульозу у Україні за період 2015-2017 рр.

Результати дослідження. У Державному бюджеті України на 2017 р. бюджетна програма протидії ТБ мала назву «Забезпечення медичних заходів окремих державних програм та комплексних заходів програмного характеру». Згідно з паспортом цієї бюджетної програми на 2017 р. на закупівлю ЛЗ для лікування ТБ з Державного бюджету України було виділено 496 218,0 млн. грн, а на закупівлю тестів, витратних матеріалів для діагностики ТБ – 56 264,5 млн грн.

Далі нами було проведено аналіз джерел фінансування програми протидії ТБ протягом 2015-2016 рр. За результатами розрахунків було встановлено, що найвагомим джерелом фінансування протитуберкульозних програм в регіонах України були кошти місцевих бюджетів 1130592,0 тис. грн., або 44,08% від загального обсягу фінансування. Обсяг фінансування за рахунок коштів Глобального фонду (ГФ) протягом 2015-2017 рр. склав 825513,3 тис. грн. або 32,2% відповідно. При цьому необхідно відмітити, що цільове призначення коштів ГФ регламентовано і направлено на придбання засобів лабораторної діагностики та ЛЗ складних форм захворювання. Витратна частина Міністерства охорони здоров'я на протитуберкульозну програму у регіонах країни склала 560689,5 тис. грн. або 21,86%. На нашу думку, при епідеміологічному кризовому стані з ТБ в Україні рівень обсягу фінансування є неприпустимо замалим. Фінансування за рахунок інших джерел склало 47855,86 тис. грн. або 1,86%. Така незначна частка фінансування, на нашу думку, спостерігається за рахунок недостатньої роботи державних органів з популяризації підтримки програм з боротьби з ТБ.

Наступним етапом дослідження став аналіз обсягів фінансування на одного хворого за регіонами України за допомогою метода ранжирування. Розрахунковий крок інтервалу склав 44,91. Першу групу з ознакою незадовільного фінансування сформували регіони з коливанням інтервалу від 5,44 – 50,36 тис. грн. на одного хворого; другу групу з ознакою задовільного фінансування від 50,37 – 95,26 тис. грн. на одного хворого і третю групу з

ознакою прийнятних фінансувань від 96,27 – 140,19 тис. грн. на одного хворого. Встановлено, що до першої групи увійшло 20 областей, а саме: Вінницька область (30,42); Миколаївська область (5,44); Івано-Франківська область (12,49); Одеська область (16,05); Тернопільська область (19,44); Харківська область (21,66); Чернівецька область (22,27); м. Київ (22,5); Донецька область (22,74); Сумська область (24,06); Львівська область (24,37); Волинська область (24,81); Київська область (25,68); Луганська область (26,95); Херсонська область (27,79); Черкаська область (29,02); Дніпропетровська область (34,9); Запорізька область (37,53); Кіровоградська область (39,59); Житомирська область (40,76). До другої групи увійшли 3 області – Закарпатська область (51,9); Чернігівська область (62,48); Хмельницька область (76,96). Третю групу склали дві області – Полтавська область (104,55) та Рівненська область (140,19).

Висновки. Структура розподілу фінансових ресурсів програми протидії ТБ в Україні фактично не відповідає запланованій структурі фінансування. Встановлено, що основним джерелом фінансування в регіонах є місцеві бюджети – 44,08%, а кошти ГФ у структурі загальних витрат займають 32,2 %.

Дослідження рівня фінансування на одного хворого в регіонах України довело, що з двадцяти п'яти областей України – двадцять мають низький рівень фінансування, три області показали задовільне фінансування, а дві області помірне фінансування. Виходячи з вищевикладеного зазначаємо, що при існуючому фінансуванні програм протидії захворюванню на ТБ в Україні неможливо значними темпами знизити рівень захворюваності та підвищити ефективність надання медичної та фармацевтичної допомоги хворим на ТБ.

СУЧАСНІ ПІДХОДИ ДО ГАЛУЗЕВОГО РЕГУЛЮВАННЯ ОБІГУ СОЦІАЛЬНО ОРІЄНТОВАНОГО АСОРТИМЕНТУ ЛІКІВ У СИСТЕМІ ФАРМАЦЕВТИЧНОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ НАСЕЛЕННЯ

Самборський О.С., Слободянюк М.М.

Івано-Франківський національний медичний університет, м. Івано-Франківськ,
Україна

Національний фармацевтичний університет, м. Харків, Україна

Підвищення рівня доступності надання фармацевтичної допомоги (ФД) населенню повинно вирішуватись комплексно, опираючись на стратегічні цілі Національної лікарської політики (НЛП). Одним із важливих напрямків реалізації цілей НЛП (доступність, якість та раціональність застосування ЛЗ) є формування соціально орієнтованої асортиментної політики на фармацевтичному ринку (ФР). Зазначене досягається завдяки ефективному галузевому регулюванню обігу основних ЛЗ (ОЛЗ) й формуванню соціально обумовленого обсягу медичної та фармацевтичної допомоги населенню, що гарантується державою та суспільними інституціями.

Метою наших досліджень є розробка теоретико-прикладних підходів щодо удосконалення галузевого регулювання процесу формування соціально орієнтованої асортиментної політики на вітчизняному ФР.

Нами вперше систематизовано досвід галузевого регулювання ФР та ФД в країнах Європейського Союзу (ЄС), а також науково обґрунтована необхідність розробки та впровадження ефективних механізмів галузевого регулювання ФР у напрямку формування соціально орієнтованої асортиментної політики у відповідності до рівнів надання ФД населенню («життєво забезпечувальний», «здоров'язберігаючий» та «сервісний»). Для цього визначені актуальні завдання галузевого регулювання ФР та обґрунтовані принципи ефективної реалізації соціально орієнтованої асортиментної політики на вітчизняному ФР з урахування інтегративного характеру та багатогранності фармацевтичної діяльності, а також різного рівня суспільних та державних

гарантій компенсації вартості надання ФД населенню. Систематизація проведених теоретичних досліджень знайшла своє відображення у розробленій Концепції моделі галузевого регулювання ФР у напрямку формування соціально орієнтованої асортиментної політики.

Визначено, що у загальноприйнятому визначенні ФР постає як важлива складова макроекономічного комплексу країни та системи фармацевтичного забезпечення населення (СФЗН) одночасно. На ФР окрім суто ринкових завдань покладені й соціальні, ефективна реалізація яких повинна розглядатися у відповідності до цілей НЛП. В той же час, складність формування ефективних відносин між суб'єктами СФЗН, які розподілені з формою власності та господарюванням, а також державою та суспільством обумовлює необхідність формування комплементарного підходу до функціонування механізмів галузевого регулювання у СФЗН. Вважаємо, що у розробці та впровадженні зазначених механізмів повинно бути врахований: **інтегративний** характер функціонування СФЗН; **багатогранність фармацевтичної діяльності**, яка пов'язана з найвищими суспільними цінностями, насамперед зі здоров'ям та життям людей з однієї точки зору, а з іншого пов'язана з об'єктивними потребами фармацевтичних виробників, дистриб'юторів та аптечних закладів отримувати гарантований та стабільний прибуток від виробництва, просування та реалізації ЛЗ кінцевому споживачеві; **різний рівень гарантування** з боку державних та суспільних інституцій компенсації вартості надання ефективної ФД, яка повинна відповідати основним цілям реалізації НЛП.

Опрацьовано та охарактеризовано всебічний зв'язок та взаємодію рівнів організації надання ФД та асортименту ліків, що представлений на ФР, з урахуванням рівнів ФД у СФЗН.

За результатами досліджень розроблена Концептуальна модель галузевого регулювання ФР у напрямку формування соціально орієнтованої асортиментної лікарської політики.

ДОСВІД ОКРЕМОЇ АПТЕКИ В РЕАЛІЗАЦІЇ УРЯДОВОЇ ПРОГРАМИ «ДОСТУПНІ ЛІКИ»

Слизькоуха О. О., Громовик Б. П.

Аптека № 85 «Конекс», м. Тульчин, Україна

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького,

м. Львів, Україна

slizkouhao@gmail.com, hromovyk@gmail.com

Вступ. Доступні ліки (ДЛ) – це урядова програма (УП) реімбурсації лікарських засобів (ЛЗ) для лікування хвороб (серцево-судинних захворювань, цукрового діабету II типу та бронхіальної астми), які спричиняють високий відсоток смертності й інвалідності в Україні.

Тому **метою роботи** було управлінсько-економічне дослідження практичної реалізації УП «ДЛ» в умовах конкретної аптеки.

Матеріали й методи дослідження. Матеріалами дослідження обрані постанови КМ України, накази МОЗ України, джерела наукової літератури, дані аптеки № 85 ПП «Конекс» м. Тульчин Вінницької області за 2018 р. У роботі застосовані методи спостереження, порівняння, аналізу, формалізації, математичної статистики, узагальнення.

Основний матеріал дослідження. Показано, що здійснення УП «ДЛ» у м. Тульчин Вінницької області забезпечувало 11 (або 55 %) з 20 аптек різних форм власності. Встановлено, що упродовж I-III кварталів 2018 р. аптекою № 85 ПП «Конекс» пацієнти безперебійно забезпечувалися ЛЗ в рамках УП «ДЛ». Відзначено загальне збільшення кількості рецептів у розрізі цих кварталів. Проте у листопаді 2018 р., через реорганізацію закладів сімейної медицини у м. Тульчин, лікарі зменшили виписування рецептів за УП «ДЛ», тому відпуск ЛЗ знизився майже у 2,5 у порівнянні з жовтнем. У грудні 2018 р. через відсутність фінансування функціонування УП «ДЛ» було зупинено.

Висновки. Проаналізовано особливості функціонування УП «ДЛ», а також позитивні сторони й проблемні питання її реалізації на рівні конкретної аптеки.

PROSPECTS AND PROBLEMS OF THE COMPULSORY MEDICAL INSURANCE FUND

Samat S.S., Kayupova F.E.

Kazakh National Medical University named after S.D.Asfendiyarov, Almaty,

Kazakhstan

sabinasamatovna@mail.ru, farida_temir@mail.ru

Relevance of the work The health of the population is the most important characteristic of the level of socio-economic development of the country and belongs to the integral elements of the labor potential of society. Insurance medicine as a form of nationwide protection of the population is a special organizational system of medical care based on the insurance method. The health insurance system is now implemented in all countries. At the moment, the need to introduce compulsory social health insurance in the Republic of Kazakhstan is defined by the Plan of Institutional Reforms “100 concrete steps for further state-building”, by the Message of Head of State Nursultan Nazarbayev to the people of Kazakhstan dated January 17, 2014 “Kazakhstan’s Way – 2050: Common Purpose, Common Interests, Common future”. Kazakhstan has chosen a solidary model of the health insurance system. The need to study this issue, taking into account the demographic situation and trends in the socio-economic development of the country, the need to develop practical recommendations for the implementation of Medical drug provision of the population under the Compulsory Medical Insurance Fund.

The aim of the work. Development of scientific regulations and development of practical recommendations for Medical drug provision of the population under the Compulsory Medical Insurance Fund.

Kazakhstan is the largest country, and now, with the active development of international relations, more and more attention is being paid to the realization of the rights of a person and citizen. In the modern world with pervasive globalization, the insurance mechanism acts as a foundation that ensures the stability and uninterrupted functioning of the international economic machine. Insurance is so convenient and

efficient that developed countries rely everywhere on this tool. Citizens who have insured their health have the opportunity to receive medical care. Moreover, each person able to choose a medical institution, thanks to which incentives may be created for the development of competition between providers of medical services and motivation among medical personnel. In addition, having appreciated the benefits of compulsory insurance, citizens may well become more actively using voluntary medical insurance programs, which open up new opportunities, such as free access to expensive types of examination and treatment, a wide choice of physiotherapy procedures, consultations of the best specialists, and stays in hospitals. increased comfort.

First of all, compulsory health insurance is designed to provide all citizens with equal access to quality medical care in the volume and on conditions consistent with the Compulsory Medical Insurance programs, and this, of course, is a significant advantage. The risk is the opportunity to repeat the fate of the Compulsory Medical Insurance Fund, established in 1995. The fund lasted only 3 years. The fund was replenished with mandatory contributions from working citizens. Then the fund was formed at the expense of 2-3% deductions from the wage fund. The main problem in the work of the Compulsory Medical Insurance Fund at that time was that it practically did not fulfil its main function. So, the fund has become a mechanism for collecting taxes. This institute began to use funds primarily to replenish working capital, and not for medical care.

One of the key principles of compulsory medical insurance is joint responsibility for the health of the population of citizens themselves, the state and employers. It is possible that the disputes are connected with the fact that in a difficult time for the economy, contributions on compulsory health insurance will place an additional burden on employers. On the other hand, if proposals are made to deduct insurance premiums, it will encourage employers to pay not only mandatory contributions, but also pay attention to voluntary medical insurance and include it in the social package for their employees. In addition, some experts fear a repetition of the failure of the Compulsory Medical Insurance system, which was in the mid-1990s, because it is a negative experience that is permanently fixed in the memory. However, the development of the latest Kazakhstan model of Compulsory Medical

Insurance has already taken into account its experience and mistakes of other countries. High hopes are pinned on the Insurance Fund, which will increase funding for health care, where there is always a shortage of funds. Especially considering that new technologies in medicine are constantly evolving, and life expectancy is increasing, then, accordingly, health care costs are constantly increasing.

Conclusion. One of the reasons for the inefficient spending of funds in the system of compulsory medical insurance remains the insufficient economic motivation of the participants (patients, providers of medical services). In international practice, a common method of strengthening economic incentives in the health care system is the use of various forms of patient participation in paying for medical care.

Summing up, on the social insurance system, you need to note that in developed countries there are trends that include adapting to demographic problems, improving the administration of social processes and financial deficit. Consequently, this leads to an increase in the retirement age, there is a desire to actively increase the formation of insurance mechanisms to protect against social risks and contributions for all types of social insurance. Since the beginning of the crisis, social insurance systems have always been used as factors of crisis management and stabilization of economies.

REFERENCE

1. Katsaga A., Kulzhanov M., Karanikolos M., Rechel B. Kazakhstan: Health system review // *Health Systems in Transition*. – 2012. – Vol. 14, №4. – 154 P.
2. Tresch, R. Chapter 20 – Social Insurance: Medical Care / R.Tresch// *Public Finance (Third Edition)*.-2015.-P.349-365.
3. Blatov R. M., The legislative aspects of the state-private partnership in the healthcare system of the Republic of Kazakhstan: problems and perspectives of development // *International Scientific and Practical Conference “WORLD SCIENCE”*. – 2016. – №4(8). – Vol.2. – P. 24-2

**ОСНОВИ ПРАВА ТА ЗАКОНОДАВСТВА
У ФАРМАЦІЇ**

АНАЛІЗ ПІДХОДІВ НОРМАТИВНО-ПРАВОВОГО РЕГУЛЮВАННЯ ПРОМОЦІЇ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ

Волкова А.В., Олійник О.В.

Національний фармацевтичний університет, м. Харків, Україна

socpharm@nuph.edu.ua

Вступ. Промоція є невід’ємною складовою життєвого циклу кожного лікарського засобу (ЛЗ) і однією з найбільших статей видатків фармацевтичних компаній. На сучасному фармацевтичному ринку відзначаються зміни у пріоритетах щодо використання різних видів просування, однак бюджети на промоцію світових лідерів-виробників залишаються значними та, в окремих випадках, перевищують витрати на дослідження та розробку ліків. Поряд з цим відзначається зловживання фармацевтичними компаніями засобами розповсюдження інформації про ЛЗ і некоректне її подання, про що свідчить поширення нераціонального самолікування серед населення. Одночасно виникає проблема етичної промоції ЛЗ у рамках чинного нормативно-правового регулювання.

Метою нашої роботи стало проведення аналізу нормативно-правового регулювання промоції ЛЗ у країнах Європейського союзу (ЄС) та Україні з використанням **методів** контент-аналізу, логічного і порівняльного аналізу.

Основні результати. За результатами аналізу нормативно-правових документів ЄС виокремлено директиви, положеннями яких регулюється промоція ліків, зокрема: Директива 84/450/ЄС від 10.09.1984 р. «Про наближення законів, підзаконних актів та адміністративних положень держав-членів щодо реклами, що вводить в оману», Директива 92/28/ЄС від 31.03.1992 р. «Щодо рекламування лікарських препаратів для людського споживання», Директива 2001/83/ЄС від 06.11.2001 р. «Про Кодекс спільноти відносно лікарських препаратів, призначених для споживання людьми» і Директива 2010/13/ЄС від 10.03.2010 р. «Про узгодження певних положень, визначених законами, підзаконними актами та адміністративними

положеннями у державах-членах стосовно надання аудіовізуальних послуг». Так, Директивою 2001/83/ЄС визначено основні інструменти просування ЛЗ – реклама і забезпечення інформацією, а також розмежовано рекламу ліків, яка спрямована на кінцевого споживача і на фахівців охорони здоров'я. Також визначено групи ЛЗ, рекламування яких заборонено, зокрема: на які не видано торгову ліцензію; які відпускаються за рецептом лікаря; які містять наркотичні або психотропні речовини; вартість яких підлягає відшкодуванню з боку держави. Окрім цього визначено вимоги до семплінгу ЛЗ для осіб, уповноважених призначати чи розповсюджувати ЛЗ, а також вимоги до просування ЛЗ медичними представниками.

За результатами аналізу національного законодавства визначено, що основне регулювання промоції ЛЗ здійснюється 6 законами («Основи законодавства України про охорону здоров'я» від 19.11.1992 р. № 2801-ХІІ, «Про рекламу» від 03.07.1996 р. № 270/96-ВР, «Про лікарські засоби» від 04.04.1996 р. № 123/96-ВР, «Про благодійну діяльність та благодійні організації» від 05.07.2012 № 5073-VI, «Про захист від недобросовісної конкуренції» від 07.06.1996 р. № 236/96-ВР, «Про науково-технічну інформацію» від 25.06.1993 № 3322-ХІІ) і 2 наказами Міністерства охорони здоров'я України («Про деякі питання заборони рекламування ЛЗ» від 06.06.2012 р. № 422 і «Про затвердження Переліку ЛЗ, заборонених до рекламування, які відпускаються без рецепта» від 06.11.2012 р. № 876). Положеннями даних документів визначено вимоги до змісту інформації для фахівців і споживачів про ЛЗ, медичні вироби, методи профілактики, діагностики, лікування і реабілітації, а також категорії ЛЗ, що заборонені до рекламування, перелік хвороб, які заборонено згадувати у рекламі.

Висновки. Встановлено, що положення законодавства України є тотожними з нормами ЄС щодо визначення переліку заборонених до рекламування ЛЗ. Однак, на сьогодні в національному законодавстві є нерегульовані аспекти використання фармацевтичними компаніями окремих видів промоції. До таких питань можна віднести використання спеціалізованих

і фахових видань, як джерел розповсюдження інформації у колі фахівців, поширення реклами між медичними працівниками, використання семпілінгу та залучення до просування ЛЗ медичних представників.

ВІДПОВІДАЛЬНІСТЬ ЗА ПОРУШЕННЯ ПРАВ ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ ВЛАСНОСТІ У ФАРМАЦЕВТИЧНІЙ ГАЛУЗІ

Каравелкова Ю. С., Беляєва О.І., Унгурян Л.М.

Одеський національний медичний університет, м. Одеса, Україна

207aud@gmail.com

Важливість інтелектуальної власності (ІВ) для фармацевтичних компаній в цілому надзвичайно висока. Комерційні таємниці, торговельні марки та інші форми ІВ необхідні для сприяння компаніям у їх розвитку. Компанії, задіяні у виробництві або продажі товарів чи послуг, заснованих на об'єктах ІВ, часто потребують у своїй діяльності доступу до комерційної таємниці чи конфіденційної інформації, яка належить правовласнику. Доступ до комерційної таємниці і конфіденційної інформації зумовлений договірними чи юридичними обов'язками, покликаних захищати, не розголошувати та не використовувати комерційну таємницю правовласника.

Метою роботи було визначити можливі правопорушення в інтелектуальній власності у галузі фармації та притягнення до відповідальності.

Комерційна таємниця – відомості, пов'язані з виробництвом, технологічною інформацією, управлінням, фінансами та ін. діяльністю підприємства, що не є державною таємницею, але розголошення яких може завдати шкоди його інтересам. Склад і обсяг відомостей, що становлять комерційну таємницю, порядок їх захисту визначаються керівником підприємства самостійно з дотриманням законодавства. Методами захисту

комерційної таємниці є: розробка положення про комерційну таємницю на підприємстві; розробка інструкцій щодо дотримання працівниками режиму не розголошення комерційної таємниці; уведення до статуту підприємства розділів, які регламентують захист комерційної таємниці; розробка колективної угоди про нерозголошення комерційної таємниці, що укладається з особами, котрі мають доступ до цієї інформації; закріплення у правилах внутрішнього розпорядку, а також трудових договорах, контрактах зобов'язань та відповідальність за розголошення комерційної таємниці. Статтею 420 Цивільного кодексу України визначено, що комерційна таємниця є одним з об'єктів інтелектуальної власності, порушення якої є підставою кримінальної відповідальності. Зокрема ст. 232 Кримінального кодексу України визначає відповідальність за розголошення комерційної таємниці: «умисне розголошення комерційної таємниці без згоди її власника особою, якій ця таємниця відома у зв'язку з професійною або службовою діяльністю, якщо воно вчинене з корисливих чи інших особистих мотивів і завдало істотної шкоди суб'єкту господарської діяльності – карається штрафом від 1000 до 3000 неоподаткованих мінімумів доходів громадян з позбавленням права обіймати певні посади чи займатися певною діяльністю на строк до трьох років».

Проте, у фармацевтичному секторі існують певні прогалини щодо забезпечення захисту комерційної таємниці. Зокрема, це відсутність реальної відповідальності за здійснення дій, що сприяють зазначеним порушенням. У свою чергу аналіз відкритих даних показав відсутність у багатьох колективних договорах пунктів про комерційну таємницю. Спори щодо збереження конфіденційної інформації найчастіше мають місце між роботодавцем та найманим працівником з підстав ненадання інформації, її розголошення, відшкодування збитків спричинених порушенням умов про нерозголошення комерційної таємниці. Для збереження конфіденційної інформації необхідно чітко визначити яка саме інформація має такий статус, порядок прийняття рішень щодо її використання, коло осіб які мають право доступу до вказаної

інформації, умови щодо її нерозголошення та відповідальність за порушення такого зобов'язання.

В цілому, законодавство не містить формальних вимог до угоди про конфіденційність. Тому у відносинах між роботодавцем та працівником умови про конфіденційність можуть бути викладені як в формі окремого договору так і в формі положення, посадової інструкції, наказу, з якими ознайомився працівник.

ПРАВОВІ АСПЕКТИ НАДАННЯ ДОМЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ФАРМАЦЕВТАМИ

Кіреєв І.В., Жаботинська Н.В.

Національний фармацевтичний університет, м. Харків, Україна

farmacoter@nuph.edu.ua

За останні 10 років смертність внаслідок травматизму в Україні збільшилась на 38,7%. Летальність у перші 15 хвилин від моменту травми складає 35%. При цьому 76% постраждалих помирають на догоспітальному етапі, а 24% – у лікарнях. Зважаючи на вище сказане, особливу актуальність набуває домедична допомога – невідкладні дії та організаційні заходи, спрямовані на врятування та збереження життя людини у невідкладному стані, мінімізацію наслідків впливу такого стану на її здоров'я, що здійснюються на місці події. Згідно з попередніми даними науковців, у випадку коли 10% працездатного населення вміє надавати домедичну допомогу, рівень смертності на догоспітальному етапі зменшується на 20%.

В липні 2012 року Верховною Радою України було прийнято Закон Про екстрену медичну допомогу № 5081-VI. Протягом 2012-2018 років до Закону було внесені цілий ряд змін та доповнень. На сьогоднішній день Закон діє в редакції від 07.03.2018р.

В статті 12 цього Закону серед осіб, які не мають медичної освіти, але за своїми службовими обов'язками повинні володіти практичними навичками надання домедичної допомоги та зобов'язані надавати домедичну допомогу людині у невідкладному стані, окрім рятувальників аварійно-рятувальних служб, працівників державної пожежної охорони, поліцейських, провідників пасажирських вагонів, бортпровідників, вказані і фармацевтичні працівники.

Таким чином, необхідність вивчення майбутніми фармацевтами дисципліни перша домедична допомога та закріплення набутих навичок під час ознайомчої медичної практики є не тільки соціально значимою, але й законодавчо обґрунтованою.

MODERN ASPECTS OF THE INFORMATION AND LEGAL SUPPORT OF THE PHARMACEUTICAL SECTOR OF HEALTHCARE

Kubarieva I. V., Pilyuha L. V.

National University of Pharmacy, Kharkiv, Ukraine

socpharm@nuph.edu.ua

Statement of the problem. Today, the pharmaceutical market is actively developing, in particular due to the introduction of new information technologies (hereinafter – IT). The result of the successful functioning of pharmaceutical organizations is the use of modern information and legal technologies both for interaction with consumers and suppliers, and for internal production processes. Analysis of the pharmaceutical market requires operational collection and processing of information about it taking into account the legislation, and its use requires compliance with the rules for the protection of personal data.

Topicality is determined by the constant legislative changes, requires amendments and additions relating to the processes of the information support of the pharmaceutical sector of healthcare.

Objective statement. Taking into account the aforementioned the aim of our study was to analyze the current state of the information and legal support of the pharmaceutical sector of healthcare.

Results. The concept of "information technology" is interpreted by domestic scientists as a set of methods and software and hardware combined into a technological chain that provides the collection, processing, storage, distribution and display of information in order to reduce the complexity of the processes of using the information resource, as well as improving their reliability and efficiency in practice.

Regarding the pharmaceutical information the pharmaceutical encyclopedia states that these data are necessary for the proper pharmaceutical activities (legal, statistical, information and methodological, creation, application, circulation of drugs, other pharmaceutical and medical products).

We propose to classify information in the healthcare system as follows: medical information, and pharmaceutical information. By the structure the pharmaceutical information can be legal one and organizational and management one. The sources of the pharmaceutical information are institutions and specialists. The main consumers of the pharmaceutical information are researchers and practitioners of the medical and pharmaceutical industry. Their information needs converge in two directions: information on drugs and the information support of the formulary system, and they are divided in separate subsystems. This is the basis for forming a new list of drugs.

Analysis of scientific literature gives us the opportunity to conclude that the effective and competent use of IT in pharmaceutical companies is a necessary requirement of our time. It is an indicator of the level of competence of the subjects of the informatization process, which, in turn, requires continuous improvement of training of specialists who create and use it in their professional activities.

It is necessary to emphasize that the volume of existing information in the pharmaceutical sector of healthcare is constantly increasing. It makes it difficult for specialists to find relevant information in such a huge information space. The presence of a single information space facilitates the search and exchange of data on pharmacy in the study area.

It should be noted that for specialists who need professional pharmaceutical information there is no alternative to library sites now. The official information is placed on the resources of international organizations and government portals, such as the World Health Organization (WHO); Verkhovna Rada of Ukraine; Ministry of Health of Ukraine; Cabinet of Ministers of Ukraine; State Service of Ukraine on Medicines and Drugs Control (SMDC); State Enterprise “The State Expert Centre of the Ministry of Health of Ukraine”. Specialists of such industries as pharmacy, healthcare, as well as representatives of public institutions, public associations, legal entities and individuals are interested in the sites mentioned above. One can find relevant data on the state, development and legislative consolidation of types of responsibility both at the world and the domestic pharmaceutical markets using the following Internet resources: “Morion” Ukrainian journal; “Business-Credit LS” company; SMD company.

The use of the resources listed above is a prerequisite for creating a reliable basis for the information and legal regulation of the processes of proper production and sale of drugs. At the same time, determination of priority areas for improvement of domestic legislation in the aspects of the information and legal component of the pharmaceutical sector of healthcare is stipulated by the lack of a database, which is similar to those that operate in the European Union.

Therefore, we think that there is a need to create such databases in Ukraine in order to regulate the information support of subjects of the pharmaceutical sector of healthcare and to harmonize the national legislation in accordance with the requirements of the European Union.

Conclusion. The analysis of scientific literature has been performed, and it has been found that currently information resources are vital for development and commercial success of the pharmaceutical sector of healthcare. The use of the Internet and access to specialized sites have a positive impact on the quality of the specialist’s work against the background of the ever-growing level of application of electronic technologies in the pharmacy of Ukraine.

**СОЦІАЛЬНИЙ МЕНЕДЖМЕНТ
У ФАРМАЦЕВТИЧНОМУ СЕКТОРІ
ГАЛУЗІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я**

ПОРІВНЯЛЬНИЙ АНАЛІЗ ОБСЯГІВ РОЗВИТКУ НАДАННЯ ПОСЛУГ ФАРМАЦЕВТИЧНОГО СЕКТОРА У КРАЇНАХ ЄВРОСОЮЗУ

Воскобойнікова Г. Л., Довжук В. В.,

Березняк А. О., Назаренко А. С., Павленко Ю. С.

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

G_Vosk@ukr.net

Розвиток фармацевтичної галузі в країнах Євросоюзу відзначається перш за все інноваційністю і конкурентною спроможністю щодо надання послуг фармацевтичного сектора на світовому фармацевтичному ринку. Країни Євросоюзу: Німеччина, Італія, Франція, Ірландія. Великобританія, Іспанія входять до першої десятки ТОП-лідерів сучасного якісного фармацевтичного виробництва і постачання лікарських засобів на регульовані ринки.

Діаграма порівняльного аналізу обсягів виробництва фармацевтичної промисловості країн ЄС в млрд. євро наведена на рис. 1.

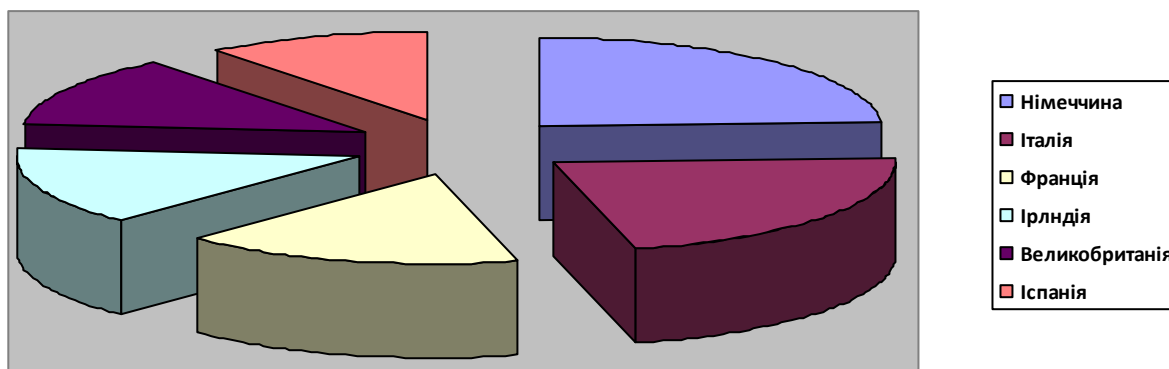


Рис 1. Діаграма порівняльного аналізу обсягів виробництва фармацевтичної промисловості країн ЄС в млрд. євро.

Одним з лідерів у розвитку надання послуг фармацевтичного сектора у країнах Євросоюзу є Німеччина. Німеччина також є головним суб'єктом у світовому секторі охорони здоров'я і може претендувати на лідера галузі, який розробляє, виробляє і постачає на світовий фармацевтичний ринок високоякісні фармацевтичні продукти. Фармацевтичний сектор отримує вигоду від

передових науково-дослідних об'єктів, давніх традицій у європейському фармацевтичному виробництві та представництві великих корпорацій, а також малих і середніх підприємств. Разом вони формують міцне підґрунтя розвитку галузевих інновацій та забезпечують вирішення завдань глобального ринку охорони здоров'я.

Німеччина також входить до п'ятірки найбільших у світі виробників лікарських засобів і надання фармацевтичних послуг. На міжнародному рівні Німеччина також має найбільші потужності у галузі біотехнологій, поступаючись лише США, що є постачальником найсучасніших установок для виробництва біоматеріалів. Фармацевтичні компанії в Німеччині також виступають у ролі провідних виробників техніки та обладнання для фарміндустрії, забезпечуючи безперервне і якісне виробництво. Найбільші німецькі фармацевтичні компанії (включаючи Bayer, BASF, Boehringer Ingelheim і Merck) та численні МСП користуються найкращою міжнародною репутацією на регульованих фармацевтичних ринках.

Асортимент фармацевтичних продуктів включає лікарські засоби від рецептів до безрецептурних препаратів, від оригінальних препаратів до генеричних препаратів, від малих молекул до біофармацевтичних препаратів. Фармацевтичний сектор Німеччини інтегрує до міжнародних хімічних компаній, які перебувають у Німеччині, забезпечуючи інноваційний виробничий досвід та інфраструктуру. Одним з ключових факторів успіху галузі є його фокусування на дослідженнях і розробках (R&D). Загальні витрати на науково-дослідну діяльність значно зросли (до євро 5,4 млрд.) еквівалентно 13,2% доходу, що робить його вищим, ніж у будь-якому іншому секторі промисловості Німеччини.

Необхідно відмітити, що німецькі патентні дані свідчать про інноваційну спрямованість фармацевтичної науки та промисловості. Німеччина посідає четверте місце в світі за застосуванням патентів у всіх галузях промисловості. Європейське патентне відомство щорічно отримує понад 1000 патентних заявок в галузі біотехнології та фармацевтики з Німеччини, – тільки

американські компанії мали більш високий рівень патентування пріоритетів за результатами наукових досліджень у фармацевтичній галузі. Міжнародні компанії підтримують традицію проведення спільних досліджень у Німеччині, що дозволяє їм вдосконалювати свої власні технології, інтегруватися до світового рівня розвитку фармацевтичної галузі і користуватися міжнародною популярністю та глобальним доступом. Експортні доходи для німецьких компаній, наприклад в Азії, сягають майже 6,8 млрд. дол., 22 % імпортованої фармацевтичної продукції в Китаї походить від німецьких компаній. Особливо високим попитом користуються лікарські засоби рослинного походження, оригінальні препарати та ліки, що входять до переліку необхідних для системи охорони здоров'я і відпускаються за рецептом.

Поряд з лідерами фармацевтичної промисловості фармацевтичний сектор стрімко розвивається в інших країнах Євросоюзу, якісно змінюється їх система лікарського забезпечення.

Фармацевтична промисловість відіграє важливу роль у економічному зростанні Австрії. В Австрії упродовж 2014-2018 рр. економіка зросла від 1% до 1,6%, однією із галузей, яка сприяла підвищенню рівня розвитку економіки є фармацевтична промисловість. Прогнозується зростання економіки Австрії на 4% за рік. Австрія приєднується до інших країн ЄС у зусиллях з регулювання цін на ліки, які становлять 12,2% усіх витрат на охорону здоров'я. В той же час, Австрія є важливим новатором у галузі лікарського забезпечення. На межі попередніх п'яти років за даними Австрійської асоціації фармацевтичної промисловості (Pharmig), Австрія витратила трохи більше 10% свого ВВП на охорону здоров'я, близько 33,7 мільярда євро і більше 4,1 мільярда євро на фармацевтичну продукцію.

Від початку XXI ст. відбулися численні фундаментальні зміни на фармацевтичному ринку країн Східної Європи.

Структура власності польських компаній змінилася з тенденцією домінування приватних. Реалізовані нові правила, такі як поправки до правил продажу лікарських засобів. Змінилася система управління державною

охороною здоров'я (Фонди охорони здоров'я були створені, а потім замінені Національним фондом охорони здоров'я (НЗФ), змінювалась також їх структура, спостерігається поступове збільшення кількості роздрібною та оптової мереж, кількості аптек та їх подальша консолідація, зростаюче значення іноземних інвесторів, що працюють у фармацевтичній промисловості.

ХАРАКТЕРИСТИКА МІКРОСТРАХУВАННЯ ЯК СУЧАСНОЇ СОЦІАЛЬНО ОРІЄНТОВАНОЇ ФОРМИ ДІЯЛЬНОСТІ

Гала Л.О.

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

hala.lilia@gmail.com

Вступ. Медичне страхування як соціально орієнтована форма діяльності перебуває в постійному розвитку відповідно до перетворень у свідомості людей та державному устрою країн. Тому в організації надання страхових послуг у системі охорони здоров'я постійно з'являються нові форми та методи обслуговування населення. Особливої актуальності впровадження більш гнучких, з вартісної й організаційної точки зору, форм надання страхових послуг набувають у разі страхування соціально незахищених верст населення у країнах, що розвиваються. На жаль, саме до таких країн зараз можна віднести й Україну. Тому дослідження сучасних форм організації страхової діяльності, що застосовуються в практичній охороні здоров'я, мають в українських реаліях актуальність та соціально-економічне значення.

Мета. Дослідження теоретико-прикладних підходів до функціонування сучасних форм і методів надання страхових послуг у системі охорони здоров'я, насамперед впровадження програм мікрострахування населення.

Методики дослідження. Використовувалися історичний, порівняльний, логічний та інші методи наукового аналізу й пошуку.

Основний матеріал дослідження. За результатами проведених теоретичних досліджень нами встановлено наступне. У сучасному визначенні мікрострахування виглядає як форма організації страхової діяльності, де застосовується політика формування низьких страхових вкладів та низького покриття на випадок виникнення певних подій, що зазначені у договорах. У цьому визначенні «мікро-» відноситься до невеликих фінансових операцій, які формуються за кожним окремим страховим полісом. Мікрострахування, орієнтоване на потреби і можливості, в першу чергу, малозабезпечених громадян дозволяє забезпечити їх страховим захистом, що практично недосяжно в рамках реалізації традиційних форм страхування, насамперед програм добровільного медичного страхування. До страховиків, які надають мікрострахові продукти, згідно з зарубіжним досвідом, можна віднести страхові організації, спеціалізовані мікрострахові організації та товариства взаємного страхування. Незважаючи на наявні відмінності, мікрострахування і традиційне страхування досить схожі за фундаментальними параметрами, а саме за основними функціями (компенсаційна, ризикова, акумуляційна) та базовими принципами (еквівалентність, вирівнювання збитку, взаємодопомога, зворотність, страхові виплати, достатність страхового фонду, об'єднання індивідуальних і групових інтересів у забезпеченні страхового захисту, превенція). Проте, у мікрострахування є специфічні принципи, що відрізняють його від традиційного страхування. Ці принципи демонструють особливості мікрострахування й дозволяють позначити так званий «вододіл» між традиційними і мікростраховими продуктами. За результатами систематизації даних спеціальної літератури нами визначені наступні специфічні принципи функціонування мікрострахування:

- мінімізація навантаження;
- вибір страхового ризику за принципом найбільш актуального в умовах ігнорування менш важливих ризиків;
- максимальна взаємна довіра страхувальників і страховиків;

- інноваційність діяльності та розробка перспектив на подальшу співпрацю страховиків, страхувальників та застрахованих осіб.

Мікростраховання постає, як вказувалось раніше, важливим фінансовим механізмом захисту людей з низьким рівнем доходу від конкретних небезпек в обмін на регулярні виплати премій пропорційно ймовірності та вартості ризику. При цьому слід зазначити, що мікростраховання, як сучасна соціально орієнтована форма страхової діяльності, не посилається на певну сферу ризику та канал доставки страхових продуктів. Так, страхові продукти з мікростраховання можуть бути представлені не тільки страховиком, а й передані на просування за допомогою різних каналів, у тому числі невеликих схем на рівні громад, кредитних спілок й інших видів закладів мікрофінансування, а також величезних багатонаціональних страхових компаній тощо. Так, наприклад, в Індонезії поліси мікростраховання розповсюджуються передусім у провінціях, що знаходяться в небезпеці природних лих або вже серйозно постраждали від цунамі й інших природних катаклізмів. Фінансову (у значних обсягах) і консультаційну підтримку країні в реалізації програми розвитку мікростраховання надають німецькі компанії «Allianz AG» і «Німецьке товариство співпраці з зарубіжними країнами» (GTZ). В Індії багато продуктів з мікростраховання на випадок хвороби або втрати годувальника відповідають інтересам клієнтів громад. Це є наслідком, в першу чергу, ефективної співпраці державних органів з різними страховими компаніями, наприклад, з «Grama Vidiyal», «Allianz Bajaj», «AMP San-mar» тощо. Організація мікростраховання має багато відмінностей в різних країнах світу. Тим не менш більшість країн стикаються з постійними проблемами у впровадженні такої форми страхової діяльності в практичну охорону здоров'я. У цілому можна визначити чотири основні способи надання мікростраховання, а саме модель: партнера-агента; орієнтовану на постачальників; спільної взаємодії; повного обслуговування громади.

Висновки. Програми мікростраховання, які використовуються в країнах з низьким рівнем доходів, будуть розвиватися й у подальшому. Мікростраховання в усьому світі визнано корисним інструментом ефективного

соціально-економічного розвитку країн. Оскільки багато людей з низьким рівнем доходу не мають доступу до адекватних інструментів управління ризиками, особливо у сфері збереження здоров'я, то вони є вкрай вразливими для бідності та зубожіння. Неспроможність населення фінансово захистити себе на випадок втрати здоров'я призводить до формування об'єктивних причин задля соціальної нестабільності у суспільстві. Саме з цього приводу досвід упровадження програм мікрострахування є важливим для України й тому дослідження з цього будуть напрямку будуть проводитися і в майбутньому.

ДЕРЖАВНА ЗАРЕГУЛЬОВАНІСТЬ ФАРМАЦЕВТИЧНОЇ ОСВІТИ ТА РОЛЬ ФАРМАЦЕВТИЧНОГО САМОРЕГУЛЮВАННЯ

Громовик Б. П., Панькевич О. Б.

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького,
м. Львів, Україна

hromovuk@gmail.com, pankevych.lviv@gmail.com

Вступ. Забезпечення високої якості фармацевтичної освіти на всіх її етапах і рівнях є основою забезпечення й підвищення якості життя людей. У цьому контексті виняткового значення має позиція держави та фармацевтичної спільноти.

Метою роботи було визначення прогалин фармацевтичної освіти та ролі фармацевтичного саморегулювання в удосконаленні її якості.

Матеріали й методи дослідження. Методологічну основу дослідження становили наукові праці та нормативно-правова база в галузі освіти. Вирішення поставленого завдання здійснювалось з використанням критичного аналізу, наукового узагальнення та систематизації.

Основний матеріал дослідження. З'ясовано, що чільною проблемою фармацевтичної освіти в Україні є державна зарегульованість, яка проявляється через три основні складові, а саме через:

– щорічну зміну умов вступу у заклади вищої освіти (ЗВО), зокрема введення мінімального значення кількості балів із вступних випробувань для вступу на спеціальність «Фармація, промислова фармація» не менше ніж 130 балів. Так, в умовах стагнації повної середньої освіти, введення прохідного балу для медиків спричинило у 2018 р. скорочення кількості студентів на 30% на фоні навчання за кордоном майже 70 тис. українських студентів та еміграції близько 10 тис. лікарів за кілька останніх років [1-3]. Зазначене очікує і фармацевтичних фахівців (ФФ), позаяк за кордоном зростає на них попит [4];

– неопрацьованість системи ліцензійних інтегрованих іспитів («Крок 1», «Крок 2» та «Крок 3») – складової частини атестації майбутніх магістрів фармації. Дані аналізу розподілу результатів «Кроків» за 2009-18 рр. показують непропорційне зростання або падіння кількості студентів, які отримали певний бал, що чітко збігається з порогом «склав/не склав» для кожного року. Це може свідчити про «підтягування» результатів до визначеного порогу та зміну підходів до оцінювання [5]. Однак результати «Кроків» наразі мають пряму дію лише на студентів-провізорів денної форми навчання, які, на відміну від студентів-заочників, є в меншості – одна третина за даними ДП «Інфоресурс» станом на 03.09.2018 р. Тому, на тлі продукування чисельних ФФ (молодших бакалаврів і бакалаврів) майже 40 коледжами, які не залучені до системи «Кроків», останні не можуть бути дієвим запобіжником для не допуску некваліфікованих студентів до фармацевтичної професії;

– недосконалість інституту державної акредитації ЗВО, який упродовж останніх років ускладнювався, але це не сприяло покращенню якості освіти, а лише до посилення бюрократизації й витонченості корупційних схем. Як наслідок, понад четверта частина викладачів випускних фармацевтичних кафедр 17 ЗВО без наукового ступеня, а майже двадцята частина мають

науковий ступінь не фармацевтичного спрямування. Завідувачі майже третини цих кафедр теж не мають наукового фармацевтичного ступеня [6].

Як свідчить світова практика, важливу роль в якості підготовки ФФ відіграють професійні організації. На жаль в Україні серед майже 60 громадських організацій (ГО) фармацевтичного спрямування лише одна з них (ГО «Всеукраїнська фармацевтична палата») послідовно займається питаннями фармацевтичної освіти [7].

Зважаючи на норми Закону України «Про вищу освіту», ГО фармацевтичного спрямування повинні активніше долучатися до освітнього процесу шляхом безпосередньої участі в ньому, роботі вчених рад ЗВО та галузевої експертної ради Національного агентства із забезпечення якості вищої освіти, атестації випускників, підготовки проектів нормативно-правових актів та інших рішень, що стосуються регулювання взаємодії складових системи фармацевтичної освіти та її функціонування в цілому, здійснення громадського контролю за якістю цієї освіти. Перспективним напрямком фармацевтичного саморегулювання є здійснення персонального ліцензування ФФ не залежно від освітнього рівня на заміну ліцензійних інтегрованих іспитів.

Висновки. Виявлені в результаті аналізу тенденції надають уявлення про хід освітнього фармацевтичного процесу та роль у ньому фармацевтичного самоврядування.

Література

1. У МОЗ заявили, що встановлений бар'єр у 150 балів скоротив кількість студентів на 30% [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://pravdatut.ua/news/u-moz-zayavyly-shho-vstanovlenyj-bar-yer-u-150-baliv-skorotyv-kilkist-studentiv-na-30>

2. Скільки українських студентів навчаються за кордоном [Електронний ресурс]. – Режим доступу: https://gazeta.ua/articles/edu-and-science/_skilki-ukrayinskih-studentiv-navchayutsya-za-kordonom/844224.

3. Еміграція лікарів з України: чи буде кому лікувати? [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://www.bbc.com/ukrainian/features-44889924>

4. Українські фармацевти терміново потрібні в Польщі [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://news.eurabota.ua/uk/poland/employment/ukrainskie-farmacevty-srochno-nuzhny-v-polshe/>.

5. Совсун Інна. Як вчаться медики, які лікуватимуть нас завтра. Оцінки студентів медвишів, та про що вони свідчать [Електронний ресурс] / Інна Совсун, Тетяна Тищук. – Режим доступу: <https://life.pravda.com.ua/society/2019/03/13/235995/>.

6. Громовик Богдан. ВебOMETричний аналіз фахового рівня викладачів випускових кафедр закладів вищої освіти фармацевтичного спрямування / Богдан Громовик // Здобутки та перспективи управління фармацевтичною системою: збірник праць науково-практичної конференції з міжнародною участю, присвяченої 90-річчю з дня народження професора Р.М. Піняжка і 75-річчю з дня народження професора О.Л. Грома: наукове видання; за редакцією Богдана Громовика та Артема Горілика. – Львів: Ліга – Прес, 2018. – С. 56-58.

7. ГО «ВФП» вважає передчасним встановлення мінімального прохідного балу для отримання спеціальності фармацевта [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <https://www.apteka.ua/article/472700>.

РИЗИКИ ВПРОВАДЖЕННЯ ОЦІНКИ ТЕХНОЛОГІЙ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я В УКРАЇНІ

Косяченко К.Л., Гаврилюк Я.Д.

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

provisor@i.ua

yaroslava.gavrylyuk@gmail.com

Вступ. Система оцінки технологій охорони здоров'я (ОТОЗ) є важливою складовою процесу прийняття рішень щодо здоров'я населення, а також використовується національними органами влади для вирішення питань

доцільності відшкодування коштів на окремі технології на національному рівні. Наразі в Україні відбувається впровадження ОТОЗ, при якому виникають різні ризики, що можуть перешкоджати швидкому та дієвому впровадженню.

Мета. Дослідити види ризиків, які можуть виникнути під час впровадження ОТОЗ в Україні. Використано бібліографічний та аналітичний методи дослідження.

Основний матеріал дослідження. На підставі аналізу даних встановлено, що при впровадженні ОТОЗ в Україні можуть виникнути наступні ризики: 1) відсутність фінансування, що може завадити прогресу та впровадженню ОТОЗ в Україні, 2) відсутність нормативно-правової бази для впровадження ОТОЗ; 3) відсутність достатньої кількості кваліфікованих фахівців з охорони здоров'я даного напрямку; 4) відсутність довіри до української організації охорони здоров'я, оскільки ОТОЗ може стати інструментом для створення тиску на деякі фармацевтичні компанії, що перешкоджатиме їм брати участь у державних закупівлях або будь-якій діяльності в тих сферах, де задіяні державні кошти.

Висновки. Потрібно: 1) розробити нормативно-правову базу визначивши модель ОТОЗ (ми пропонуємо легку модель); 2) місцеві фахівці повинні пройти навчання з ОТОЗ; 3) необхідно створити незалежне агентство з ОТОЗ; 4) держава повинна ініціювати впровадження системи ОТОЗ, а потім виконувати роль арбітра в цьому процесі і використовувати її на користь системи охорони здоров'я в цілому та для пацієнтів зокрема.

СУЧАСНІ ТЕНДЕНЦІЇ РОЗВИТКУ ДЕРЖАВНОЇ ПОЛІТИКИ УКРАЇНИ У СФЕРІ ОБІГУ НАРКОТИЧНИХ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ, ПСИХОТРОПНИХ РЕЧОВИН ТА ПРЕКУРСОРІВ

Терещенко Л.В., Жирова І.В., Калайчева С.Г.

Національний фармацевтичний університет, м. Харків, Україна

socpharm@nuph.edu.ua

Вступ. Одним із стратегічних напрямків державної політики України є удосконалення концепції з обігу лікарських засобів (ЛЗ), що містять наркотичні засоби, психотропні речовини і прекурсори в умовах реформування фармацевтичного сектору. Сучасні тенденції розвитку напрямків національної політики у сфері обігу підконтрольних речовин передбачають вирішення проблем наркоманії та наркозлочинності, які є складною проблемою сучасного суспільства, що має соціальний, економічний, правовий, медичний та інші аспекти. Тенденції розвитку цих напрямків може забезпечити лише комплексний підхід, що поєднує вирішення двох головних проблем: з одного боку – забезпечення належного рівня законодавчого регулювання обігу ЛЗ, що містять підконтрольні речовини, та надання якісної медичної допомоги особам, які страждають від наркотичної залежності, а з другого боку – створення ефективної системи щодо недопущення витоку у незаконний обіг підконтрольних речовин, ЛЗ, що їх містять, та їх вживання не за медичним призначенням, а також запобігання обігу речовин, заборонених для застосування. В цілому, політику України у сфері обігу наркотичних ЛЗ, психотропних речовин та прекурсорів можна охарактеризувати як рестриктивну, націлену на контроль за ними, протидію злочинності у цій сфері, забезпечення доступності для населення життєво необхідних ЛЗ, в тому числі знеболювальних препаратів. Розглядаючи формування і реалізацію державної наркополітики як важливу складову системних реформ, в Україні розроблено і протягом останніх трьох років реалізується Стратегія державної політики щодо наркотиків на період до 2020 року, завдання якої направлені на вирішення

системних питань. Стратегія акумулює вітчизняний досвід боротьби з наркоманією, сучасні знання щодо світових підходів формування і реалізації наркополітики та узгоджується з євроінтеграційними прагненнями України. З огляду на вищесказане, актуальним є проведення аналізу розвитку основних напрямків національної політики в цьому питанні.

Мета дослідження. Проаналізувати основні напрямки реалізації національної політики в сфері обігу ЛЗ, що містять підконтрольні речовини.

Методи дослідження. При проведенні аналізу даних нормативно-правової бази та спеціальної літератури нами використовувалися такі методи, як історичний, аналітичний, порівняльний, логічний і т. д.

Основний матеріал дослідження. Систематизація даних фахової літератури дозволила нам визначити, що в Україні питання правового регулювання обігу наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів та протидії їх незаконному обігу регламентується понад п'ятдесятьма нормативними актами (НА), як на рівні кодексів, законів, так і на рівні підзаконних НА. Формування і реалізацію державної політики щодо обігу підконтрольних речовин та протидії їх незаконному обігу можна розділити на такі основні блоки:

I блок – НА, які регламентують питання обігу наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів, а також ЛЗ, що їх містять.

II блок – НА, які регламентують питання протидії незаконному обігу наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів та порушення законодавства у сфері обігу підконтрольних речовин.

III блок – НА, які регламентують профілактику наркоманії в Україні, а також дій, пов'язаних з наданням медико-соціальної допомоги особам, що мають психічні та поведінкові розлади внаслідок вживання психоактивних речовин.

В даний час контроль за обігом наркотиків та протидію їх незаконному обігу в державі – здійснюються на основі системи національних законів. 24 лютого 2016 року Урядом затверджено перелік ЛЗ, які мають у своєму складі

наркотичні засоби, психотропні речовини та прекурсори, інші сильнодіючі речовини, щодо яких може встановлюватись особливий режим у сфері виробництва та реалізації під час запровадження та здійснення заходів правового режиму воєнного стану (постанова КМУ від 24.02.2016 № 128). 6 квітня 2016 року затверджено Ліцензійні умови провадження господарської діяльності з культивування рослин, включених до таблиці I переліку наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів, затвердженого КМУ, розроблення, виробництва, виготовлення, зберігання, перевезення, придбання, реалізації (відпуску), ввезення на територію України, вивезення з території України, використання, знищення наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів, включених до зазначеного переліку (постанова КМУ від 06.04.2016 № 282). 3 квітня 2017 року прийнято зміни до Наказу МОЗ №494 від 07.08.2015 про деякі питання придбання, перевезення, зберігання, відпуску, використання та знищення наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів у закладах охорони здоров'я. 23 травня 2018 року Урядом прийнято зміну до Переліку наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів, затвердженого постановою Кабінету Міністрів України від 06.05.2000 р. № 770.

Висновки. У висновку проведених досліджень слід зазначити, що державна політика у сфері обігу підконтрольних речовин в Україні, що викладена в нормативно-правовій базі, прийнятої за 2013-2020 роки, вказує на значні зусилля, що прикладають органи державної влади, для боротьби з наркозлочинністю. Дослідження механізму правового регулювання обігу контрольованих ЛЗ в Україні залишається актуальним з огляду на вдосконалення адміністративних, митних, та міжнародних правовідносин, що входять у систему правовідносин, які виникають на різних стадіях обігу ЛЗ. Крім того слід враховувати, що на сьогоднішній день Україна зобов'язана дотримуватись загальноєвропейських у світі норм і стандартів, виконувати міжнародні договори, учасником яких вона є, привести вітчизняне законодавство, що регулює обіг ЛЗ до вимог Європейського Союзу.

BASIC ASPECTS OF DEVELOPMENT OF THE PHARMACEUTICAL CHAINS IN KYIV

Eiben H.S.

National O. O. Bohomolets Medical University, Kyiv, Ukraine

eiben@ukr.net

Introduction. The dynamic development of the pharmaceutical sector in Ukraine causes the increasing of pharmacy chains, most often private, and actualizes the importance of quality assurance of medicines.

The purpose – to identify the speciality of development of pharmacy chains in Kyiv and analyze the factors that affect on the quality management system of medicines in pharmacies.

Methods of research. The methodological basis of this study consists of general scientific and applied scientific research methods, including: a documental, comparative, statistical analysis, systematic analysis of literary sources and a survey of pharmacy specialists.

Main results. The chain of subjects of pharmaceutical activity in Kyiv is the largest in Ukraine by quantity. On the 01.01.2018 was 1575 pharmacies of different forms of ownership, most of the pharmacies in the city were private, in the structure of which there was no division into departments and no production of prescription drugs. In the private segment of subject of pharmaceutical activity, it is possible to distinguish such organizational forms: individual pharmacies and chain pharmacies. The retail pharmacy network of Kyiv can be divided, depending on the number of pharmacies, in groups: small – 2-5 pharmacies, medium – 6-10 pharmacies, large – 11-25 pharmacies, megalarge – 26-50 pharmacies and megaset – more than 50 pharmacies. There is also a tendency to expand megaset. The analysis of conditions and volumes of activity of pharmacies of Kyiv allowed to reveal: increasing pharmacies chains – from 10% (90-year) to 80% – today; expansion of the range of products for a set of drugs; the appearance of new services in pharmacies. We have established that the number of pharmacy services has significantly increased: except

traditional ones (sale and information on the release of medicines, the extemporal preparation of medicines), new ones appeared – blood pressure measurement, cholesterol and blood sugar level determination, on-line drug ordering.

Pharmacies of the capital of Ukraine are characterized by: imbalance between the prices of drugs and individual income level; lack of access to objective information about the drug; development of unwanted activities (online pharmacies); possibility of purchasing all medicines without prescription in most private pharmacies; the professionalism of pharmacists is low.

Conclusions. In recent years, the increase in the number of retail in the pharmaceutical market is mainly due to the opening of new pharmacies. We have established that in the retail segment of subject of pharmaceutical activity in the capital, most pharmacies are integrated into small pharmacy chains. There is also a tendency to expand megasets in Kiev. In recent years, pharmacies have greatly expanded the types of their activities.

ASSESSMENT OF PUBLICATIONS OF HTAi ORGANIZATION BY CATEGORIES

Nemchenko A.S., Podgaina M.V.

National university of pharmacy, Kharkiv, Ukraine

economica@nuph.edu.ua

Health technology assessment (HTA) is the systematic evaluation of properties, effects or other impacts of health technology. The main purpose of HTA is to inform policymaking for technology in health care, where policymaking is used in the broad sense to include decisions made at, e.g., the individual or patient level, the level of the health care provider or institution, or at the regional, national and international levels. HTA may address the direct and intended consequences of technologies as well as their indirect and unintended consequences. HTA is conducted by

interdisciplinary groups using explicit analytical frameworks, drawing from a variety of methods.

Health technology assessment, HTA – is a multidisciplinary process that summarises information about the medical, social, economic and ethical issues related to the use of a health technology in a systematic, transparent, unbiased, robust manner. Its aim is to inform the formulation of safe, effective, health policies that are patient focused and seek to achieve best value (Kristensen, 2006).

Health technologies had been studied for safety, effectiveness, cost, and other concerns long before the advent of health technology assessment (HTA). Development of technology assessment (TA) as a systematic inquiry in the 1960s and 1970s coincided with the introduction of health technologies that prompted widespread public interest in matters that transcended their immediate health effects. Health care technologies were among the topics of early TAs.

The purpose of HTA is to provide policy-makers, funders, health professionals and health consumers with the necessary information to understand the benefits and comparative value of health technologies and procedures, to inform policy, funding and clinical decisions, and also patient choices.

HTA provides a means by which new technologies can be assessed and prioritised against existing health care interventions to determine the best value for money for the Australian community. It is therefore a key tool for the Australian Government to achieve its overall objective of delivering a safe, effective and efficient health system.

Our investigation had been conducted with the purpose of the total analysis of all reviews of HTAi organization. Main categories of publications have been selected. It is indicated there were 27 groups of reviews, into which reports were grouped topically. The period of the investigation was 2011-2018 year. It means that all report that were published during 2011-2018 year were included to the investigation. In results we see that 27 groups of reviews include different methods of treatment and diagnostic of most serious diseases (infectious, cardiovascular, respiratory tract and

others), management, organizational and methodology of decision-making process reviews.

The highest quantity of reviews were published about the diagnostic procedures/screening – 54 units or 12,6%. Second place belong to the neoplasms – 38 unit – almost 9%, and on third place reviews about the infectious diseases are – 33 units, more 7,5%. Also among the most published categories of reviews surgical procedures, cardiovascular diseases, miscellaneous and psychiatry and psychology have been shown.

Middle group of categories of reviews consist of: femal genital diseases & pregnancy complication, respiratory tract diseases, nutritional & metabolic diseases, skin & connective tissue diseases, musculoskeletal diseases, nervous system diseases, urologic & male genital diseases, endocrine diseases and one organization issue.

Rare discussed topics of reviews deals with stomatology, eyes diseases, transplantation and others. Just one article during full year was about disorders of environmental origin

Summarize we may do conclusion that most discussed topics were about approaches to treatment, mostly pharmaceutical, of strong diseases. Obtained results may be used for future researches and educational process in health.

**МОРАЛЬНО-ЕТИЧНІ ПРИНЦИПИ
ФАРМАЦЕВТИЧНОЇ ДІЯЛЬНОСТІ**

ДО ПИТАННЯ ФОРМУВАННЯ МОРАЛЬНО-ЕТИЧНОГО СВІТОГЛЯДУ СУЧАСНИХ МАГІСТРІВ ФАРМАЦІЇ

Громовик Б. П., Мірошнікова І. О.

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького,
м. Львів, Україна

КНП ЛОР «Обласна база спеціального медичного постачання», м. Львів,
Україна

hromovyk@gmail.com

Вступ. Серед загальних і фахових компетентностей та програмних результатів навчання сучасного магістра фармації важливим є формування їх морально-етичного світогляду. Усвідомлення здатності магістра фармації нести етичну відповідальність за власні дії, демонструвати та застосовувати у практичній діяльності засадничі принципи фармацевтичної етики та деонтології є складовою частиною організації освітньої програми його підготовки, що визначає актуальність цієї публікації.

Мета роботи. Формування у магістрів фармації основних навичок фармацевтичної етики й деонтології через аналітичне опанування джерел літератури на фармацевтичну тематику.

Матеріали й методи дослідження. Матеріалами дослідження були 216 джерел літератури фармацевтичного спрямування. Як методи використані інформаційний моніторинг і метод прикладу, згідно з яким моральні приклади й ситуації необхідно брати через знайомство з біографіями видатних особистостей у фармацевтичному фаху, а також з творів художньої літератури.

Основний матеріал дослідження. Здійснено аналітичний огляд біографій 22 письменників-фармацевтів, які представляють різні епохи (XVI – XXI століття) та різні національні культури (австрійську, американську, англійську, бразильську, вірменську, естонську, єврейську, іспанську, нідерландську, німецьку, норвезьку, польську, угорську, українську, французьку, чеську). Серед них: Іоганн (Ян) Алембек, Ян ван дер Вен, Теодор

Фонтане, Генрік Ібсен, Джон Урі Ллойд, Франтішек Герітес, Альфонс Алле, Альберто де Олівейра, Вільям Сідні Портер, Хаїм Хісін, Францишек Мірандола, Акоп Терзян, Леон Феліпе, Оскар Лутс, Георг Тракль, Агата Крісті, Іштван Еркенъ, Андре Фредерік, Віктор Нескіпелов, Борис Парновський, Богдан Зузук і Чарльз Штросс. Показано, що одні з них були залучені до літературної творчості у процесі (інколи до) здобуття фармацевтичного фаху, інші залишалися тривалий період практикуючими фармацевтами (іноді все життя поєднували обидва покликання). Доля одних з них була успішною, ще одних комічною або трагікомічною, інших – трагічною. Серед письменників-фармацевтів зустрічалися прозаїки, поети, новелісти, есеїсти, драматурги, публіцисти, редактори, журналісти й перекладачі. Одні з них були представниками реалізму, наукової фантастики чи детективного жанру, другі – засновниками європейської «нової драми» або концептуалізму і мінімалізму в літературі, живописі й музиці, треті – представниками парнасіанізму, театру абсурду чи сюрреалізму тощо. Попри всю різноманітність жанрів, тем і стилістичних прийомів творчий доробок письменників-фармацевтів включає новели, повісті й романи, вірші, біографії, п'єси, фантастику, гумористику, детективи, філософські, критичні та публіцистичні твори. Вияснено, що низка письменників-фармацевтів займали різні адміністративні посади та були активними громадськими, фармацевтичними та літературними діячами.

Виділено частину фонду художньої літератури, що зображає тему фармації, а також видання науково-популярного характеру, публіцистичну літературу відповідної тематики. При цьому проаналізовано 52 літературних твори 46 авторів, опублікованих у період від 1325 р. до 2016 р. Визначено, що вони містять фармацевтичні сюжети, які можна умовно поділити на такі тематичні групи: гумористичні, психологічні, історично-пригодницькі, детективні й науково-фантастичні твори.

Виявлено, що літературні образи фармацевтів багатогранні: вони цілителі або зловмисники, бідні або підприємливі, драматичні або комічні, чесні або не заслуговують довіри, сміливі або боягузливі, улесливі або з почуттям власної

гідності, наводять жах або повагу, чепуруни або неохайні, з еротичними або строгими пуританськими правилами. При цьому ці образи спричинені як певним історичним періодом, так і стереотипом мислення унаслідок таємничості фаху фармацевта.

Розкрито, що в баченні авторів художніх творів аптечне середовище отримало розвиток від аптек середньовіччя, у торгових залах яких знаходились сушені алігатори, черепахи, риби й змії, черепи й копита звірів, а також глобуси, планетарні схеми й фоліанти, до аптек без новомодних дурниць із фармацевтами, зануреними у таїнство приготування ліків; від аптеки – храму ліків до аптек, де для збільшення своїх доходів стали продавати книги, прохолодні напої, дрібну галантерею, іграшки, кухонний посуд тощо; від поєднання реального образу аптеки й сюрреалістичного бачення світу до аптек майбутнього, в яких можна буде придбати ніжність, щастя, кохання, ліки проти брехні, ледарства й скандалів тощо.

Власне наша інтерпретація біографій видатних письменників-фармацевтів, а також розмаїття рис образу фармацевтів через віддзеркалення низки сюжетів з творів літератури, в яких описуються різного роду життєві ситуації, пов'язані з фармацією, знайшла відбиток в монографії «Фармація і фармацевти в етично-літературному вимірі» (Львів, Простір-М, 2018, 219 с.).

На нашу думку, застосування в навчальному процесі з етики та деонтології у фармації аналізу біографій письменників-фармацевтів та жанрового розмаїття художніх творів фармацевтичного спрямування є вельми важним елементом етичного становлення магістрів фармації.

Висновки. На підставі аналітичного ставлення до опанування джерел літератури та використання методу прикладу запропоновано напрям, який уможливило формування у сучасних магістрів фармації фахової етики й деонтології, позаяк на прикладах служіння фармацевтичній справі та вчинків персонажів творів на фармацевтичну тематику у них самохіть прищеплюється морально-етичний світогляд фармацевтичного фахівця.

**СОЦІАЛЬНА ФАРМАЦІЯ:
ДОСЛІДЖЕННЯ МОРАЛЬНО-ЕТИЧНИХ ПРИНЦИПІВ
У ПРАКТИЧНІЙ ДІЯЛЬНОСТІ ФАХІВЦЯ ФАРМАЦІЇ**

Малініна Н.Г.

Національний фармацевтичний університет, м. Харків, Україна

malinina_nata@ukr.net

Вступ. Сьогодні в Україні відповідно до міжнародних вимог активно впроваджуються принципи Належної фармацевтичної практики. Так, на VII Національному з'їзді фармацевтів України (15-17 вересня 2010 р.) у Харкові затверджено Етичний кодекс фармацевтичних працівників України. Кодекс спрямований на захист гідності та права людини, на охорону здоров'я і визначає етичні норми професійної поведінки та відповідальності, які мають бути взірцевим керівництвом для провізорів і фармацевтів у їхніх взаємовідносинах із суспільством в умовах формування ринкових відносин, коли зростають роль та вагомість фармацевтичної професії. Тому важливим для фахівця фармації є знання основ та принципів етичної поведінки в аптечному закладі, а також професійної моральності як базисного елемента в їх майбутній професії.

Метою роботи стало дослідження морально-етичних принципів у практичній діяльності фахівця фармації.

Методики дослідження. Нормативно-правові та інструктивно-методичні документи, які регулюють морально-етичні принципи фахівця фармації в їх практичній діяльності з використанням нормативно-правового, документального та системного аналізу.

Основний матеріал дослідження. Для оцінки значення морально-етичних норм, етики та деонтології в аптечному закладі ТОВ «ФК М.», м. Харків (далі – аптечний заклад) було проведено анкетування 30 респондентів, які постійно відвідують аптечний заклад.

Результати анкетування свідчать проте, що майже 50,0% респондентів повністю згодні зі визначенням: «Фармацевт – обличчя аптеки»; у (40,0%) респондентів, виникли сумніви щодо даного висловлювання, а 10,0% взагалі вважають, що це ніяк не впливає на роботу аптечного закладу.

Встановлено, що споживачі при виборі лікарських засобів найбільше довіряють фахівцям медицини та фармації (65,0%), а й найменше – рекламі (35,0%).

Досліджено, що з основних проблем, які виникають в аптечному закладі респонденти відмітили: ♦ черги (80,0%); ♦ відсутність необхідних лікарських засобів (90,0%); ♦ місце розташування та графік роботи (15,0%). Конфліктні ситуації в аптечному закладі виникають унаслідок високих цін та відсутності лікарських засобів (90,0%) та 10,0 % щодо вини персоналу аптечного закладу (наприклад, агресивність при відповіді на активні заперечення).

Респонденти вважають, що найважливішими рисами для фахівця фармації є: ♦ надання висококваліфікованої, якісної, доступної та своєчасної фармацевтичної допомоги; ♦ уміння з повагою ставитись до кожного споживача з позицій індивідуального підходу; ♦ володіння психологічними навичками у спілкуванні з пацієнтами для досягнення довіри та взаєморозуміння; ♦ відкрите, чесне та об'єктивне відношення до споживача, не використовуючи в особистих інтересах або в інтересах аптечного закладу необізнаність і непоінформованість щодо лікарського засобу; ♦ надання інформацію про лікарський засіб, а саме: про спосіб, термін та частоту застосування; протипоказання; побічні ефекти; умови зберігання; взаємодію з іншими лікарськими засобами; алкоголем; продуктами харчування тощо.

Наступним етапом дослідження стало опитування респондентів щодо якості телефонних консультацій фахівцями фармації (табл. 1).

Оцінка телефонної консультації

Критерії	Середній бал
Чи швидко Вам відповіли на дзвінок?	2,5
Чи привіталися з Вами?	5,0
Чи представився фахівець фармації?	3,5
Чи ввічливо і тактовно до Вас зверталися?	4,8
Чи відповіли на всі Ваші питання?	4,7
Чи замовили Вам за необхідності потрібні ліки?	4,8
Чи записали Ваші контактні дані та ім'я при оформленні замовлення?	4,9
Оцініть телефонну консультацію від 1 до 5 балів. – Середній бал = 4,3	

Як видно з табл. 1 аптечний заклад отримав високі оцінки щодо телефонної консультації (4,3). Однак, найменші бали набрали: 1) швидкість відповіді на телефонні дзвінок (2,5) – це пов'язано з великою перевантаженістю в час-пік телефонної лінії та зайнятістю фахівців фармації; 2) провізори та фармацевти рідка представляються при телефонних дзвінках (3,5).

Далі було проведено опитування респондентів за показниками роботи в аптечному закладі (табл. 2).

Оцінка роботи фахівців фармації в аптечному закладі

Критерії	Середній бал
Швидкість обслуговування	3,7
Професіоналізм обслуговування	5,0
Привітність персоналу	4,8
Естетичний вигляд	4,0
Етичність поведінки	5,0
Повнота задоволення потреби	4,0
Особистий підхід фахівця фармації до вирішення проблеми кожного споживача	4,9
Оцініть роботу фахівця фармації від 1 до 5 балів. – Середній бал = 4,5	

За результатами табл. 2 встановлено, що фахівці фармації отримали високий середній бал 4,5 за обслуговування в торговому залі. Найвищі бали фахівці отримали за показниками «професіоналізм обслуговування» (5,0) та «етичність поведінки» (5,0); найнижчі бали – «швидкість обслуговування» (3,7).

Отже, проаналізувавши відповіді респондентів з'ясовано, що для збільшення задоволення споживачів в аптечному закладі необхідно: ♦ виділити додатковий телефон для замовлень; ♦ автоматизувати систему індивідуальних замовлень; ♦ виділити додатковий касовий апарат для зменшення черг; ♦ провести тренінги для фахівців фармації щодо поведінки в конфліктних ситуаціях.

Досліджено, що конфліктні ситуації, які трапляються в професійній діяльності фахівців фармації, можуть бути результатом недостатнього володіння, вміннями та навичками спілкування, відсутністю співчуття до відвідувача аптечного закладу, невмінням уважно слухати та ін. Грубість і роздратованість споживачів аптечного закладу, викликані станом здоров'я, фахівці фармації зазвичай сприймають на власний рахунок і відповідно на це реагують. Таким чином, виникають конфлікти, що призводять до формування морально-психологічних проблем (стресів, дратівливості, неврозів, депресії). Всі ці фактори впливає на професійну діяльність та нервово-психологічний стан як фахівця фармації, так і споживача.

Встановлено, що основними напрямками підвищення ефективності роботи в аптечному закладі є: ♦ підвищення культурно-технічного рівня фахівців фармації аптечного закладу та підготовки та перепідготовки висококваліфікованих кадрів; ♦ поліпшення організації та обслуговування робочих місць; ♦ покращання умов праці, розроблення оптимальних режимів праці, відпочинку; ♦ удосконалення трудової дисципліни, підвищення рівня творчої активності фахівців фармації.

Висновки. Результати анкетування показали, що 50% опитаних респондентів згодні зі висловлюванням, що «Фармацевт – обличчя аптеки». Щодо вибору лікарських засобів споживачі найбільше довіряють лікарям та

фахівця фармації (65,0%). Стосовно конфліктних ситуацій, які виникають в аптечному закладі споживачі відмітили: ♦ черги (80,0%); ♦ відсутність необхідних лікарських засобів та високі ціни (90,0%); ♦ місце розташування і графік роботи (15,0%); ♦ недоліки фахівців фармації – 10,0 %. Однак, респонденти відмітили, що найважливішими рисами для фахівця фармації є ♦ надання висококваліфікованої, якісної, доступної та своєчасної фармацевтичної допомоги; ♦ уміння з повагою ставитись до кожного споживача з позицій індивідуального підходу; ♦ володіння психологічними навичками у спілкуванні з пацієнтами щодо досягнення довіри та взаєморозуміння; ♦ відкрите, чесне та об'єктивне відношення до споживача, не використовуючи в особистих інтересах або в інтересах аптечного закладу некомпетентність та непоінформованість споживача про лікарський засіб; ♦ надання інформацію про лікарський засіб (спосіб, термін та частоту застосування, протипоказання, побічні ефекти, умови зберігання, взаємодію з іншими лікарськими засобами, алкоголем, продуктами харчування тощо). Взагалі аптечний заклад отримав високі бали щодо телефонної консультації (4,3) та роботи фахівців фармації (4,5).

Таким чином, проведено дослідження морально-етичних принципів у практичній діяльності фахівця фармації з позиції соціальної фармації.

ІНФОРМАЦІЙНО-ЕТИЧНІ АСПЕКТИ ВЗАЄМОДІЇ СІМЕЙНОГО ЛІКАРЯ З ПАЦІЄНТОМ

Мнушко З.М., Парфьонова І.І., Рогова О.Г.

Харківська медична академія післядипломної освіти, м. Харків, Україна

manage.sm@med.edu.ua

Порівняльні результати соціологічних досліджень стосовно оцінки роботи лікарів загальної практики в Україні, Норвегії, Данії, Германії свідчать про те, що найбільший розрив на користь європейських країн має місце за

такими показниками як «інформація і підтримка», «доступність», «взаємодія лікар – пацієнт» (різниця в оцінках 1 і більше балів). Варто враховувати, що до немедичних складових лояльності клієнтів закладу охорони здоров'я, поряд із іншим, відносяться ставлення лікарів, середнього медперсоналу та адміністрації до хворих, індивідуальний підхід до кожного пацієнта; серед суспільно-соціальних складових лояльності відзначаються імідж, престиж ЗОЗ, поширеність інформації про нього, відзиви пацієнтів.

Незважаючи на те, що в системі охорони здоров'я України приділяється певна увага питанням етики лікаря, правовим та комунікативним аспектам взаємодії з пацієнтом тощо, існує доцільність виокремлення певних складових з даних напрямків, що і стало метою даної роботи.

Інформаційною базою даних досліджень були нормативно-правові документи, дані наукової літератури та сайти мережі Інтернет. Використані методи – аналітичний, логічний, узагальнення.

Соціально-етичні принципи взаємодії лікаря з пацієнтом набувають особливого значення під впливом реформи охорони здоров'я, коли до медичних закладів вперше висуваються сервісні вимоги. Якщо пацієнт не може оцінити категорію лікаря, він може оцінити ставлення до нього медичного персоналу і рівень обслуговування, що впливає на конкуренцію між закладами охорони здоров'я, між окремими лікарями. В роботі сімейного лікаря актуалізується, за оцінками експертів ВООЗ, проведення профілактики, яка неможлива (крім медичних навичок) без володіння технікою спілкування, знання прийомів етичної взаємодії, особливостей психотипів людей тощо. Звертається увага на те, що етичні та юридичні обов'язки сімейного лікаря набагато вищі в порівнянні з іншими фахівцями, бо, як представники первинної ланки, саме вони пояснюють і відповідають на багато питань пацієнтів. Як наслідок, у багатьох країнах вже введена в медичні навчальні програми етика, спрямована на потреби сімейного лікаря в сфері професійної діяльності. Лікареві сімейної медицини також необхідно

розуміти уявлення і відношення пацієнта до його захворювання. Домінуючою при цьому є особистість пацієнта зі своїми надіями, побоюваннями, очікуваннями й потребами.

Наразі важливими є питання узгодження автономії пацієнта і інформованої згоди. Поняття «інформована згода» відносно недавно з'явилося в медичній біоетиці і постійно оновлюється у зв'язку з рухом про права пацієнтів. Сьогодні воно вважається одним з основних принципів відносин між лікарем і пацієнтом. Зловживання в медичній практиці також сприяли присудженню цьому принципу важливого місця. Умовами інформованої згоди є: компетентність (пацієнта), відповідна інформація, добровільне рішення.

Проводиться відмінність між медичним висновком про здатність пацієнта приймати рішення і правовими висновками про "компетентності", але вони часто тісно взаємопов'язані. Це поняття використовується і для медичних, і для правових компетентностей. Адекватна компетентність пацієнта передбачає розуміння відповідної інформації для прийняття рішень, оцінку життєвої важливості даної ситуації, причин для використання відповідної інформації, можливість вибору і вираження; заснована на ефективній комунікації між медичним працівником і пацієнтом. Дія інформованої згоди вимагає, щоб пацієнти мали адекватну інформацію про хворобу, плани лікування, можливі наслідки, альтернативи, наслідки цих альтернатив тощо, що розуміється як вимога самостійності і відповідальності. Вона містить деякі моральні зобов'язання медичного працівника надавати необхідну інформацію, але характер і масштаби правових зобов'язань залишаються різними в різних юрисдикціях. Моральна вимога стосовно адекватного інформування пацієнта на перший погляд здається простою, але приховує чимало неточностей і складнощів.

У цілому сімейний лікар відіграє три ключових ролі в забезпеченні здоров'я людей: лідер, впливова особа та комунікатор. Оскільки сімейний лікар нерідко стикається з веденням хронічних хворих, існує необхідність співробітництва сімейного лікаря з іншими фахівцями. До хворих, які

страждають хронічними захворюваннями, і можливо мають і інші хвороби, що ведуться різними фахівцями, часто потрібно підходити мультидисциплінарно. Слід застосовувати і психологічний підхід, визначати тип особистості та її реакцію на свою хворобу. Адже знання соціотипу споживача медичних послуг (екстраверт, інтраверт, сенсорик, інтуїт, раціонал, ірраціонал) сприяє формуванню індивідуального підходу, що в свою чергу є запорукою лояльності споживача (пацієнта, клієнта) ЗОЗ. Сімейному лікареві варто визначати, враховувати соціальні, економічні або культурні фактори, які можуть впливати на провадження лікування хворого.

Необхідно брати до уваги також, що, за оцінками ВООЗ, тільки 30-40% пацієнтів отримують лікування відповідно до клінічних протоколів, понад 50% всіх лікарських засобів призначаються або поширюються нерационально; близько 50% пацієнтів неправильно приймають ліки. У зв'язку з цим доцільно звертати увагу на дотримання пацієнтом дисципліни лікування, участь сімейних лікарів у здійсненні фармаконагляду.

Таким чином, у діяльності сімейного лікаря важливе значення мають низка складових морально-етичного, правового, інформаційного, психологічного, фармацевтичного, характеру. Перспективами подальших досліджень є оцінювання ролі сімейного лікаря в забезпеченні раціональної фармакотерапії захворювань.

**СОЦІАЛЬНІ ТЕНДЕНЦІЇ
МАРКЕТИНГУ У ФАРМАЦІЇ**

**ДОСЛІДЖЕННЯ ЗМІНИ ПОВЕДІНКИ СПОЖИВАЧІВ
ПРИ ВИБОРІ АНТИГІПЕРТЕНЗИВНОГО ЛІКАРСЬКОГО ЗАСОБУ
ЗА УМОВИ РЕАЛІЗАЦІЇ ПРОГРАМИ «ДОСТУПНІ ЛІКИ»**

Байгуш Ю.В., Семенів Д.В.

Івано-Франківський національний медичний університет, м. Івано-Франківськ,
Україна

Вступ. Результативне лікування захворювань, що найбільше впливають на показники смертності населення або суттєво знижують якість життя людини, стало основою державної політики щодо підвищення доступності й забезпечення хворих лікарськими засобами. Сьогодні урядова програма «Доступні ліки» включає три категорії захворювань, для лікування яких включено 17 (серцево-судинні захворювання), 3 (діабет II-го типу) й 3 (бронхіальна астма) лікарських засобів (ЛЗ) за міжнародними непатентованими назвами (МНН).

Метою наших досліджень є визначення зміни поведінки споживачів антигіпертензивних ЛЗ при виборі й споживанні таких препаратів з урахуванням дії урядової програми «Доступні ліки».

Результати дослідження. За результатами попереднього (2013-2014 рр.) дослідження нами встановлено, що для корекції артеріального тиску 32% опитаних споживачів приймали монокомпонентні препарати, 44% – одночасно приймали 2-3 ЛЗ. Значна частина споживачів (84,8%), крім купленого на час опитування препарату, мали попередній досвід застосування одного-двох (42,2%), трьох-чотирьох (28,4%), п'яти і більше антигіпертензивних ЛЗ (14,2%). 62% споживачів запитували в аптеках антигіпертензивні ЛЗ під торговою назвою (ТН), решта – під МНН. Найчастіше під ТН в аптеках запитувались такі ЛЗ: Каптопрес-Дарниця, Україна; Енап і Енап®-Н, KRKA, Словенія; Берліприл®, Berlin-Chemie/Menarini Group, Німеччина; Еналозид® ВАТ «Фармак», Україна; Ліпразид, ЗАТ НВЦ «Борщагівський ХФЗ», Тенорик™, IPCA, Індія та ін. Під МНН споживачі запитували Каптоприл, Еналаприл, Бісопролол, Лізиноприл, Амлодипін, Атенолол, Ніфедипін та ін. Аналіз частоти застосування ліків показав, що 20% опитаних приймають засоби для зниження

тиску щодня, 32% – часто, 24% – час від часу (при поганому самопочутті) і 24% – дуже рідко (у крайніх випадках). Більша частина опитаних споживачів (36%) відвідують лікаря з приводу підвищеного тиску 1-2 рази на рік. Встановлено, що лише біля 10% опитаних пацієнтів при купівлі антигіпертензивних ЛЗ в аптеках надавали рецепт лікаря. Розроблено дерево сегментації споживачів антигіпертензивних ЛЗ, основними складовими якого є стать, вік, соціальний статус, рівень доходів, тривалість і частота прийому ліків, частота звернення до лікаря, частота контролю рівня тиску.

Із 1 квітня 2017 р. стартувала програма «Доступні ліки». З моменту запуску програми майже у двічі зросла кількість ЛЗ (до 2610), із яких 59 являються повністю безоплатними для пацієнтів. Додано ще дві категорії захворювань. За період дії програми держава відшкодувала пацієнтам вже більш 1,8 млрд. грн. за більш як 30 млн. рецептів. Із квітня поточного року програма здійснюється через Національну службу здоров'я із використанням електронних рецептів. Виділення у 2019 році із Державного бюджету одного млрд. грн на реалізацію програми «Доступні ліки» мотивуватиме людей, що страждають га підвищений артеріальний тиск, до більш активної його профілактики та лікування. Результати другого (2018 р.) етапу нашого дослідження показують значне (на 36,8%) підвищення зацікавленості пацієнтів щодо покращення якості свого життя. Виявлено значне збільшення (більш як на 38%) відвідувань лікарів щодо проявів підвищеного артеріального тиску. При цьому суттєво (більш як на 44%) збільшилось використання саме сучасних та більш ефективних ЛЗ як за програмою «Доступні ліки», так і за рахунок власних коштів. Так, наприклад, якщо 2014-2016 рр. ЛЗ карведилолу реалізовувалось на суму в середньому біля 100 млн. грн., то за 2018 р. ця сума збільшилась майже у двічі (192 млн. грн.). До державної програми включено 9 препаратів карведилолу вітчизняного та іноземного виробництва.

Висновки. Таким чином, реалізація програми «Доступні ліки» приводить до суттєвої мотивації більш відповідального відношення до стану свого здоров'я й використання більш нових та ефективних антигіпертензивних ЛЗ з метою підвищення якості життя населення країни.

АНАЛІЗ АСОРТИМЕНТУ ТА ЕКОНОМІЧНОЇ ДОСТУПНОСТІ АНТИБІОТИКІВ ГРУПИ МАКРОЛІДІВ В УКРАЇНІ

Бездітко Н.В., Лиходій Я.П.

Національний фармацевтичний університет, м. Харків, Україна

feknfau@ukr.net

Вступ. Макроліди – це антибіотики, в основі хімічної будови яких лежить макроциклічне лактонне кільце. Препарати цієї групи чинять бактеріостатичну дію, що обумовлена їх здатністю гальмувати синтез білків у мікробних клітинах за рахунок зв'язування з каталітичним пептидилтрансферазним центром рибосом. Такий механізм дії дозволяє макролідам впливати на достатньо широкий спектр мікроорганізмів, в тому числі, на атипкові збудники. Суттєвою перевагою макролідів над іншими групами антибіотиків є їх здатність чинити імуномодулюючу, антиоксидантну та помірну протизапальну дію. Мультиmodalний вплив макролідів на процес бактеріального запалення, їх доведена висока ефективність при широкому колі захворювань ЛОР-органів, бронхолегеневої системи, можливість зручного перорального застосування, низька токсичність препаратів цієї групи зробили їх улюбленими антибіотиками для амбулаторного використання. На даний час макроліди входять до стандартів лікування інфекцій дихальних шляхів, починаючи від синуситів, тонзилітів і закінчуючи загостренням хронічного обструктивного захворювання легень та пневмонією, широко використовуються для лікування хелікобактерної інфекції, захворювань сечостатевої системи.

Можливість використання будь-якої групи лікарських препаратів широкими верствами населення залежить від їх наявності на фармацевтичному ринку в достатньому асортименті та від їх економічної доступності.

Мета роботи – аналіз асортименту та економічної доступності антибіотиків групи макролідів в Україні протягом 2014-2017 рр.

Методики дослідження. Аналіз асортименту антибіотиків-макролідів проводили за даними системи дослідження ринку «Pharmexplorer» компанії

«Моріон» (за станом на грудень 2014, 2015, 2016 та 2017 рр.). Ціна препаратів відповідно до кожного окремого ТН та упакування визначалася згідно з чинним на відповідний період часу реєстром задекларованих цін. З метою оцінки економічної доступності макролітів розраховували коефіцієнт адекватності платоспроможності (Ca.s.) населення за формулою: $Ca.s. = \frac{P}{Wa/w} \times 100\%$, де P – вартість місячного курсу лікування певним препаратом, а Wa/w – середня місячна зарплатня за даними Державної служби статистики України на відповідний термін часу. В залежності від значення Ca.s. всі препарати поділялися на високо доступні (Ca.s. менше 5%), середньо доступні (Ca.s. в межах 5-15%) і малодоступні (Ca.s. більше 15%).

Результати дослідження. Протягом досліджуваного періоду асортимент антибіотиків макролідів за МНН був стабільним та складав 7 МНН. В той же час, кількість ТН препаратів цієї групи з 2014 до 2018 р. дещо скоротилась. Так, в 2014 р на ринку було 156 ТН макролідів: 86 препаратів азитроміцину, 49 ТН кларитроміцину, 7 ТН еритроміцину, по 5 ТН рокситроміцину, мідекаміцину та спіроміцину та 2 джозаміцину. Частка вітчизняних препаратів складала 31%. До 2018 р. кількість ТН препаратів цієї групи дещо скоротилась та склала 120 ТН. Найбільше скоротилося кількість ТН азитроміцину (на 18 ТН) та кларитроміцину (на 17 ТН), але ці препарати zostалися фаворитами ринку. Частка вітчизняних препаратів осталась незмінною – 31,6 %.

За показником соціально-економічної доступності більшість (83% ТН) макролідів були високодоступними. Середньо доступними були 9 ТН кларитроміцину та по 2 ТН азитроміцину, спіраміцину та джозаміцину. До малодоступних належало 5 ТН кларитроміцину, що складає всього 4% від асортименту, наявного на ринку.

Висновок. Протягом 2014-2018 рр. асортимент антибіотиків-макролідів був достатнім та мав тенденцію до зменшення. Частка ЛП вітчизняного виробництва не перевищувала 32%. Абсолютна більшість антибіотиків цієї групи належить до високодоступних (83%) та середньодоступних (13%), що створює благоприємні умови для їх використання широкими верствами населення.

АНАЛІЗ ФАРМАЦЕВТИЧНОГО РИНКУ ПОЛЬЩІ У СЕГМЕНТІ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ ДЛЯ ЛІКУВАННЯ ХВОРОБИ АЛЬЦГЕЙМЕРА

Волкова А.В., Гавриш Н.Б., Дзенгелєвські Я. К.

Національний фармацевтичний університет, м. Харків, Україна

socpharm@nuph.edu.ua

Вступ. Хвороба Альцгеймера (ХА) є найпоширенішою формою первинної дегенеративної деменції у людей похилого віку, що характеризується непомітним початком захворювання головного мозку, прогресуючим зниженням пам'яті та коркових функцій, а з часом і тотальним розпадом інтелекту та психічної діяльності в цілому. Тенденція зростання середньої тривалості життя населення у всіх країнах світу, вік людини є надзвичайно важливим факторами виникнення ризику ХА, адже симптоми захворювання проявляються найчастіше після 65 років.

За даними Центрального статистичного управління Польща є країною із високим показником старіння населення, де частина людей віком 65 років та 65+ у структурі населення постійно зростає: з 13,3 % у 2005 році (5,08 млн. осіб) до 15,8 % у 2015 р. (6,07 млн. осіб). Зазначимо, що з урахуванням демографічних прогнозів, вже у 2050 р. дана вікова група буде подвоєна, досягнувши чисельності понад 12 мільйонів осіб. Кількість людей, які постраждали від хвороби Альцгеймера в Польщі у 2015 р. коливалася від 360 до 470 тис.

Як свідчать дані наукових публікацій, своєчасно розпочата фармакотерапія дозволяє відкласти час і прогресування ХА у хворих, порівняно із тими хто не отримував відповідного лікування. На цей час саме інгібітори холінестерази (ІХЕ), зокрема, донепезил, ривастигмін, галантамін та модулятор NMDA-рецепторів мемантин є групою лікарських засобів, що здатні надавати терапевтичний ефект у симптоматичній фармакотерапії ХА, що і обумовило вибір об'єкту нашого дослідження.

Мета дослідження – аналіз показників фізичної доступності на фармацевтичному ринку Польщі ЛЗ, що застосовуються у лікуванні хворих легкої та помірної стадії ХА.

Дослідження виконано із використанням таких **методів**: маркетингового аналізу, статистичного, порівняльного, графічного.

Для здійснення аналізу польського ринку ЛЗ використано дані офіційних джерел інформації – Реєстру лікарських засобів, дозволених до реалізації на території Республіки Польща (Rejestr Produktów Leczniczych).

У результаті поетапного аналізу ЛЗ встановлено, що станом на 5.11.2018 р. ІХЕ та модулятори NMDA-рецепторів для лікування ХА на польському фармацевтичному ринку представлені 52 торговельними назвами, із урахуванням лікарських форм це склало 126 найменувань. Із них 32,7 % питомої ваги становить донепезил, 27 % – рівастигмін, 1,8 % – галантамін та мемантину гідрохлорід – 38,7 %.

У результаті детального вивчення цього сегменту препаратів проаналізовано ЛЗ за формою випуску (рис. 1). Зазначимо, що ЛЗ за їх формою мають наступну структуру: 88 % становлять тверді ЛФ, 8 % м'які, рідкі 4%. При цьому: таблетки вкриті плівковою оболонкою 41 %; таблетки, що диспергуються в ротовій порожнині 12 %, капсули 35 %, трансдермальні системи – 8 %, розчини пероральні – 2,4 %, розчини для ін'єкцій – 1,6 %. Отже, найбільш поширеною лікарською формою є таблетки.

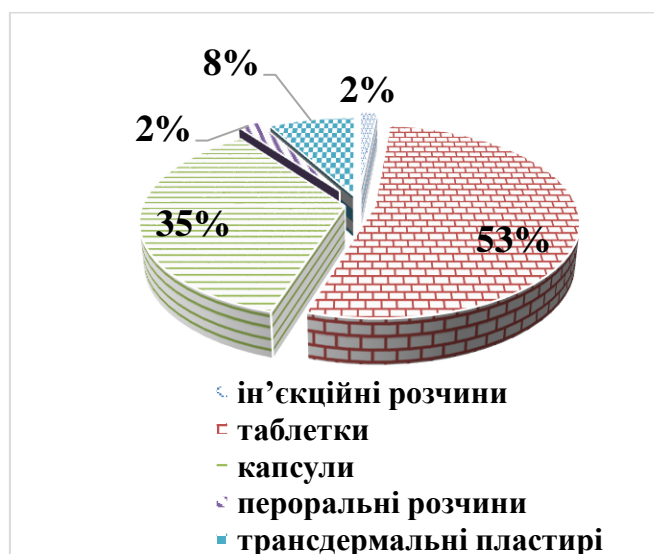


Рис. 1 Результати аналізу лікарських засобів, що використовуються для лікування ХА за формами випуску в Польщі

Лікарські засоби Евертас, Екселон, Ривастигмін Тева, Ривастигмін Апотекс на польському фармринку представлені у формі трансдермальної терапевтичної системи (пластирів), що дає змогу досить тривало протягом 3 діб купірувати біль при фармакотерапії ХА.

У результаті структурного аналізу підгрупи інгібіторів холінестерази за країнами-виробниками (табл.1), встановлено, що ЛЗ виготовлені на фармацевтичних підприємствах Польщі становить 32%, на іноземних – 68%. Зазначимо, що 38% препаратів мемантину виготовлені на фармацевтичних підприємствах Польщі, 62 % – іноземними виробниками.

Таблиця 1

**Перелік фармацевтичних підприємств, що виготовляють ЛЗ
для лікування ХА, які представлені на фармацевтичному ринку Польщі**

МНН ЛЗ	Назва фармацевтичних підприємств та країн-імпортерів ЛЗ до Польщі	Назва фармацевтичних підприємств Польщі
Донепезил	ApotexInc (Канада), CiplaLtd. (Індія); PfizerEurope, Accord Healthcare (США); PharmaSwiss / Valeant (Чехія); Orion (Фінляндія); Bluefish (Швеція); Mylan (Нідерланди), KRKA(Словенія); Biofarm (Україна)	SymPhar, Adamed, Viphar, Celon Pharma, Polfarmex, Actavis Polska
Ривастигмін	ApotexInc. (Канада), KRKA (Словенія); Mylan (Нідерланди); ZentivaSanofi-Aventis, PharmaSwiss (Чехія); IMED / Neuraхpharm (Австрія); НовартисЕврофарм (Швейцарія); Orion (Фінляндія)	S-LAB, SymPhar, ПолфаПабянице, Actavis Polska
Галантамін	Sopharma (Болгарія)	–
Мемантин	Krka (Словенія); Mylan (Нідерланди) Accord Healthcare (США); Zentiva(Чехія), Lundbeck (Данія), Biofarm (Австрія), Orion (Фінляндія), GedeonRichter, Imed/Neuraхpharm , EGIS (Угорщина), Merz (Германія)	Lek-AM, Actavis Polska SVUSPharma PolpharmaViphar m, Adamed

Висновок. Узагальнюючи результати аналізу слід зазначити, що ІХЕ та мемантин, дія яких спрямована на максимально тривалу підтримку когнітивних функцій пацієнта і рекомендованих при фармакотерпії ХА, на фармацевтичному ринку Польщі представлені в асортименті де превалюють препарати іноземного виробника. Це свідчить про актуальність впровадження програм імпортозаміщення для ЛЗ, рекомендованих при лікуванні ХА.

АНАЛІЗ АСОРТИМЕНТУ ГОМЕОПАТИЧНИХ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ

Волкова А.В., Гемай Я.О.

Національний фармацевтичний університет, м. Харків, Україна

socpharm@nuph.edu.ua

Вступ. Гомеопатія є одним з альтернативних методів лікування, яка базується на концепції «подібне лікує подібне», що була сформована німецьким лікарем Самуелем Ганеманом у 19 столітті. Сьогодні ставлення медичної та фармацевтичної спільноти до даного методу лікування і профілактики різняться у країнах світу – від повного прийняття до заборони. Відрізняються і світові підходи у нормативно-правовому регулюванні гомеопатії. Наприклад, в Австрії та Німеччині спеціальні правила для гомеопатії відсутні, натомість у Данії, Франції, країнах Близького Сходу, Південної Африки, Південної Америки здійснення діяльності, пов'язаної з призначенням або продаж гомеопатичних засобів (ГЗ), ліцензується. Законом України «Про лікарські засоби» № 123/96-ВР від 04.04.1996 р. ГЗ віднесено до категорії лікарських засобів (ЛЗ) і, відповідно, до них висуваються вимоги щодо реєстрації, виготовлення, зберігання, просування, відпуску.

На сьогодні у різних країнах світу чисельність населення, що віддає перевагу ГЗ при профілактиці та лікуванні, коливається від 2% до 60% населення. За даними споживання ЛЗ в Україні за 2017 р. населенням було

витрачено більше 1,1 млрд. грн. на придбання ГЗ, що становить 2% від усіх коштів, витрачених на ліки.

Метою нашого дослідження стало проведення аналізу асортименту ГЗ на базі однієї з аптек м. Вінниця. Під час дослідження використано **методи** маркетингових досліджень, порівняльний і логічний методи.

Основні результати. За результатами аналізу асортименту аптеки за період вересень 2018 р. – березень 2019 р. встановлено, що ГЗ були представлені у кількості 50 найменувань з урахуванням форм випуску, що складає менше 1% від усього асортименту ліків. Найбільш чисельною за кількістю найменувань була група А-ЛЗ, що впливають на травну систему та обмін речовин, яка складала 36% від усього асортименту ГЗ. На другому місці за представленістю стали групи N-ЛЗ для лікування захворювань нервової системи і R-ЛЗ для лікування захворювань дихальної системи (по 12%). Загалом ГЗ представлені з 22 груп другого рівня АТХ-класифікації. Встановлено, що асортимент ГЗ в аптеці сформовано на 92% препаратами закордонного виробництва, зокрема з Німеччини, Австрії, Італії, Франції та Литви, що представлені 9 виробниками. Найбільш чисельними були ГЗ виробництва «Біологіше Хайльміттель Хеель ГмбХ» (Німеччина) – 23 найменування препаратів. ГЗ українського виробництва нараховували лише 4 найменування від 3 виробників – ТОВ «Фітафарм», ПрАТ «Біолік» і ПрАТ «Національна Гомеопатична Спілка».

За лікарською формою найбільш представлені ГЗ у формі таблеток (17 найменувань), крапель для перорального застосування (12 найменувань) і розчинів для ін'єкцій (11 найменувань). Також в асортименті аптеки протягом періоду аналізу були наявні гранули, капсули, мазь, ректальні супозиторії та спрей для ротової порожнини. ГЗ вітчизняних виробників представлені лише у формі гранул та капсул.

Протягом періоду аналізу найдешевші були препарати вітчизняного виробництва – «Рост-норма» гранули 10 г (ПрАТ «Національна Гомеопатична Спілка») й «Іов-малюк Барбарис» гранули 20 г (ПрАТ «Біолік») – 75,82 грн. та 80,58 грн. за упаковку відповідно. Найбільшу вартість упаковки ГЗ (більше 650

грн.) встановлено для препаратів «Дискус Композитум» і «Мукоза Композитум» у формі розчинів для ін'єкцій №5 виробництва «Біологіше Хайльміттель Хеель ГмбХ» (Німеччина).

Висновки. За результатами аналізу асортименту аптеки встановлено переважання ГЗ німецького виробництва у формі таблеток і пероральних крапель. Отже, з метою гармонізації асортименту аптеки вважаємо за доцільне проведення оцінки споживчих переваг щодо придбання ГЗ і економічної доцільності включення до асортименту більшої кількості ГЗ українських виробників.

ВИКОРИСТАННЯ МАРКЕТИНГОВИХ ПІДХОДІВ ДО УПРАВЛІННЯ АСОРТИМЕНТОМ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ В АПТЕКАХ

Жадько С. В., Кузнецова К. Г., Плахотнік Ю. В., Кандул Алі
Національний фармацевтичний університет, м. Харків, Україна
kuznetzova.katya@ukr.net

Управління асортиментом є однією з найважливіших функцій будь-якого підприємства, яка визначає ефективність роботи підприємства і ринковий успіх в цілому. Одними із найважливіших завдань торгових підприємств є оптимізація пропорційного співвідношення величини товарообігу і обсягів товарних запасів, оскільки надлишок товарних запасів може привести до фінансових втрат, а недостатній їх обсяг може негативно позначитися на задоволенні споживчого попиту. Проблема кількісного виміру обсягів товарних запасів лікарських засобів (ЛЗ) та інших товарів «аптечного кошика», а також визначення їх необхідної величини для потреб товарообігу є досить актуальною для аптек і аптечних мереж.

Мета роботи – опрацювання маркетингових підходів до управління асортиментом ЛЗ в аптеках на прикладі гепатопротекторів з використанням методів XYZ-аналізу і прогнозування.

Одним із маркетингових підходів до управління асортиментом є XYZ-аналіз, який дозволяє ефективно аналізувати асортимент, оптимізувати його якісний і кількісний склад і керувати закупівлями. Даний метод полягає у розрахунку для кожної асортиментної позиції коефіцієнта варіації, який показує відхилення обсягів продажів від середнього значення. Критеріями XYZ-аналізу можуть бути обсяги продажів у натуральних і грошових показниках, сума реалізованої торговельної надбавки. Результатом XYZ-аналізу є групування товарів за трьома категоріями, враховуючи стабільність обсягів продажів: X, до якої потрапляють товари з коефіцієнтом варіації 0-10%; Y – 10-25% і Z – 25 % і вище.

З використанням електронної бази даних аптечного підприємства нами проведений XYZ-аналіз асортименту гепатопротекторних ЛЗ за 2018 рік. Протягом досліджуваного періоду в асортименті аптеки були присутні 44 асортиментні позиції гепатопротекторів, з них 24 ЛЗ вітчизняних виробників, 20 ЛЗ – зарубіжних виробників. З урахуванням специфіки сфери застосування даного методу і об'єктів (ЛЗ) нами були обрані інші градації категорій X, Y, Z. Для категорії X використаний діапазон 0–30%, для категорії Y – 31-50%, для категорії Z – 51-100%. У результаті проведеного аналізу гепатопротекторні ЛЗ були розподілені на три категорії.

ЛЗ, що входять до категорії X (Ессенціале Н; Ессенціале Форте Н; Глутаргін концентрат для приготування розчину 400 мг / мл ампули по 5мл № 10) характеризуються стабільною величиною споживання і високим ступенем прогнозування попиту. Тому вони обов'язково повинні бути в асортименті аптеки і забезпечені достатнім товарним запасом. ЛЗ, які потрапили до категорії Y (Глутаргін, таблетки по 0,75 г №10; Карсил і Карсил Форте; Антраль, таблетки по 0,1 г і 0,2 г; Орнілів; Далмаксін; Гепар; Лівенціале Форте; Хепель та Хепель Н) мають значні коливаннями попиту і середні можливості прогнозування, що потребує більш уважного підходу до формування товарних запасів. ЛЗ, які входять в категорію Z (Гепамерц; Гепадиф, Гепаризин; Гептор-Фармекс; Біціклол; Гепадиф, Валартин; Енерлів; Еслідин; Дарсил; Розторопші плоди; Лесфаль; Орнітокс; Галстена; Лів.52;

Легалон 140; Силібор Макс і Силібор Форте; Левасил та ін.) характеризуються нерегулярним попитом, який важко прогнозувати.

Ефективне управління асортиментом ЛЗ потребує використання надійних методів прогнозування попиту, котрі дадуть можливість передбачати, який обсяг ЛЗ буде реалізований і який прибуток може отримати аптека. Найбільш відомими методами прогнозування попиту є метод експертних оцінок, метод часових рядів, казуальний метод. Суть методу експертних оцінок полягає у проведенні експертами інтуїтивно-логічного аналізу проблеми з кількісною оцінкою суджень і формальною обробкою результатів. Казуальний метод прогнозування заснований на врахуванні впливу різних факторів на продажі (змін у законодавстві і податковій системі, економічній і політичній ситуації, рівня інфляції тощо). Метод аналізу часових рядів дозволяє прогнозувати обсяг продажів на підставі наявних відомостей його обсяг у минулі періоди.

Нами здійснене прогнозування продажів для трьох ЛЗ (Ессенціале Н; Ессенціале Форте Н; Глутаргін концентрат для приготування розчину 400 мг / мл ампули по 5 мл № 10), які відповідно до XYZ-аналізу потрапили до категорії Х. Для отримання надійного прогнозу визначені і враховані коефіцієнти сезонності: для Ессенціале Н – 0,8-1,71; для Ессенціале Форте Н – 0,8-1,57; для Глутаргін концентрат для приготування розчину 400 мг/мл ампули по 5 мл №10 – 0,65-1,56. Співставлення прогнозних показників із фактичними обсягами продажів за січень-березень 2019 р. свідчить про високу надійність даного методу прогнозування.

Отже, для управління асортиментом ЛЗ в аптеках доцільним є прогнозування попиту на ЛЗ з використанням методу часових рядів, а саме лінійного тренду. Такий прогноз на основі попереднього групування ЛЗ з використанням XYZ-аналізу дозволяє аптеці точніше планувати обсяги продажів, враховуючи коливання попиту протягом року, ефективно управляти асортиментом, планувати заходи стимулювання збуту тощо.

РЕЗУЛЬТАТИ АНКЕТНОГО ОПИТУВАННЯ ЩОДО ВИРІШЕННЯ ПРОБЛЕМ БЕЗПЛІДДЯ ТА ЗАСТОСУВАННЯ ДОПОМІЖНИХ РЕПРОДУКТИВНИХ ТЕХНОЛОГІЙ

Заяць М.М., Мельник І.О.

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького,
м. Львів, Україна
zayatsmarta@gmail.com

Вступ. Безпліддям називають невдачу спроб зачаття після одного року регулярного статевого життя без використання контрацептивів (ВООЗ, 2007). В Україні за офіційною статистикою 1 млн. сімей є безплідними. Однією із варіантів вирішення проблеми є застосування Допоміжних репродуктивних технологій (ДРТ). Допоміжні репродуктивні технології (ДРТ) – це методи лікування безпліддя, за допомогою яких проводять маніпуляції з репродуктивними клітинами, всі або окремі етапи підготовки даних клітин, процеси запліднення і розвитку ембріонів до перенесення їх у матку пацієнтки здійснюються в умовах *in vitro*. (МОЗ України, 2008).

У 2006–2015 рр. кількість розпочатих лікувальних циклів за методами ДРТ збільшилась у 3,5 рази і становила у 2015 р. – майже 19 тис. лікувальних циклів (МОЗ України, 2017). Оскільки застосування ДРТ пов'язано із застосуванням певних груп ЛЗ (переважно гормонів у високих дозах), вважаємо, що якісна ФО клінічного провізора є актуальною, оскільки нераціональне їх застосування може призвести до серйозних ускладнень та погіршення здоров'я.

Мета. З метою вивчення ситуації щодо проблеми безпліддя, а також необхідності фармацевтичної опіки клінічного провізора поставили собі за мету сформулювати анкету та провести опитування респондентів (шляхом рандомізації) та проаналізувати дані для вивчення думки щодо проблеми безпліддя як підґрунтя до реалізації ФО щодо ліків, які призначають при циклах ДРТ.

Матеріали дослідження: джерела інформації про ЛЗ (n=29), анкети за єдиним розробленим протоколом (n=82), актуальні нормативно-правові акти ВООЗ, МОЗ України щодо проблеми (n=12).

Методи: бібліографічний, анкетування, статистичний, описовий.

Основні результати дослідження. Загальна кількість респондентів, що вважають безпліддя серйозною медичною проблемою становила 90% (72 особи). На думку 41,3% (33 особи) частота безплідності в сімейних парах складає до 10%, 26,2% (20 осіб) вважають що до 20%, 16,3% (13 осіб) вважають що до 5%, 10% (8 осіб) вважають до 30%; 9,5% (7 осіб) мають в родині людину, що хворіє на безпліддя; 59,5% (47 осіб) вважають ДРТ вирішенням проблеми безпліддя; Найбільш знайомими лікарськими засобами виявились: постинор – 46,4%, гонадотропін – 35,7%, ескапел – 23,8%. Респонденти приймали дані ліки з метою: незахищеного статевого акту – 68,2%, корегування гомонального фону – 13,6%.

Висновки. Проведене анкетне опитування засвідчив, що респонденти вважають безпліддя серйозною медичною проблемою, яка може виникнути внаслідок абортів, генетичних факторів та неправильного способу життя, а саме вживання алкоголю, куріння. Про ДРТ, як метод лікування знають 63,4% респондентів, найвідоміші з них це – ЕКЗ, донорство ооцитів та сперми. В результаті проведеного дослідження встановлено, що основними ЛЗ, що відомі респондентам, це: постинор, гонадотропін, ескапел. Тому вважаємо, що акцентування уваги саме на раціональному застосуванні цих ліків дозволить зменшити певні проблеми, зокрема у питаннях планування сім'ї. Вважаємо, що проведене анкетне опитування є підґрунтям для визначення основних напрямків покращення якості надання медичної допомоги та фармацевтичної опіки при застосуванні ДРТ, зокрема.

АНАЛІЗ ПОКАЗНИКІВ СПОЖИВАННЯ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ ДЛЯ ЛІКУВАННЯ ХВОРОБИ ПАРКІНСОНА

Котвіцька А.А., Прокопенко О.С.

Національний фармацевтичний університет, м. Харків, Україна

socpharm@nuph.edu.ua

Вступ. Хвороба Паркінсона з кожним роком набуває все більшої актуальності як проблема соціально-економічного значення. Втрата працездатності хворими внаслідок даного захворювання та необхідність застосування лікарських засобів (ЛЗ) протягом тривалого часу обумовлюють необхідність ґрунтовних досліджень з широкого кола питань. З огляду на значний дефіцит бюджетних асигнувань серйозною проблемою національної системи охорони здоров'я залишається надання доступної та ефективної медичної та фармацевтичної допомоги пільговим категоріям хворих. Відповідно до чинного законодавства до таких категорій віднесено й хворих на хворобу Паркінсона. Фактично держава на сьогодні не в змозі забезпечити виконання своїх зобов'язань в повному обсязі. У той же час, особливості становлення та розвитку національного фармацевтичного ринку обумовлені, по-перше: процесами, що відбуваються у системі охорони здоров'я, а саме змінами до підходів у лікуванні багатьох захворювань та інтенсивним впровадженням на фармацевтичний ринок України інноваційних ЛЗ. По-друге, соціально-економічними умовами, зокрема, девальвацією національної валюти, яка значно відобразилась на рівні доходів населення та його платоспроможності, що, в свою чергу, вплинуло на зміни у структурі продажу ЛЗ. Визначення лідерів продажів ЛЗ у кожному із сегментів фармацевтичного ринку, зіставлення стандартами лікування і даними щодо доведеної ефективності, забезпечують можливість оцінки раціональності призначення того чи іншого ЛЗ при певній нозології.

Мета. Саме тому, метою нашого дослідження став аналіз динаміки показників споживання для лікування хвороби Паркінсона у натуральному та грошовому виміру. Для проведення аналізу нами були використані данні щодо

обсягів продажу ЛЗ за 2014-2018 рр. інформаційно-пошукової системи «Фармстандарт» компанії «Моріон».

Методи дослідження. Під час роботи використовувались статистичні та аналітичні методи. Загалом було здійснено аналіз показників обсягів продажу 12 груп ЛЗ за міжнародним непатентованими назвами (МНН), які застосовуються у лікуванні хвороби Паркінсона.

Основні матеріали дослідження. Результати проведеного аналізу свідчать про позитивну тенденцію збільшення кількості реалізованих упаковок ЛЗ для лікування хвороби Паркінсона. Так, у 2014 р. обсяги споживання у натуральному виміру ЛЗ за групою N04BA02 становили 101478 уп., а у 2018 р. – 133275 уп.; за групою N04BA03 у 2014 р. – 645 уп., а у 2018 р. – 1083 уп.; за групою N04BC05 у 2014 р. – 58524 уп., а у 2018 р. – 103437 уп.; за групою N06DA03 у 2014 р. – 278 уп., а у 2018 р. – 1345 уп. Планомірний ріст показників споживання ЛЗ у натуральному виміру вказує на можливе збільшення кількості хворих на хворобу Паркінсона більш важких стадій, що, у свою чергу, свідчить про актуальність впровадження системи реімбурсації вартості ЛЗ для лікування даного захворювання.

Встановлено, що у 2014 р. найбільша кількість реалізованих упаковок ЛЗ спостерігалася за групою ЛЗ N04AA01 (тригексифенідил) – 345502 уп. Одночасно, у 2018 р. кількість реалізованих упаковок склала – 155151 шт. Необхідно відмітити, що ЛЗ групи N04AA01 застосовуються не лише у фармакотерапії хвороби Паркінсона. На нашу думку, вищезазначений факт вказує на зміни у підходах до надання фармацевтичної допомоги у бік використання ефективних ЛЗ.

Аналіз показників споживання у натуральному виміру ЛЗ у розрізі вітчизняного та іноземного виробництва показав, що у період з 2014 р. до 2017 р. ЛЗ іноземного виробництва мали позитивну тенденцію зростання за кількістю реалізованих упаковок. Так, коефіцієнт росту / зниження показників споживання у натуральному вигляді (К) у 2014 р. склав 1,0, а у 2017 р. – 1,2. У той же час у 2018 р. кількість реалізованих упаковок склала на 19% (К = 0,81) менше у порівнянні з 2017 р. На жаль, ЛЗ вітчизняного виробництва протягом усього звітного періоду

мали негативну тенденцію до зменшення показників споживання у натуральному вигляді. Так, у 2015 р. коефіцієнт росту/зниження показників обсягу продажів у натуральному вигляді мав значення 0,87, а у 2018 р. – 0,71. Насамперед, дана тенденція пов'язана зі значним зниженням кількості реалізованих упаковок ЛЗ з групи N04AA01. Проте, у випадок виключення з аналізу ЛЗ з групи N04AA01 (які застосовуються не лише у фармакотерапії хвороби Паркінсона), то можна відмітити загальну позитивну тенденцію росту показників споживання ЛЗ у натуральному виміру вітчизняного виробництва (1,54 – 1,16).

Аналогічна позитивна тенденція збільшення показників споживання ЛЗ зазначеного сегменту спостерігається у грошовому виміру. Так, лідерами за показником обсягів продажу ЛЗ у грошовому виміру були такі групи ЛЗ, як N04BA02 (у 2014 р. – 30455,40 тис. грн. а у 2018 р. – 66592,39 тис. грн.), N04BB01 (у 2014 р. – 8286,79 тис. грн., у 2018 р. – 16423,62 тис. грн.) та N04BC05 (у 2014 р. – 21334,47 тис. грн., у 2014 р. – 36453,84 тис. грн.). На нашу думку, вищезазначені показники, вказують на основні тенденції надання медичної та фармацевтичної допомоги хворим на хворобу Паркінсона.

Висновки. Таким чином, за результатами аналізу можна зробити висновок, що основними ЛЗ у терапії хвороби Паркінсона є препарати груп N04BA02, N04BB01 та N04BC05, проте можна відмітити тенденцію до розширення кількості застосованих груп ЛЗ, таких як: N04BA02, N04BA03, N04BC05 та N06DA03.

Встановлено, що в структурі споживання, як для ЛЗ іноземного, так і вітчизняного виробництва відмічається перевищення їх частки в грошовому виразі над аналогічними показниками в натуральних величинах, що свідчить про домінування в структурі продаж високовартісних препаратів. Враховуючи складність динаміки розвитку сегменту ринку ЛЗ та його залежність від впливу зовнішніх факторів розвитку національної економіки та фармацевтичного ринку зокрема, перспективним етапом досліджень стане розробка напрямків підвищення соціально-економічної доступності ЛЗ, які застосовуються у лікуванні хворих на хворобу Паркінсона.

ТОВАРНИЙ АНАЛІЗ РЕПЕЛЕНТІВ НА ФАРМАЦЕВТИЧНОМУ РИНКУ УКРАЇНИ

Кульчицька Г.І., Ханик Н.Л.

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького,

м. Львів, Україна

herbolka@yahoo.com

Вступ. Репеленти використовують для захисту людей і тварин від нападів членистоногих та гризунів з метою профілактики трансмісивних хвороб (малярії, енцефалітів, лейшманіозів, москітної лихоманки тощо). Вони бувають природного та синтетичного походження. За механізмом дії розрізняють леткі репеленти (ольфакторні), які діють на відстані на нервові закінчення нюхових органів комах та гризунів (акустичні випромінювачі, електрофумігатори, спіралі, пластини, приманки, клейові пастки) та контактні, які діють обробленою поверхнею при контакті з членистоногими (аерозолі, спреї, креми, емульсії, олівці тощо).

Згідно з наказом МОЗ України № 764 від 23.11.2015 «Перелік товарів, які мають право придбавати та продавати аптечні заклади та їх структурні підрозділи» репеленти зареєстровані в Україні та внесені в Реєстр дезінфекційних засобів можна реалізовувати в аптеках.

Мета. Вивчити товарний асортимент репелентів на фармацевтичному ринку України.

Матеріали та методи дослідження. Використовувалися методи інформаційного пошуку, системний, математико-статистичний, узагальнення даних. Обробка даних проводилася за допомогою пакету прикладних програм Microsoft Excel. Об'єктом дослідження був Державний реєстр дезінфекційних засобів (ДР ДЗ) від 2018 р.

Основний матеріал дослідження. При дослідженні ДР ДЗ було встановлено, що він містить 132 препарати, з яких репеленти займають лише 21,21%. 60,7% репелентів містять одну діючу речовину. Найчастіше це

діетилтолуамід (28,57%), пралетрин (14,29%) та d-алетрин (7,14%). Комбіновані засоби (39,3%) включають від двох до чотирьох діючих речовин.

Аналіз виробників репелентів показав, що 21,43% товарного асортименту виготовлено національними виробниками. Серед імпортерів-виробників репелентів представлені Велика Британія (7 позицій – 25%), Росія (5 позицій – 17,86%), Чехія та Нідерланди (по 3 позиції – 10,71%), Туреччина (2 позиції – 7,14%), Китай та Тайланд (по 1 позиції – 3,57%).

В ДР ДЗ репеленти представлені у вигляді аерозолів (13 позицій – 46,43%), рідин (7 позицій – 25%) та пластин (3 позиції – 10,71%) для електрофумігаторів, кремів (2 позиції – 7,14%), лосьйонів (1 позиція – 3,57%) та липкої стрічки (2 позиції – 7,14%).

Висновки. ДР ДЗ містить лише 28 позиції репелентів, які можуть бути реалізовані через аптечну мережу, в той час як їх асортимент на не фармацевтичному ринку набагато ширший.

АСОРТИМЕНТНИЙ АНАЛІЗ АНТИПСИХОТИКІВ В УКРАЇНІ

Матвійчук М.Є., Громовик Б.П.

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького,
м. Львів, Україна

maryana_matviychuk@ukr.net, hromovyk@gmail.com

Вступ. За даними ВООЗ депресія є другим за поширеністю чинником, що спричинює непрацездатність або втрату здоров'я, а також щорічно щонайменше 128 тис. самогубств у Європейському регіоні ВООЗ. При цьому число осіб із депресивними розладами становить 40 млн., а показники поширеності цих розладів у цьому регіону в межах 3,8 – 6,3 % від числа населення [<http://www.un.org.ua/ua/informatsiinyi-tsentr/news/4100-vooz-75protsen-lyudej-shcho-strazhdayut-na-gliboku-depresiyu-ne-otrimuyut-adekvatnogo-likuvannya>]. Наказом МОЗ

України № 1003 від 25.12.2014 р. затверджено уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної та третинної медичної допомоги для лікування депресії [<https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/v1003282-14>], в якому подано перелік ліків, що за анатомо-терапевтично-хімічною класифікацією належать до анатомічної групи N «Засоби, що діють на нервову систему» терапевтичної групи N05 «Психолептичні засоби» фармакологічної підгрупи N05A «Антипсихотичні засоби», а саме: N05AA01 Хлорпромазин (хімічна підгрупа – *фенотіазини* з аліфатичним *бічним ланцюгом*), N05AB06 Трифлуоперазин і N05AB02 Флуфеназин (піперазинові похідні фенотіазину), N05AC02 Тіоридазин (піперидинові похідні фенотіазину), N05AD01 Галоперидол (похідні бутирофенону), N05AE04 Зипразидон і N05AE03 Сертиндол (похідні індолу), N05AF05 Зуклопентиксол, N05AF01 Флюпентиксол і N05AF03 Хлорпротиксен (похідні тіоксантену), N05AH04 Кветіапін, N05AH02 Клозапін і N05AH03 Оланзапін (діазепіни, оксазепіни, тіазепіни і оксепіни), N05AL05 Амісульприд і N05AL01 Сульпірид (бензаміди), N05AX12 Арипіпразол, N05AX Паліперидон і N05AX08 Рисперидон (інші антипсихотичні засоби).

Мета роботи. Вивчення особливостей формування в Україні асортименту антипсихотиків, показаних для лікування депресії.

Матеріали й методи дослідження. Матеріалами дослідження були дані інформаційно-пошукової системи «Державний реєстр лікарських засобів України» – ДР ЛЗ (<http://www.drlz.com.ua/>, 5 березня 2019 р.). Як методи використані: системний і статистичний аналізи, порівняння та узагальнення, а також алгоритм асортиментної характеристики ЛЗ [Алгоритм асортиментної характеристики та моніторингу національного і регіональних фармацевтичних ринків України на прикладі гепатопротекторів: метод. реком. / укл. В. П. Попович, Б. П. Громовик. – К. : Управління розвитку фармацевтичного сектора галузі охорони здоров'я МОЗ України, 2011. – 24 с.].

Основний матеріал дослідження. Встановлено, що в Україні зареєстровано 248 антипсихотиків з урахуванням торгової назви, дози, лікарської форми та фасування активного фармацевтичного інгредієнта (АФІ). Загалом виробництво антипсихотиків здійснюється фармацевтичними підприємствами з

21 країн, які частіше використовують такі АФІ (без врахування дозування): Арипіпразол (16 виробників), Рисперидон (14), Кветіапін (11), Оланзапін (9), Сульпірид і Хлорпромазин (по 8), Амісульприд (6), Галоперидол і Клозапін (по 5). Найбільше виробників антипсихотиків є з Індії (10) та України (9), менше з Китаю (4), Італії, Польщі та Франції (по 3), Іспанії, Угорщини та Швейцарії (по 2) і ще менше із Бельгії, Греції, Данії, Ісландії, Канади, Латвії, Мальти, Німеччини, Словенії, Туреччини та Хорватії (по 1). На українському ринку є 197 антипсихотики іноземного виробництва і 51 українського. Встановлена висока асортиментна залежність від імпорту (АЗІ) антипсихотиків (індекс АЗІ = 0,79) на відміну від помітної імпортозалежності всіх ЛЗ, що є в ДР ЛЗ, (індекс АЗІ = 0,67).

Висновок. За даними ДР ЛЗ встановлено, що в Україні зареєстровано 248 антипсихотиків, показаних для лікування депресії, з урахуванням торгової назви, дози, лікарської форми, фасування АФІ, що продукується фармацевтичними виробниками з 21 країн світу, серед яких найбільше з Індії, та України. Виявлено високу асортиментну залежність антипсихотиків від імпорту на відміну від помітної імпортозалежності всіх ліків, що є в ДР ЛЗ.

ОБҐРУНТУВАННЯ ОСНОВНИХ СКЛАДОВИХ МАРКЕТИНГУ ВЗАЄМОВІДНОСИН СУБ'ЄКТІВ ФАРМАЦЕВТИЧНОЇ ДІЯЛЬНОСТІ

Півень О.П., Ткаченко І.В.

Національний фармацевтичний університет, м. Харків, Україна

fmm@nuph.edu.ua

Вступ. У сучасних умовах господарювання значного розвитку набула концепція маркетингу взаємовідносин (МВ), яка орієнтована на формування довгострокових і взаємовигідних взаємин підприємства з його діловим оточенням – найбільш важливими учасниками ринку. Отже суб'єктам фармацевтичної діяльності (СФД), які надають фармацевтичні послуги і є

соціально спрямованими, необхідно при здійсненні маркетингового управління орієнтуватись на концепцію МВ, володіти основними його підходами і інструментами, що дозволить поліпшити обслуговування клієнтів, сформувати їх лояльне ставлення та підвищити ефективність самих підприємств.

Метою роботи є обґрунтування складових маркетингу взаємовідносин суб'єктів фармацевтичної діяльності.

У якості **методів дослідження** було використано контент-аналіз, логічний аналіз, порівняння, узагальнення.

Результати досліджень. На забезпечення стійких відносин між СФД і клієнтами спрямована велика кількість складових МВ. До основних складових маркетингу взаємовідносин СФД нами віднесено: формування лояльності клієнтів; формування асортименту продукції; надання додаткових послуг; формування цінової політики; управління маркетинговими діловими мережами взаємовідносин; управління відносинами з клієнтами; управління скаргами клієнтів; маркетингові комунікації, використання можливостей мерчандайзингу; внутрішній маркетинг і корпоративна культура та ін. Розглянемо основні з них.

Наріжним каменем МВ є акцент уваги на взаєминах з клієнтами. СФД шукають клієнтів, а знайшовши, докладають необхідних зусиль для їх утримання, тобто прагнуть забезпечити їм якість обслуговування і докладають зусиль для збереження доброзичливого ставлення до себе. Формування лояльності клієнтів повинно стати однією з головних цілей менеджменту кожного СФД. Маркетинг лояльності виступає як механізм формування стійкого і довгострокового клієнтського активу, тобто відповідає принципам МВ.

З позиції концепції МВ СФД можуть успішно розвиватися тільки в тому випадку, якщо краще за конкурентів будуть задовольняти потреби цільових клієнтів, тобто формувати оптимальний асортимент фармацевтичної продукції. Враховуючи, що лікарські препарати відносяться до продукції особливого попиту, акцент робиться на споживчій цінності пропонованої продукції в умовах всебічної орієнтації на якість.

Конкурентна перевага підприємства забезпечується не тільки за рахунок досконалого асортименту, стандартів обслуговування, але і за рахунок додаткових послуг. СФД можуть організовувати надання додаткових послуг, пов'язаних із створенням зручностей клієнтам у придбанні товарів. Так, в аптечних закладах додатковими послугами можуть вважатися подовжений режим роботи, консультація лікаря в торговому залі, вимірювання артеріального тиску, можливість замовлення відсутнього у аптеці товару, можливість замовлення товару через Інтернет, обслуговування за дисконтною картою, обслуговування за банківськими картками та ін.

Ціна, як інструмент комплексу маркетингу взаємовідносин, повинна активно використовуватися СФД при формуванні маркетингової політики, бо безпосередньо впливає на результати їх діяльності. СФД для проведення ефективної цінової політики на фармацевтичному ринку, адекватної концепції МВ, необхідно враховувати систему чинників, які впливають на сприйняття цін споживачів лікарських засобів і формують їх цінову чутливість, а також використовувати методи ціноутворення, орієнтовані на попит, на попит і витрати на виробництво і реалізацію продукції, параметричні методи.

МВ у якості об'єкту управління розглядає не окреме підприємство з урахуванням його маркетингового середовища, а його взаємовідносини з оточуючими учасниками ринку, що утворюють маркетингову ділову мережу взаємодіючих на ринку підприємств. Довгостроковим і взаємовигідним відносинам підприємства з оточуючими учасниками ринку фактично відводиться роль нематеріального активу, який є фактором додаткових конкурентних переваг. Нами побудовано модель маркетингової ділової мережі взаємовідносин фармацевтичного підприємства з ключовими партнерами і взаємодіючими на ринку організаціями. Запропонована модель дозволяє визначити основні напрями для відпрацювання відносин ФП з учасниками цієї мережі.

Клієнтоорієнтованість СФД вимагає використання сучасних технологій управління взаєминами з клієнтами (CRM- системи). Правильно організована клієнтська база даних СФД є джерелом маркетингової інформації для

сегментації клієнтів та встановлення постійного контакту з ними, визначення цільової аудиторії та найбільш цінних клієнтів, формування клієнтської лояльності шляхом розробки індивідуальних програм маркетингових комунікацій та раціонального управління стосунками з клієнтами.

Робота зі скаргами у МВ розглядаються як стратегічний інструмент, який дозволяє врахувати недоліки, що помічає клієнт, і підвищити якість продукції та обслуговування. Головним в управлінні скаргами є спілкування з клієнтами, що передбачає надання їм зручних і безкоштовних комунікативних каналів. Аналіз змісту скарг допомагає СФД виявляти слабкі місця і приймати необхідні заходи по їх усуненню.

Важливою складовою МВ СФД є внутрішній маркетинг і формування корпоративної культури, яка орієнтована на задоволення запитів клієнтів та сприяє позитивному іміджу підприємства.

Висновки. Таким чином, визначені складові МВ СФД дозволяють надати клієнту якісне обслуговування та індивідуальний підхід, заснований на привілейованих і довірчих відносинах. Тому, концепція МВ є значимою для СФД, які випускають соціально важливу продукцію і орієнтовані на забезпечення здоров'я нації.

АНАЛІЗ АСОРТИМЕНТУ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ ДЛЯ ЛІКУВАННЯ БРОНХІАЛЬНОЇ АСТМИ НА ФАРМАЦЕВТИЧНОМУ РИНКУ УКРАЇНИ

Ткачова О.В., Овчаренко О.С., Ельмаатуї О.

Національний фармацевтичний університет, м. Харків, Україна

feknfau@ukr.net

Вступ. Бронхіальна астма (БА) – це розповсюджене у світі гетерогенне захворювання, яке зазвичай характеризується хронічним запаленням дихальних

шляхів. На 2018 рік, за статистикою ВООЗ, БА є найпоширенішим бронхолегеневим хронічним захворюванням серед дітей та дорослих, на яке страждають близько 235 млн. осіб у всьому світі, або від 4 до 10% населення Землі. У розвитку БА беруть участь як внутрішні (переважно генетичні), так і зовнішні чинники (алергени, тютюновий дим, промисловий пил, тощо).

БА неможливо повністю вилікувати, але завдяки сучасним методам діагностики і лікування хворобу можна контролювати. При правильному лікуванні більшість хворих на БА можуть звільнитися від її симптомів, значно рідше відчувати напади або взагалі їх не мати, рідше використовувати спеціальні препарати – тобто мати можливість жити повноцінним життям і практично не відчувати симптомів і загострень.

Мета роботи. Дослідження асортименту та діапазону цін на ЛЗ для лікування хворих на БА на українському фармацевтичному ринку за 2016-2018 рр.

Методи дослідження. Використані методи інформаційного пошуку та ретроспективного аналізу інформаційних джерел. Проаналізовано протиастматичні ЛЗ, що використовують в пульмонології, представлені в інформаційно-пошуковій системі «Фармстандарт» компанії Моріон.

Результати досліджень. Протиастматичні ЛЗ за класифікацією АТХ належать до трьох груп: R03A, R03B, R03D. При їх аналізі на фармацевтичному ринку України за період з 2016 по 2018 роки було встановлено 27 МНН, з яких 17 МНН відносяться до монопрепаратів та 10 МНН – до комбінованих ЛЗ. У 2016 році на ринку нараховано 143 ТН, з яких 32 – вітчизняного, а 111 ТН – іноземного виробництва. У 2017 році на ринку виявлено 127 ТН, з яких 35 – вітчизняного, а 92 – іноземного виробництва, у 2018 році – 118 ТН, з яких 35 – вітчизняних, а 83 – іноземних виробників. Основними представниками закордонних виробників були Німеччина, Швейцарія, Індія, Польща, Франція, Ізраїль, Болгарія, Угорщина, Люксембург, Японія, США.

На фармацевтичному ринку протиастматичні засоби представлені різними групами ЛЗ. Група R03A найбільш численна (близько 50% від усіх

протиастматичних ЛЗ) та представлена на ринку як вже давно відомими неселективними бронхолітиками (теофілін) та селективними агоністами β 2-адренорецепторів короткотривалої дії (сальбутамол), а також новими селективними агоністами β 2-адренорецепторів пролонгованої дії (сальметерол, формотерол, індакатерол, олодатерол) та їх комбінаціями з глюкокортикостероїдами (сальметерол+флютиказону пропіонат, будесонід+формотерол). Група R03B на ринку представлена глюкокортикостероїдами із сильною місцевою протизапальною дією (будесонід, флютиказону пропіонат, беклометазону дипропіонат) та антихолінергічними засобами з діючим компонентом іпратропію бромід. Група R03D представлена селективними і перорально активними блокаторами лейкотрієнових рецепторів з діючим компонентом монтелукаст та бронхолітиком з антибронхоконстрикторними і протизапальними властивостями – фенспірид.

Найменш вартісним за 2016-2018 рр. виявився комбінований ЛЗ «Бросал», виробництва Elegant India (Індія), табл. №10, що містить сальбутамол та бромгексин – 4,17 грн., а найбільш вартісним – ЛЗ «Ксолар», виробництва Novartis Pharma (Швейцарія), пор. д/р-ну д/ін. 150 мг фл., амп. №1 – 9857,61 грн. Останній ЛЗ містить омалізумаб – гуманізоване моноклональне антитіло з клітин яєчника китайського хом'яка.

Висновок. Отримані дані свідчать про те, що протиастматичні ЛЗ протягом 2016-2018 рр. були представлені на фармацевтичному ринку в широкому асортименті (28 МНН, від 118 до 143 ТН ЛЗ) переважно іноземними виробниками. Препарати мали широкий діапазон цін (4,17-9857,67 грн.), що дозволяє оптимізувати витрати на лікування хворих з бронхіальною астмою.

ANALYSIS OF THE MARKET OF PREPARATIONS USED FOR AVITAMINOSIS "B"

Kuandyk K.M., Zhakipbekov K.S., Berzhanova M.I.

National Medical University, Almaty, Republic of Kazakhstan

Atyrau State University. Kh. Dosmukhamedova, Atyrau, Republic of Kazakhstan

kamilla-9696@list.ru

Introduction. Due to the significant expansion of the range of drugs for use in avitaminosis "B", it is important to analyze the product line of this group. In the pharmaceutical market of Kazakhstan, exist 20 trade names of vitamins of group "B" which have various dosage forms and this in turn causes a high level of competition.

Purpose. Analysis of the range of drugs used in vitamin 'B' deficiency, registered in the Republic of Kazakhstan.

The main research material. One of the main directions of the marketing research of drugs for vitamin 'B' deficiency was the study of the assortment registered in the register of medicines of the Republic of Kazakhstan and the price lists of the pharmacy network "EUROPHARMA" LLP in Almaty.

Main results. The results of the assortment analysis show that there are 15 different 'B' vitamin preparations are often used in the market. The analysis of the countries that produce 'B' vitamin containing medicines showed that 50% of the registered medicines are made in Belarus and 20% in Germany. According to the forms of production of drugs of the study group are as follows: ampoules (75%), tablets (20%), and capsules (5%). As a result of the review, the highest price segments included producers from Russia and USA, the middle price segment included producers from Germany, and the lower – Belarus and Kazakhstan.

Conclusions. The analysis of the group of drugs showed the predominance among the registered domestic manufacturers from Belarus, the form of production in ampoules and revealed a marketing window belonging to drugs for the prevention and treatment of avitaminosis "B" at the cost 1502,5 Tg.

**СУЧАСНІ ПРОБЛЕМНІ ПИТАННЯ
ОРГАНІЗАЦІЇ ТА НАДАННЯ ПАЛІАТИВНОЇ
ТА ХОСПІСНОЇ ДОПОМОГИ**

ДО ПИТАННЯ НАДАННЯ ПАЛІАТИВНОЇ ДОПОМОГИ НЕВИЛКОВНО ХВОРИМ В УКРАЇНІ

Шунькіна С.Є., Громовик Б.П.

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького,

м. Львів, Україна

sofiyaprokip@gmail.com

hromovyk@gmail.com

Вступ. Найбільш значущими демографічними проблемами сучасного світу є збільшення кількості людей похилого віку та зростання захворюваності й смертності від злоякісних новоутворень. За прогнозами ВООЗ до 2020 року основними п'ятьма причинами смерті будуть: ішемічна хвороба серця, інсульт, хронічне обструктивне захворювання легень, респіраторні інфекції та рак легенів [Sofiya Shunkina, Bohdan Hromovyk. Palliative care in Ukraine – formation and development. Palliat Med Pract 2018; 12, 3: 135–142]. При цьому щороку збільшується число літніх пацієнтів, у кінцевому періоді життя яких розвивається синдром поліорганної дисфункції. Саме тому з року в рік зростає попит на паліативну допомогу (ПД).

Мета повідомлення полягає у розгляді першочергових проблемних питань щодо надання ПД невиліковно хворим в Україні.

Матеріали й методи дослідження. Під час проведення дослідження були використані такі методи, як аналіз вітчизняної нормативно-правової бази, даних статистики, міжнародного досвіду, сучасної наукової літератури, Державного реєстру лікарських засобів.

Основний матеріал дослідження. З'ясовано, що:

– українська система ПД для пацієнтів є відносно молодою, оскільки упродовж останніх двох десятиліть, здебільшого за ініціативи різних громадських та релігійних організацій, благодійних фондів, була створена мережа стаціонарних закладів ПД, а також амбулаторні мультидисциплінарні бригади, які допомагають пацієнтам вдома;

– розвиток паліативної медицини в країні ускладнюється численними законодавчими та організаційними проблемами, зокрема: відсутністю належної комп'ютерної мережі та невеликою кількістю команд для надання такої допомоги вдома; обмеженою доступністю хворих з хронічним больовим синдромом до наркотичних анальгетиків; опіофобією не тільки серед населення, а й серед медичного персоналу; недосконалістю чинної нормативної бази, зокрема ускладненою системою ліцензування умов для закладів охорони здоров'я щодо зберігання та використання контрольованих речовин (опіоїдів і психотропних лікарських засобів), а також небажання таких закладів отримувати ліцензію;

– в Україні, відповідно до рекомендацій ВООЗ, недостатньо спеціалізованих медичних закладів для забезпечення ПД – близько 1,5 тис. ліжок, що становить трохи більше третини потреб. Лише 6 областей обладнані ліжками паліативної допомоги для пацієнтів на дві третини потреби, 12 областей забезпечені ліжками від п'ятої до однієї половини, а інші 6 – менше однієї п'ятої;

– станом на 13.04.2019 р. в Україні зареєстровано 12 активних фармацевтичних інгредієнтів-опіоїдів у вигляді 30 торгових назв (ТН), дві з яких є комбінаціями, 48 різних лікарських форм з урахування різних дозувань, які випускаються 19 виробниками з 9 країн. При цьому для 7 (23,3 %) ТН характерне спільне виробництво, а для 18 (56,7 %) ТН – українське виробництво. За лікарськими формами 19 (63,3 %) ТН представлені у вигляді розчинів для ін'єкцій, 5 (16,7 %) – таблеток, 2 (6,7 %) – капсул, 3 (10,0 %) – трансдермальних систем, один (3,3 %) – орального розчину. Зазначене вказує на недостатню кількість лікарських форм не ін'єкційного шляху введення в організм людини.

Висновки. З'ясовані проблемні питання щодо надання ПД невиліковно хворим в Україні, що потребують першочергового вирішення.

**ФАРМАКОЕКОНОМІЧНІ АНАЛІЗ
СХЕМ ЛІКУВАННЯ
СОЦІАЛЬНО-ЗНАЧУЩИХ ЗАХВОРЮВАНЬ**

АВС/VEN АНАЛІЗ ФАРМАКОТЕРАПІЇ ХРОНІЧНОГО ПАНКРЕАТИТУ

Герасимова О. О., Шершньова С. С., Крикун В. В.

Національний фармацевтичний університет, м. Харків, Україна

ph-econom@nuph.edu.ua

Вступ. Хронічний панкреатит (ХП) є важливою соціальною та економічною проблемою сучасної медицини в зв'язку з поширеністю, зростанням захворюваності і значними витратами на лікування. Захворювання характеризується тривалим прогресивним перебігом, негативно впливає на якість життя пацієнтів і призводить до часткової або повної втрати працездатності. Вищезазначене вказує на необхідність проведення раціональної фармакотерапії захворювання та оптимізації витрат на неї.

Мета дослідження – оцінка структури витрат на лікарські засоби (ЛЗ), що призначались пацієнтам з ХП в терапевтичному відділенні одного із закладів охорони здоров'я (ЗОЗ) м. Дружківка, та доцільності їх призначень.

Методики дослідження: допоміжні клініко-економічні методи – АВС- та VEN-аналіз. VEN-аналіз проводили за «формальною» ознакою: визначали наявність ЛЗ в українських клінічних протоколах надання медичної допомоги пацієнтам на ХП та супутні захворювання (ішемічна хвороба серця, серцева недостатність, хронічний холецистит, гіпертонічна хвороба, хронічний гепатит, хронічний гастрит, цукровий діабет II типу, жовчокам'яна хвороба, виразковий коліт, пієлонефрит, сечокам'яна хвороба, езофагіт), що були зареєстровані у досліджуваних пацієнтів. При наявності ЛЗ у зазначених нормативних документах він отримував індекс «V», при відсутності – «N». Тривалість дослідження – 2015-2017 роки.

Основний матеріал дослідження. За результатами аналізу 94 історій хвороб пацієнтів віком від 25 до 65 років з ХП було визначено 81 торгове найменування (ТН) ЛЗ (56 міжнародних непатентованих назв (МНН)) з 35 фармакологічних груп, що були використані для комплексної фармакотерапії.

За результатами VEN-аналізу більшість ЛЗ (80,25 %) входила у групу V і рекомендована клінічними протоколами для фармакотерапії основного (ХП) та супутніх захворювань. На них було витрачено 60,00 % загальної суми коштів. На другорядні препарати, відсутні в клінічних протоколах, витрачена значна частина грошових коштів (2/5 витрат), що є нераціональним і потребує корекції. За результатами ABC-аналізу 79,54 % коштів від загальної суми витрат на фармакотерапію (група А) витрачались на 14 ЛЗ, 15,08% – на 21 ЛЗ (група В), 5,38 % – на 46 ЛЗ (група С). Основні кошти, пов'язані з фармакотерапією пацієнтів з ХП, були витрачені на лікування основного захворювання (ХП). Так, лідерами за витратами були ЛЗ групи «Кровозамінники та перфузійні розчини» (40,74 % витрат, 9 МНН, 16 ТН), а також групи «Інгібітори протеолізу» (14,79 % витрат; 1 МНН; 2 ТН). Їх представники були лідерами за витратами серед ТН і входили в групу А: препарати групи «Кровозамінники та перфузійні розчини» – «Реосорбілакт» та «Натрію хлорид», інгібітор протеолізу «Контрикал 10000». У найбільш витратних ЛЗ, що призначались пацієнтам з ХП в даному ЗОЗ, вартість на курс лікування 1 хворого була високою: в діапазоні цін від 142,29 грн. до 1397,91 грн. Більшість з них – іноземного виробництва. Позицію безумовного лідера у ABC-рейтингу серед усіх досліджуваних ЛЗ займав препарат «Реосорбілакт» (р-н д/інф. пляшка 200 мл, № 1; ТОВ «Юрія-Фарм») – майже 1/5 частина (18,28 %) від загальної суми витрат. Більшість ЛЗ (63,64 %) групи А мали індекс V за результатами VEN-аналізу. В клінічних протоколах були відсутні наступні МНН ЛЗ: інгібітор протеолізу апротинін, МНН засобу, що впливає на травну систему та метаболічні процеси – «Солкосерил», представники групи «Кровозамінники та перфузійні розчини» – натрію хлорид, МНН препаратів «Реамберин», «ГІК».

Висновки. Результати проведеного дослідження вказують на необхідність оптимізації грошових коштів на фармакотерапію пацієнтів з ХП в даному ЗОЗ м. Дружківка та корекції лікарських призначень відповідно до клінічних протоколів.

РЕЗУЛЬТАТИ ЧАСТОТНОГО АНАЛІЗУ ЛІКАРСЬКИХ ПРИЗНАЧЕНЬ ПРИ ФАРМАКОТЕРАПІЇ БРОНХІАЛЬНОЇ АСТМИ У ДІТЕЙ

Костюк І.А., Косяченко К.Л., Голопихо Л.І.

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

iryna.kostuk@ukr.net

На сьогодні за критеріями поширеності, важкості перебігу та недостатнього рівня діагностики, бронхіальна астма (БА) є «захворюванням сторіччя». Особливої уваги набуває розповсюдження даної хвороби саме серед дитячого населення і постійний контроль за показниками їх здоров'я є одним із пріоритетних завдань кожної держави.

Об'єктом дослідження стали 574 медичні карти стаціонарного хворого з основним діагнозом «Бронхіальна астма». До вибірки увійшли 439 хлопчиків (76,5%) та 135 дівчаток (23,5%). Середній вік у хлопчиків становить 11,6 років, а у дівчаток – 10,3. Однак найбільша кількість хворих хлопців була у віці 15-16 років, а серед дівчат – 6-8 років. Особи раннього віку (до 5 років) не відзначалися високими показниками захворюваності, що можна пояснити проблемою відсутності ранньої діагностики та поставлення діагнозу «Бронхіальна астма».

З метою оцінки частоти застосування лікарських засобів (ЛЗ) був проведений ретроспективний частотний аналіз призначень лікарів за архівними даними медичних карт досліджуваної групи пацієнтів. За даними листів-призначень у медичних картках стаціонарного хворого лікарями було здійснено 1983 призначень, з яких 1867 – медикаментозні (94,2%), а 116 – не медикаментозні методи (5,8%).

Медикаментозні призначення були представлені ЛЗ, що належать до 11 груп за АТС-класифікацією (А, В, С, D, H, J, N, M, P, R, S) – 94,4%, алергенспецифічною імунотерапією – 3,7%, розчинами для промивання, зрошування, лікування – 1,5%, дієтичними добавками – 0,3% та гомеопатичними препаратами – 0,1%.

Дані проведеного частотного аналізу лікарських призначень дітям, хворим на БА, можуть бути використані при виборі номенклатури ЛЗ для програм реімбурсації та медичного страхування після подальших фармакоекономічних досліджень.

ДОСЛІДЖЕННЯ ВАРТОСТІ СХЕМ ПАТОГЕНЕТИЧНОЇ ТЕРАПІЇ ХВОРИХ НА РОЗСІЯНИЙ СКЛЕРОЗ В УКРАЇНІ

Кубарева І. В., Зайцева Ю. Л., Чернічко І. М.

Національний фармацевтичний університет, м. Харків, Україна

socpharm@nuph.edu.ua

Вступ. Історія вивчення розсіяного склерозу (РС) починається з епохи середньовіччя. Вперше це захворювання було описано у 1830 р. французькими неврологами, які вивчали особливості цього захворювання, й дали йому назву «sclérose en plaque disséminée» (склероз розсіяних бляшок). Розсіяний склероз є високовартісним захворюванням. Економічний аналіз ВООЗ за витратами на лікування РС 2016 року показав, що загальні витрати на лікування однієї особи з РС на рік, коливаються від 30 тисяч доларів до 100 тисяч доларів, у залежності від важкості перебігу захворювання, що робить процес лікування не доступним для багатьох верств населення. При цьому процес лікування зупиняти не можна. Тому обґрунтування ефективного фармацевтичного забезпечення хворих на РС є дуже важливим.

На сьогоднішній день в Україні наказом Міністерства охорони здоров'я України від 21.02.2018 № 303 про «Розподіл лікарських засобів для лікування хворих на розсіяний склероз, закуплених за кошти Державного бюджету України» закуплено лікарський препарат (ЛП) Копаксон, що має імуномодельную дію, у кількості 217 упаковок. Але цієї кількості не достатньо, щоб забезпечити усіх хворих на розсіяний склероз в Україні.

Метою нашого дослідження став розрахунок вартості схем патогенетичної терапії хворих на РС з ремітуючим та ремітуючо-прогресуючим типами перебігу.

Методика дослідження передбачала аналіз вітчизняних та закордонних публікацій, а також даних по призначенню ЛП для лікування РС. Нами було використано Клінічний протокол надання медичної допомоги хворим на розсіяний склероз, затверджений Наказом МОЗ України від 17 серпня 2007 року N 487 «Про затвердження клінічних протоколів надання медичної допомоги за спеціальністю “Неврологія”», проаналізовані найбільш розповсюджені схеми лікування РС, враховуючи прийнятий консенсус схем фармакотерапії хворих на РС.

Результати дослідження. Для розрахунку вартості схем фармакотерапії при ремітуючому та ремітуючо-прогресуючому типах перебігу використовувались середні роздрібні ціни ЛП, торгові назви яких пропонувались на фармацевтичному ринку України станом на кінець листопада 2018 р. Вартість схем лікування наведена у роздрібних цінах станом на листопад 2018 р., у грн (табл. 1, 2).

Таблиця 1

Вартість патогенетичної терапії РС на рік з ремітуючим типом перебігу без використання імуномодулюючого ЛП

№	Назва ЛЗ за МНН	Потреба на курс лікування на рік	Роздрібна ціна упаковки, грн	Вартість курсу лікування, грн
1	Дексаметазон табл. 0,0005 г № 10	0,01 г	25	10
2	Метипред 250 мг фл., с раств. в амп. 250 мл № 1	10000 мг	198,12	7924,8
3	Єспа-ліпон р-н д/ін. 600 мг амп. 24 мл №5	2400 мг	505,52	404,42
4	Пірацетам р-н д/ін. 20 % амп. 5 мл №10	300 мл	24	144
5	Плазмаферез	2 курси	586	1172
6	Імуноглобулін р-н д/ін. 50 мл бут. № 1	900 мл	4285,5	77139
	Загальна сума:		5624,14	86 794,22

**Вартість патогенетичної терапії РС на рік з ремітуючим типом перебігу
з використанням імуномодулюючого ЛП**

№	Назва ЛЗ за МНН	Потреба на курс лікування на рік	Роздрібна ціна упаковки, грн	Вартість курсу лікування, грн
1.	Ребіф 44 мкг (12 ммє/0,5 мл) № 12	6336 мкг	14829,33	177951,96
2.	Імуран табл. 50 мг № 100	2100 мг	1064,57	447,10
3.	Дексаметазон табл. 0,0005 № 50	0,01 г	25	10
4.	Пірацетам р-н д/ін. 20 % амп. 5 мл №10	300 мл	24	144
5.	Вітамін Є 400 мг фл. № 30	48000 мг	75,69	302,76
	Загальна сума:		16 018,59	178 855,82

За нашими розрахунками вартість патогенетичної терапії РС одного пацієнта на рік з ремітуючим типом перебігу без використання імуномодулюючого ЛП становить 86 794,22 грн, з використанням імуномодулюючого ЛП – 178 855,82 грн.

Висновки. Проведений аналіз вартості схем патогенетичного лікування з використанням імуномодулюючих препаратів показав, що значна частина витрат (78-90%) належить превентивній терапії, яка є незамінною. Тому розробка соціально-ефективних моделей фармацевтичного забезпечення хворих на РС є актуальною задачею сьогодення для вітчизняної системи охорони здоров'я й фармації.

АНАЛІЗ ЕКОНОМІЧНОЇ ДОСТУПНОСТІ КУРСУ ЛІКУВАННЯ ТІАЗОЛІДИНДІОНАМИ

Міщенко О. Я., Калько К. О.

Національний фармацевтичний університет, м. Харків, Україна

clinpharmacol_ipksph@nuph.edu.ua

Вступ. Цукровий діабет (ЦД) II типу є серйозною медико-соціальною проблемою, яка характеризується значним поширенням у світі та сталою тенденцією до збільшення кількості хворих з кожним роком. За даними ВООЗ кількість пацієнтів із ЦД II типу збільшилася із 108 млн. в 1980 р. до 422 млн. в 2017 р. Поширеність діабету серед осіб старше 18 років зросла з 4,7% в 1980 р. до 8,9% в 2017 р. В Україні число хворих на ЦД подвоюється кожні 12-15 років.

Тіазолідиндіони є сучасною групою протидіабетичних лікарських засобів, механізм дії яких пов'язаний із селективним стимулюванням γ -рецепторів, активованих пероксисомним проліфератором (γ -PPAR). Активація γ -PPAR модулює транскрипцію генів, які чутливі до інсуліну та тих, що приймають участь у контролі рівня глюкози та метаболізмі ліпідів. Як наслідок знижується інсулінорезистентність периферичних тканин і печінки. На сьогодні тіазолідиндіони входять до міжнародних та вітчизняних протоколів лікування ЦД II типу. З огляду на достатньо високу їх вартість, доцільним є аналіз економічної доступності тіазолідиндіонів, зареєстрованих в Україні.

Мета дослідження – проаналізувати економічну доступність курсу лікування тіазолідиндіонами, представленими на фармацевтичному ринку України в 2018 році.

Методики дослідження. На основі даних аналітичної системи «PharmXplorer» інформаційно-пошукової компанії «Моріон» був проведений ретроспективний аналіз асортименту і цін тіазолідиндіонів, представлених на фармацевтичному ринку України в 2018 році. Представлена вартість цієї групи препаратів, їх фізична та економічна доступність. При аналізі визначали кількість і структуру виробників, форму випуску та інші показники, що

характеризують споживання даної групи препаратів на ринку України. Також був розрахований показник адекватності платоспроможності (Ca.s.) за формулою $Ca.s. = (P/Wa.w.) * 100\%$, де Ca.s. – коефіцієнт адекватності платоспроможності; Wa.w – середня заробітна плата середньостатистичного українця за 2018 рік (7810 грн); P – середня роздрібна ціна місячного курсу лікування препаратом.

Основний матеріал дослідження. Тіазолідиндіони (A10B G) на фармацевтичному ринку України в 2018 році представлені єдиним представником – піоглітазоном (A10B G03), який зареєстрований під 2 торговими назвами (ТН), один з них вітчизняний, другий – зарубіжний. Вітчизняний піоглітазон випускається під ТН – ГЛЮТАЗОН® (Кусум Фарм ООО Україна, Київ, таб. в трьох різних дозуваннях: 15; 30 та 45 мг блістер № 28); імпортований піоглітазон представлений препаратом ПІОГЛАР® (SUN (Індія)) таб. 30 мг № 30.

Аналіз ринкових цін цих препаратів з врахуванням дозування показав, що межі цінового діапазону не широкі (114,03 – 250,20 грн). Найнижча ціна серед тіазолідиндіонів була на препарат ГЛЮТАЗОН® Кусум Фарм ООО (Україна, Київ) таб. 15 мг блістер, №28 – 114,03 грн за уп., а найвища для цього ж препарату в дозі 45 мг блістер №28 – 250,20 грн. за уп.

Наступним етапом дослідження був розрахунок коефіцієнта адекватності платоспроможності (Ca.s.), що характеризує економічну доступність місячного курсу лікування для споживача. Результати проведеного аналізу свідчать, що піоглітазон, який на фармацевтичному ринку України представлений препаратом ГЛЮТАЗОН®, Кусум Фарм ООО (Україна, Київ) в трьох дозуваннях (таб. 15; 30 та 45 мг блістер №28) та препаратом ПІОГЛАР®, SUN (Індія) таб. 30 мг №30 є високодоступними для споживача, оскільки їх Ca.s. < 5%.

Висновок. Таким чином результати аналізу економічної доступності свідчать, що лікування тіазолідиндіонами, які представлені на українському фармацевтичному ринку в 2018 році, є високодоступним для українського споживача.

АНАЛІЗ ПОКАЗНИКА МІНІМІЗАЦІЇ ВИТРАТ У СХЕМАХ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА СЕРЦЕВО-СУДИННІ ЗАХВОРЮВАННЯ

Немченко А.С., Назаркіна В.М., Куриленко Ю.Є., Подколзіна М.В.

Національний фармацевтичний університет, м. Харків, Україна

economica@ukr.net

Вступ. В даний час більше 85,6 млн. осіб по всьому світу страждають на серцево-судинні захворювання (ССЗ). Крім того, що ССЗ є першою і основною причиною смерті вони призводять до розвитку серйозних супутніх захворювань, інвалідності, зниження якості життя і економічних втрат для країн світу в сотні мільярдів доларів щороку. Тому, поліпшення стану серцево-судинної системи і якості життя шляхом профілактики, виявлення і лікування чинників розвитку ССЗ, а також профілактика повторних серцево-судинних подій є необхідною та актуальною.

Метою дослідження є аналіз показника мінімізації витрат (СМА), який передбачає порівняння вартості схем лікування за умови їх однакової клінічної ефективності.

У дослідженні були використані **методи** фармакоеконічного аналізу, статистичний та узагальнення інформації.

Результати дослідження. Фармакотерапія хворих на ССЗ є комплексною та тривалою, контроль факторів ризику серцевих захворювань залишається складним завданням не тільки для лікаря, але й для самого хворого. Тому актуальності набуває доступна та проста фармакотерапія, яка може бути використана для усіх верств населення незалежно від фінансового стану хворого. Для проведення розрахунків методом СМА нами були відібрані базові схеми фармакотерапії для лікування хворих на ССЗ з використанням попередньо проведеного нами аналізу матеріалів клінічних протоколів лікування та амбулаторних карток хворих. Всього було сформовано 7 базових схем з найбільш поширеними лікарськими засобами (таблиця 1), всі препарати

у схемах були розподілені нами за групами по анатомо-терапевтично-хімічної класифікацією (АТС).

Таблиця 1

Схеми терапії для лікування ССЗ

Схема	АТС група
Схема №1 (з ацетилсаліциловою кислотою) Схема № 2 (з клопідогрелем) Схема №3 (з магнікором)	група інгібітори АПФ + антитромботичні засоби
Схема №4 (з амлодипіном) Схема №5 (з велапамілом)	група блокаторів кальцієвих каналів
Схема № 6 (з бісопрололом) Схема №7 (з атенололом)	блокатори бета-адренорецепторів

Проведений розрахунок методом СМА представлено у таблиці 2. Слід зазначити, що розрахунок проводився для максимальної та мінімальної дози препарату, яка може бути призначена лікарем.

Таблиця 2

Аналіз показника СМА у схемах лікування ССЗ

Схеми порівняння	Показник СМА	
	При мінімальній дозі ЛЗ (грн. / дол. США)	При максимальній дозі ЛЗ (грн. / дол. США)
Схема № 1 та Схема № 2	1949,09/ 74,62	3857,22/ 147,67
Схема № 1 та Схема № 3	236,06/9,04	431,19/16,51
Схема № 4 та Схема № 5	35,09/1,34	70,18/2,69
Схема № 6 та Схема № 7	38,28/1,47	57,42/2,20

Так, при розрахунку показника економічної ефективності (СМА) було встановлено, що у групі інгібітори АПФ + антитромботичні засоби при порівнянні схеми №1-2 при мінімальному та максимальному дозуванні показник СМА був нижчий у схемі №1 –1949,09 грн. / 74,62 дол. США та 3857,25 грн. / 147,67 дол. США. При порівнянні схеми №1-3, у схемі №1 були нижчі показники – 236,06 грн. /9,04 дол. США та 431,19 грн. /16,51 дол. США. У групі блокаторів кальцієвих каналів – показник СМА був менший у схемі

№ 4 – 35,09 грн. /1,34 дол. США та 70,18 грн. /2,69 дол. США. За групою блокатори бета-адренорецепторів перевага була у схеми №6 – 38,28 грн. / 1,47 дол. США та 57,42 грн. /2,20 дол. США.

Таким чином, при однаковій ефективності у групі інгібітори АПФ + антитромботичні засоби дешевшою є лікування за схемою №1, у групі блокаторів кальцієвих каналів за схемою №4 та у групі блокатори бета-адренорецепторів за схемою №6.

ИССЛЕДОВАНИЕ ОБЩЕЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ НАСЕЛЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН ПО ДАННЫМ ВОЗ

Панфилова А.Л., Хищенко С.В., Сокуренок И.В., Чернуха В.Н.

Национальный фармацевтический университет, г. Харьков, Украина

panf-al@ukr.net

Вступление. Республика Узбекистан (РУз) за последнее время демонстрирует высокие темпы развития в различных областях экономики, не исключением является и система фармацевтического обеспечения населения. Важное место в реализации эффективных направлений государственной политики в сфере здравоохранения и фармацевтического обеспечения населения отводится анализу общеэпидемиологической ситуации в стране. Основные показатели, которые характеризуют структуру заболеваемости, распространенности и смертности населения от различных патологических состояний формируют объективную информацию для определения потребности в тех или иных наименованиях лекарственных препаратов (ЛП) и изделиях медицинского назначения (ИМН). Это особенно важно, когда в Республике осуществляются масштабные преобразования в здравоохранении, основной целью которых является повышение уровня социально-

экономической доступности основных лекарственных средств (ОЛС) для широких слоев населения.

Целью наших исследований стал анализ общеэпидемиологического профиля населения РУз по данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), представленным на официальном сайте по стране «Узбекистан» (<https://www.who.int/countries/uzb/ru/>).

Методики исследований. В анализе нами использовался исторический, логический, сравнительный, экономико-статистические и другие методы научного анализа и поиска. Исследовался такой важный эпидемиологический показатель, как «уровень заболеваемости населения» за 2010-2017 гг. Данный показатель определяется как отношение числа больных с впервые установленным диагнозом к среднегодовой численности постоянного населения страны. Кроме этого, использовался показатель «контингент больных», который включает совокупность всех лиц, страдающих данной патологией, которые обратились за медицинской помощью в учреждения здравоохранения страны как в текущем, так и в предыдущие годы анализа. Данный показатель определяется как отношение больных, состоящих на учете в учреждениях здравоохранения страны на конец года, к численности всего населения на конец отчетного периода в стране. Для четкого определения принадлежности больных к той или иной клинической группе в Узбекистане, как и в других странах используется Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем ВОЗ (до 1999 г. – IX пересмотр, с 1999 г. – X пересмотр). Это позволяет проводить сравнение с международными эпидемиологическими показателями, а также обеспечивать сопоставимость и сравнимость данных во времени. Нами были рассчитаны средние значения вышеуказанных показателей за 2010-2017 гг.

Основной материал исследования. В 2017 году в РУз Указом Президента страны был утвержден важный документ, а именно «Стратегия действий по пяти приоритетным направлениям развития Республики Узбекистан в 2017-2021 годах». В данном документе четко описаны основные

направления решения самых актуальных проблем современного общества, экономики и государство в целом. В разработке вышеуказанных государственных мероприятий в системе здравоохранения учитываются показатели по:

- социально значимым и опасным с эпидемиологической точки зрения патологиям (активным туберкулез, ВИЧ, СПИД, гепатит С, малярия, детские инфекционные заболевания и т.д.);
- злокачественным новообразованиям;
- патологиям, которые передаются преимущественно половым путем;
- психическими расстройствами и расстройствами поведения, связанными с употреблением психоактивных веществ;
- неинфекционным заболеваниям у взрослых;
- состоянию здоровья беременных, рожениц и новорожденных;
- заболеваемости беременных женщин отдельными болезнями, предшествовавшими, а также возникшими во время беременности.

Все вышеуказанные данные является важными и базовыми показателями, позволяющими формировать адекватную финансовую и ресурсную политику в здравоохранении и системе фармацевтического обеспечения населения. Особое место в реализации этих государственных мероприятий отводится планированию закупок по тендерам социально значимого ассортимента ЛП и ИМН. Именно для определения реальной потребности системы здравоохранения в наименованиях препаратов и ИМН, которые имеют важное социальное значение и используются общеэпидемиологические показатели, которые представлены ниже. Результаты проведенных нами исследований представлены на рис. 1. Как видим по данным анализа заболеваемости населения Узбекистана тройку лидеров по заболеваемости формируют сердечно-сосудистые патологии (54,3%), далее представлены инфекционные заболевания и алиментарные патологии (15,2%), а на третьей позиции находятся другие неинфекционные патологии (11,7%). Таким образом, каждый второй заболевших в Республике человек обратился за медицинской помощью из-за расстройств в работе сердца и

сосудов. В общем, это отражает общемировую тенденцию в эпидемиологии населения. Так, в развитых экономически и относительно благополучных странах в структуре заболеваемости населения на патологии сердца и сосудов приходится в структуре заболеваемости до 75,0%. При этом, данная зависимость прослеживается как у женщин, так и мужчин. Особое опасение, в виду тяжести протекания патологического процесса вызывает тот факт, что на четвертой позиции в РУз представлены онкологические патологии. Как свидетельствуют данные специальной литературы, лидирующие позиции в структуре онкозаболеваемости среди женщин занимает рак молочной железы (45,01%), а среди мужчин – рак желудка (34,09%). Далее у женщин следуют рак шейки матки (23,13%) и рак желудка (12,98%). Среди мужчин вторую позицию занимают рак легких и бронхов (26,74%) и пищевода (14,21%).



Рис. 1. Исследование показателя заболеваемости населения РУз
(средние показатели за 2010-2017 года)

Наименьшее значение в структуре заболеваемости занимает сахарный диабет (1,7%). Однако, как отмечают специалисты, по сахарному диабету реальные цифры могут быть значительно выше. Так, в виду низкого уровня диагностики и случаев не обращения пациентов за специализированной

медицинской помощью многие пациенты живут с незнанием о том, что у них повышенный уровень сахара в крови. Это приводит к развитию целого симптомокомплекса, лечить который с возрастом становится все более затратно, а исход заболевания становится клинически достаточно тяжелым.

Выводы. В заключении следует отметить, что формирование общеэпидемиологического профиля населения Узбекистана требует проведение дальнейших исследований с целью более детального определения доминирующих причин смертности, а также патологий, которые впервые выявлены у людей. Необходимо также создание централизованной статистической базы по основным эпидемиологическим показателям населения, которые должны быть информационно доступными. Кроме этого, учитывая географические особенности Республики отдельного решения требуют вопросы формирования достоверной и доступной статистической базы в разрезе отдельных регионов страны или групп населения.

**РЕЗУЛЬТАТИ ЧАСТОТНОГО/ABC/VEN АНАЛІЗУ ПРИЗНАЧЕНЬ
ЛІКАРСЬКИХ ПРЕПАРАТІВ ХВОРИХ
НА ПЕПТИЧНУ ВИРАЗКУ ШЛУНКА І ДВАНАДЦЯТИПАЛОЇ КИШКИ,
ЩО ПЕРЕБУВАЛИ НА ЛІКУВАННІ В КЛІНІЦІ ІФНМУ**

Феденько С.М., Семенів Д.В., Бобуляк В.В.

ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»,

м. Івано-Франківськ, Україна

fedenkosm@ukr.net

Вступ. Пептична виразка шлунка і дванадцятипалої кишки (ПВ) – це хронічне рецидивуюче захворювання, схильне до прогресування, при якому у патологічний процес разом зі шлунком та дванадцятипалою кишкою залучені інші органи і системи травлення, а також можуть розвинути ускладнення, що

загрожують життю хворого. Тому, питання фармако-економічної оптимізації терапії таких хворих є актуальним.

Метою роботи стала якісна оцінка призначень лікарських препаратів (ЛП) пацієнтам, хворих на ПВ, які перебували на стаціонарному лікуванні в Університетській клініці ІФНМУ.

Методики дослідження. Здійснено аналіз 80 медичних карт стаціонарних хворих на ПВ, які проходили терапію у терапевтичному відділі клініки ІФНМУ за 2017–2018 рр. Використаний ретроспективний частотний / ABC / VEN метод дослідження.

Основний матеріал дослідження. Частотний аналіз виявив, що хворим з ПВ було зроблено 836 призначень 104 ЛП, у середньому 8 препаратів на 1 медичну картку.

Відповідно до АТС-класифікації був складений рейтинг фармакотерапевтичних груп за частотою призначення ЛЗ при лікуванні ПВ. Найбільша кількість призначень припадає на групу «Засоби, які впливають на травну систему і метаболізм» (546 призначення або 65,3 % від загальної кількості) та на групу «Протимікробні засоби для системного застосування» (90 призначення або 10,8 % від загальної кількості).

Проведення ABC-аналізу дозволило встановити загальну вартість спожитої фармакотерапії хворих на ПВ, яка становила 281123,11 грн. Перша група А становила 79,1 % загальної вартості. До неї увійшли 23 ЛП (222491,67 грн). Частка цих ЛЗ в загальній сукупності становить 22,1 %.

До другої групи В, яка складає 14,9 % від вартості фармакотерапії віднесено 24 ЛП вартістю 41783,67 грн., 23,07 % загальної сукупності призначень.

Частка групи С за витратністю становила 6 % – 57 ЛП з сумою 16847,77 грн, що становила 54,8 % від усіх ЛЗ.

При проведенні VEN-аналізу був використаний формальний підхід: розподіл ЛП на групи: V «Vital» (життєво необхідні), E «Essential» (необхідні) та N «Non-essential» (другорядні, неважливі) було здійснено відповідно до

Наказу МОЗ України № 613 від 03.09.2014 р. «Про затвердження і впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги при пептичній виразці шлунка та дванадцятипалої кишки» та Наказу МОЗ України № 868 від 10.05.2018 р. «Про затвердження десятого випуску Державного формуляра лікарських засобів та забезпечення його доступності». При наявності у протоколі, ЛП набував індексу V; ЛП, які застосовувались для симптоматичної терапії, лікування ускладнень – E; решта ЛП – N.

За результатами сумісного ABC/VEN-аналізу встановлено, що препарати із статусом A/V становлять 43,5 % у загальному споживанні ЛП групи А, тоді як A/E – 26,0 %, а A/N – 30,5 %. У групі В відповідні показники склали: B/V – 33,3 %, B/E – 33,3 %, B/N – 33,4 %. За групою найменш затратних препаратів розраховані показники питомої ваги споживання становили: C/V – 17,5 %, C/E – 19,3 %, C/N – 63,2 %.

Висновки та перспективи подальших досліджень у даному напрямку.

За результатами сумісного ABC/VEN-аналізу частоти призначень встановлено, що частка ЛП зі статусом V («найнеобхідніші») відповідно до чинного Протоколу склала 43,5 % серед ЛП групи А, 33,3 % – групи В та 17,5 % – групи С за частотою призначення. Значна частка призначень припадає на препарати групи N. Оцінка реальної клінічної практики показала необхідність її подальшої оптимізації за принципами доказової медицини та фармакоекономіки.

ВИВЧЕННЯ СПОЖИВАННЯ СОРБЕНТНИХ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ

Яковлева Л. В., Бердник О. Г., Горілий І. В.

Національний фармацевтичний університет, м. Харків, Україна

feknfau@ukr.net

Вступ. Адсорбуючі лікарські засоби (адсорбенти, сорбенти) – це група лікарських засобів, здатних вибірково поглинати і виводити з шлунково-

кишкового тракту різні шкідливі речовини (шлаки, токсини, гази, солі важких металів, медикаменти, мікроорганізми, алергени, радіоізотопи, надлишки продуктів обміну і т.д.). Сорбентні препарати в залежності від походження і механізму дії можна поділити на декілька видів: іонообмінні сорбенти (різні смоли природного або синтетичного походження, які зв'язують іони токсинів і утворюють з ними нові, нешкідливі, сполуки); вуглецеві сорбенти (створюються на основі активованого вугілля, а також вуглеволоконистого матеріалу та діють на зразок губки, вбираючи в себе токсичні речовини та перешкоджаючи їх проникненню в кров); сорбенти природного походження (натуральні сорбенти, які адсорбують шкідливі речовини на своїй поверхні: пектин, целюлоза, висівки, хітин, клітковина і ін.); інші сорбенти (цеоліти, глина, силікагелі і ін.). Актуальним є вивчення та аналіз споживання цих ЛЗ, які широко застосовуються як симптоматична терапія та в комплексному лікуванні деяких захворювань.

Мета. Дослідження споживання сорбентних лікарських засобів на фармацевтичному ринку України протягом 2014-2017 рр.

Матеріали та методи. Аналіз споживання проводили за допомогою АТС/DDD-методології, рекомендованої ВООЗ. Значення DDD (середньої встановленої добової дози) як одиниці виміру обсягів споживання, знаходили на сайті ВООЗ за АТС-кодами. Для розрахунку споживання сорбентів був використаний показник DDDs на 1000 жителів в день (DDD/1000/день або DID). Розрахунок DID проводили за формулою: $DID = DDDs \times 1000 / \text{кількість жителів в Україні} \times 365 \text{ днів}$, де DDDs – кількість встановлених добових доз, прийнятих хворими в Україні за відповідний рік.

Результати дослідження. При аналізі фармацевтичного ринку України за період з 2014 по 2017 рік було встановлено 3 МНН: Вугілля активоване, Діосмектит та Інші сорбенти, які представлені близько 50 торговими назвами різних форм випуску: капсули, таблетки, суспензії, пасти, гелі. Аналіз динаміки споживання сорбентних ЛЗ в Україні показав, що протягом 2014-2017 рр. загальне споживання всіх препаратів становило відповідно 0,9 DID (2014р.),

1,96 DID (2015 р.), 0,91 DID (2016 р.) та 0,95 DID у 2017 році (рис. 1). Вугілля медичне активоване було лідером споживання протягом всього досліджуваного періоду. Це зумовлено низкою причин: широкий асортимент торгових найменувань, здебільшого вітчизняного виробництва, доступна ціна. Крім того активоване вугілля сьогодні модно використовувати як барвник в харчовій індустрії.

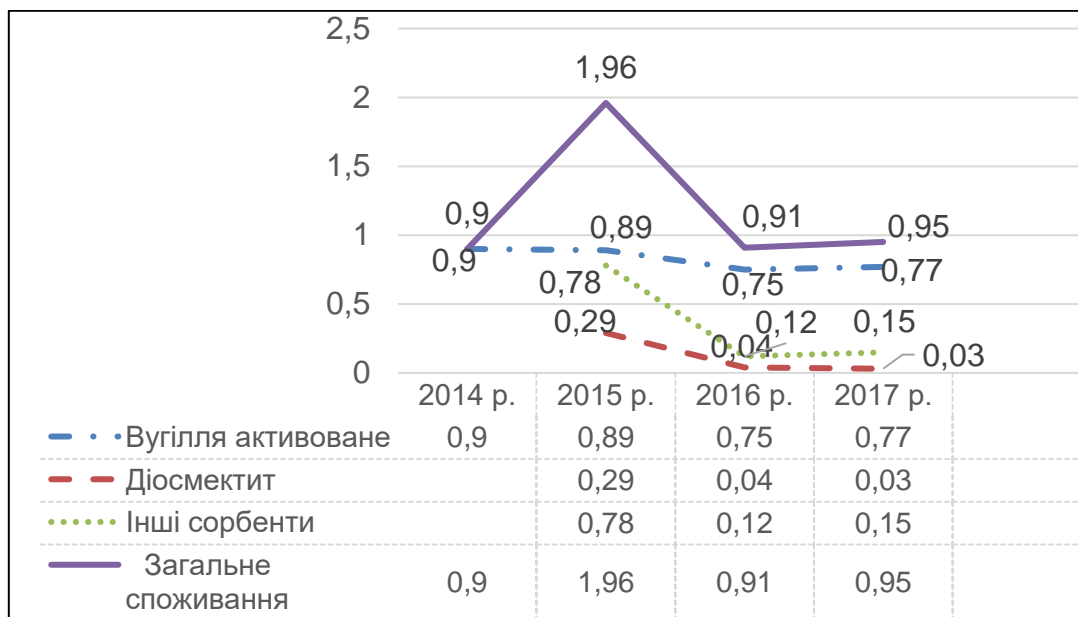


Рис. 1. Результати дослідження споживання сорбентних лікарських засобів на фармацевтичному ринку України протягом 2014-2017 рр.

Висновки. Отримані результати свідчать, що споживання сорбентів істотно не змінилось протягом досліджуваного періоду. Враховуючи активне споживання цієї групи ЛЗ, особливо вугілля активованого, які мають побічні дії (порушення травлення, закреп, діарея, що може призвести до порушення всмоктування мікроелементів, вітамінів, гормонів та інших корисних речовин), необхідний правильний моніторинг факторів ризику, одноразове введення всієї добової дози, короткі курси терапії, що допоможе знизити ступінь побічної дії.

**ПРОБЛЕМИ ОРГАНІЗАЦІЇ
ФАРМАЦЕВТИЧНОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ
СІЛЬСЬКОГО НАСЕЛЕННЯ**

ОПТИМІЗАЦІЯ ФАРМАЦЕВТИЧНОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ДЛЯ ЖИТЕЛІВ СІЛЬСЬКОЇ МІСЦЕВОСТІ

Скуратівська С.І., Хомутецька Н.І., Гончаренко Н.В.

Українська військово-медична академія, м. Київ, Україна

Skyrativska@gmail.com

Вступ. У Законі України №2206-VIII від 14.11.2017 року вказується, що підвищення доступності та якості медичного обслуговування у сільській місцевості є одним із пріоритетних напрямів державної політики у сферах охорони здоров'я та регіонального розвитку. Але проблема своєчасної доступності лікарських засобів та виробів медичного призначення (товарів, які мають право придбавати та продавати аптечні заклади та їх структурні підрозділи) для жителів сільської місцевості існує і в реаліях сьогодення та потребує вирішення.

Мета. Визначення шляхів підвищення доступності лікарських засобів та виробів медичного призначення для жителів сільської місцевості.

Методика дослідження. Інформаційно-аналітичний, логічний, системного аналізу.

Основний матеріал дослідження. Роздрібна торгівля лікарськими засобами здійснюється лише через аптеки та їх структурні підрозділи. У сільській місцевості у разі відсутності аптеки або структурного підрозділу аптеки роздрібна торгівля лікарськими засобами за переліком, установленим МОЗ, здійснюється у приміщеннях фельдшерських, фельдшерсько-акушерських пунктів, сільських, дільничних лікарень, амбулаторій, амбулаторій загальної практики – сімейної медицини працівниками цих закладів, які мають медичну освіту, на підставі договорів, укладених із ліцензіатом, що має ліцензію на роздрібну торгівлю лікарськими засобами (Про затвердження Ліцензійних умов провадження господарської діяльності з виробництва лікарських засобів, оптової та роздрібною торгівлі лікарськими засобами: Постанова КМ України від 30.11.2016 р. № 929).

Водночас у сільській місцевості є окремі села в яких відсутні вищевказані заклади і відстань до найближчого з них є вагомою перешкодою для одержання належної фармацевтичної допомоги. Відкриття в цих селах окремих аптек буде нераціональне через низьку рентабельність, проблеми з кадрами, неможливість дотримання вимог нормативно-правових актів тощо.

Для вирішення цієї проблеми доцільно використати досвід попередніх років і застосувати аптечний автомобіль, обладнаний згідно вимог Ліцензійних умов та пройде валідацію. Використання вказаного транспортного засобу дозволить встановити необхідний режим роботи з урахуванням потреб жителів сільської місцевості. Фармацевтичне забезпечення буде здійснено в достатній кількості, гарантованої якості, з урахуванням сезонних і хронічних захворювань, засобів профілактики захворювань населення, насамперед дітей, вагітних жінок, літніх людей та людей з особливими потребами.

Сучасні комп'ютерні, телекомунікаційні технології та засоби для забезпечення функціонування електронної системи охорони здоров'я, електронних рецептів, сумісність медичних інформаційних систем закладів охорони здоров'я з інформаційними системами аптечних закладів дозволять належним чином здійснити організацію фармацевтичного забезпечення жителів сільській місцевості.

Відповідно такий підхід у вирішенні даної проблеми потребує редакцій нормативно-правових актів. Також повинна дотримуватися процедура притягнення винних до кримінальної відповідальності у разі свідомого розповсюдження фальсифікованих і неякісних лікарських засобів.

Одним із шляхів оптимізації системи фармацевтичного забезпечення сільського населення є об'єднання і співпраця місцевих, регіональних, центральних регуляторних органів, громад, фармацевтичного бізнесу, реалізація принципів фармацевтичної опіки в сільській місцевості.

Висновки. Вирішення проблеми доступності лікарських засобів та виробів медичного призначення для жителів сільській місцевості потребує комплексного вирішення.

**СОЦІАЛЬНА ВІДПОВІДАЛЬНІСТЬ
БІЗНЕСУ В ФАРМАЦІЇ**

СОЦІАЛЬНА КОРПОРАТИВНА ВІДПОВІДАЛЬНІСТЬ ЯК ЛІДЕРСЬКА ПОЗИЦІЯ ФАРМАЦЕВТИЧНОЇ ВИРОБНИЧОЇ КОМПАНІЇ

Алекперова Н.В., Губар М.А.

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, м. Київ, Україна
aliekperova18@gmail.com

Будь-яка організація безпосередньо контактує із соціумом і надзвичайно важливо, щоб ця взаємодія приносила взаємну користь обом сторонам. Як відмічав Пітер Друкер: «кожна організація повинна виконувати певну соціальну задачу». Фармацевтичні компанії, продукція яких безпосередньо впливає на стан здоров'я та якість життя людей також повинні усвідомлювати важливість розвитку суспільства та громади. Безумовно, виробництво якісних, ефективних та безпечних ліків вже є реалізація соціальної програми фармацевтичної компанії, але на даний час цього вже замало: необхідно налагоджувати зв'язки зі всіма стейкхолдерами на ринку, піклуватися про розвиток добробуту у суспільстві тощо.

З метою визначення ступеню використання принципів корпоративної соціальної відповідальності в діяльності фармацевтичних підприємств, було проведено анкетування співробітників вітчизняної фармацевтичної виробничої компанії (м. Київ). Ця компанія за даними Helicopter View (щотижневик Аптека) посіла 7-ме місце за обсягом аптечних продажів товарів «аптечної корзини» в грошовому вимірі за підсумками 2018 року. В опитуванні прийняли участь 35 співробітників (менеджерів та спеціалістів). Більшість з них – це жінки віком 25-44 років, які працюють в компанії від 1 до 5 років, мають вищу медичну, фармацевтичну або економічну освіту.

Для того, щоб оцінити наскільки компанія дотримується соціальної корпоративної відповідальності, респондентам були задані відповідні питання. Так, 68,6% опитаних респондентів заявили, що в досліджуваній фармацевтичній компанії враховуються інтереси суспільства Решта відповіла

«скоріше так, ніж ні». При чому 85,7% співробітників впевнені, що діяльність їхньої компанії приносить користь суспільству і слід продовжувати в тому ж дусі (тобто більше докладати зусиль не потрібно). Деяко з ними не погоджуються 11,4%, які стверджують, робота їхньої компанії приносить користь суспільству, але варто робити набагато більше. Решта (2,9%) не такі однозначні, але підтримують думку, що діяльність їхньої компанії радше приносить користь, аніж ні. Жоден респондент не вважає, що компанія не приносить користь суспільству.

З огляду на такі результати закономірним було питання: «Чи має компанія додатково турбуватись про суспільство (громаду), де вона працює?» Думають, що має і, більше того, вважають це прямим обов'язком їхньої організації менше половини опитаних (37,1%). Майже половина (54,3%) підтримує тезу, що організація має піклуватись про суспільство, але це не є її прямим обов'язком. Не мають своєї думки з цього приводу тільки 5,7%.

Респонденти також висловили свою думку з приводу того, яким чином компанія могла би покращити життя нашого суспільства. Як свідчать результати дослідження найбільшу підтримку мають наступні ідеї: співпраця з навчальними закладами – близько 77% відмітили таку ініціативу, просвітницька робота серед суспільства (57,1%) та підтримка молодих науковців (51,4%). Очевидно те, що всі ці варіанти спрямовані переважно на підтримку талановитої молоді, що потенційно змогла би працювати у корпорації. Посередню підтримку мають пропозиції щодо популяризації науки, природоохоронних проектів і спонсорства проектів для молоді. Найменшу підтримку мають заходи, які вимагають залучення значних коштів: благодійність і зниження цін. Справжнім аутсайдером став варіант програми допомоги в зоні ООС.

Згідно з результатами проведеного аналізу в досліджуваній фармацевтичній компанії звертають увагу на соціальні проекти та розуміють їх важливість, особливо це стосується розвитку та підтримки талановитої молоді та науковців. Слід відмітити, що дотримання принципів корпоративної

соціальної відповідальності не тільки дозволить створити бажаний імідж та репутацію виробничих компаній у фармацевтичній галузі, а також дозволить їм стабільно та успішно розвиватися у довгостроковій перспективі та займати лідируючі позиції на ринку.

ВДОСКОНАЛЕННЯ МЕХАНІЗМУ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ЕФЕКТИВНОГО УПРАВЛІННЯ ПЕРСОНАЛОМ НА ПІДПРИЄМСТВІ

Гладкова О. В.

Національний фармацевтичний університет, м. Харків, Україна

olgladkova25@gmail.com

Вступ. В умовах загострення конкуренції головною умовою ефективності діяльності підприємства є забезпечення ефективності діяльності персоналу. Персонал завжди був і залишається головним ресурсом підприємства, а отже, і головним фактором формування та забезпечення його конкурентоспроможності. Як справедливо зазначається, персонал є детермінантою успішного функціонування будь-якої організації.

Механізм забезпечення ефективності управління персоналом в умовах ринкового господарювання суттєво впливає на забезпечення конкурентоспроможності підприємства та створення конкурентних переваг за рахунок раціонального використання інтелектуальних ресурсів і трудового потенціалу працівників. Незважаючи на значну кількість та накопичений досвід наукових розробок вітчизняних і зарубіжних учених щодо вдосконалення форм і методів кадрового менеджменту, більшість українських підприємств через брак висококваліфікованого управлінського персоналу та недостатньо гнучку й застарілу концепцію кадрової політики не встигають реагувати на швидкі зміни ситуації на ринку праці, нові вимоги до мобільної переорієнтації власного

інтелектуального потенціалу, впровадження сучасних технологій кадрової роботи як одного з дієвих виробничих процесів.

Мета даного дослідження полягає у розробці пропозицій щодо вдосконалення механізму управління персоналом на підприємстві.

Методами дослідження є системний підхід, метод групувань, метод фінансових коефіцієнтів тощо.

Основний матеріал дослідження. Проведений аналіз діяльності національних товаровиробників показав, що на більшості з них не приділяється достатньої уваги ефективності управління персоналом. Наслідком цього стає низький рівень кадрового та наукового потенціалу підприємств, що не забезпечує їх достатній розвиток, нераціональне використання робочої сили, низький рівень продуктивності праці.

Для розв'язання даної проблеми було запропоновано напрями вдосконалення механізму забезпечення ефективності управління персоналом, які базуються на засадах функціонального підходу з виокремленням організаційно-інформаційно-мотиваційних компонентів. Так, дані компоненти трансформуються в наступні напрями:

— організаційна компонента забезпечується за допомогою графу оптимального шляху забезпечення ефективності управління персоналом, побудова якого базується на використанні методології теорії графів;

— інформаційне забезпечення діяльності персоналу на основі системи інформаційного забезпечення автоматизації рутинних бізнес-процесів, визначення інтенсивності праці (положення про підрозділи й посадові інструкції), прозора система планування та бюджетування, а також упровадження інтелектуальних агентів для обміну інформацією управлінського персоналу;

— мотиваційне забезпечення відбувається за допомогою визначення мотиваторів та демотиваторів ефективності діяльності персоналу.

Управлінська діяльність потребує розробки нових прогресивних методів та механізмів забезпечення ефективності діяльності персоналу, які впливають

на діяльність підприємства в цілому та забезпечують підвищення продуктивності та результативності праці.

Основні результати дії механізму забезпечують:

- економічний та соціальний ефект;
- виявлення критичного шляху управління персоналом та його оптимізація;
- створення інформаційного забезпечення управління персоналом;
- модель мотиваційного механізму забезпечення управління персоналом.

Висновки та перспективи подальших досліджень. Отже, вважаємо, що використання наданих пропозицій дозволить виявити низку взаємопов'язаних бізнес-процесів, які мають найнижчу забезпеченість ефективністю управління персоналом. Дефрагментація цих процесів дає підстави для розробки заходів щодо підвищення рівня продуктивності праці персоналу на підприємстві. Це, у свою чергу, дозволить визначити пріоритети щодо вибору напрямів оптимізації функціонування механізму ефективного управління персоналом, який варто застосовувати з метою підвищення конкурентоспроможності національних товаровиробників.

ИЗУЧЕНИЕ РАЗВИТИЯ МЕРЧАНДАЙЗИНГА В АПТЕКАХ

Пузак Н. О., Мухаммадшокиров Х.

Национальный фармацевтический университет, г. Харьков, Украина

socpharm@nuph.edu.ua

Вступление. Увеличение числа аптечных учреждений, рост конкуренции и борьба за покупателя обусловили необходимость введения инноваций не только в производственный и технологический процесс аптек, но и в организационный. Правила выкладки товара на полках и в витринах аптек позаимствованы у розничных предприятий, которые реализуют товары широкого потребления. И хотя коммерческая деятельность аптек имеет свои

принципиальные отличия, ряд положений и общих правил мерчандайзинга используются ими при оформлении торгового зала.

Целью работы явилось изучение сущности мерчандайзинга и установление предпосылок его возникновения в торговой деятельности розничных аптек.

Материалы: работы и статьи научной литературы по маркетингу.

Методы: анализ научной литературы, сравнительный анализ.

Результаты исследований. Экономический словарь определяет понятие мерчандайзинг (англ. merchandising – повышение товарности) как подготовку товаров к продаже в розничной торговой сети: оформление торговых прилавков, витрин, размещение самого товара в торговом зале, представление сведений о товаре. Весь комплекс таких мероприятий позволяет сформировать у потребителей положительный импульс, направленный не только на покупку, а также и на создание имиджевого образа торговой марки в сознании покупателя. Правильное оформление торгового зала аптеки даст возможность покупателю выбрать рекламируемый товар при совершении первой покупки, повторно приобрести товар данной торговой марки, приобрести выгодно представленные товары при незапланированной покупке, быстро найти товар при незапланированной покупке, а также познакомиться с новыми марками товара.

При расположении лекарственных средств в торговом зале учитывается несколько факторов:

- оптимальное использование пространства торгового зала;
- оптимальное расположение товарных групп;
- расположение основных и дополнительных точек продажи;
- способы замедления потока покупателей.

Данные научной литературы подтверждают тот факт, что потребитель в своем выборе фармацевтического товара чаще всего доверяет провизору. И рекомендация, полученная непосредственно от специалиста, считается более убедительной и правильной. А если она подкреплена и внешним воздействием в виде сезонно оформленных витрин, читаемых ценников, корпоративных

блоков – это еще в большей степени повышает доверительность к работнику аптеки и к аптеке в целом.

Средства гигиены, детское питание и прочие товары аптечного ассортимента субъективно предпочтительнее покупать именно в аптеке. Аптека ассоциируется у потребителя с наличием большего контроля качества, действенностью средств, безопасностью, научной обоснованностью, высокой квалификацией персонала, более высокими морально-этическими принципами и другими аспектами, которые также говорят в пользу доверия применительно к аптеке. С использованием мерчандайзинга процесс покупки становится проще и приятнее: покупатель может сразу увидеть на витрине все товары и выбрать то, что в большей степени соответствует его потребностям.

Выводы. Таким образом, высокая доверительность к аптеке, а также значительный рост ассортимента вместе с высокой загруженностью провизоров, приводят к тому, что потребитель всё чаще вынужден самостоятельно принимать решение о покупке. Именно появление данного состояния у потребителя и явилось основной предпосылкой внедрения положений мерчандайзинга в аптеке.

**ОРГАНІЗАЦІЯ ФАРМАЦЕВТИЧНОЇ ДОПОМОГИ
В УМОВАХ НАДЗВИЧАЙНИХ СИТУАЦІЙ**

КЛЮЧОВІ ІСТОРИЧНІ ЕТАПИ СТАНОВЛЕННЯ САНАТОРНО-КУРОРТНОГО ЛІКУВАННЯ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ

Кучмістова О.Ф., Кучмістов В.О., Коноваленко Є.В.

Українська військово-медична академія, м. Київ, Україна

Helen.kuchmistoff@ukr.net

Україна завжди займала одне з провідних місць в Європі за рівнем забезпеченості цінними природними лікувальними ресурсами, використання яких для охорони здоров'я військовослужбовців та населення є раціональним. Тривалий час природний рекреаційно-ресурсний потенціал країни використовували понад 800 санаторно-курортних закладів, у яких щорічно проходило лікування понад 1 млн. людей [Радиш Я.Ф. та ін., 2012; Бриндіков Ю.Л., 2018; Парфіненко А.Ю., 2018]. Санаторно-курортні заклади, зокрема що знаходяться у підпорядкуванні Міністерства Оборони (МО) України, вважаються військовими частинами, на які покладено мобілізаційні завдання. На особливий період вони повинні перетворитися у військові госпіталі та використовуватися за призначенням [Автушенко І.Б., 2013].

Мета дослідження: на основі аналітичного, проблемно-хронологічного та історико-документального методів проаналізувати основні етапи становлення та розвитку системи санаторно-курортного лікування, визначили його роль у медичному забезпеченні військовослужбовців Збройних Сил (ЗС) України. Як показав літературний скринінг, зазначена проблема мало досліджена в українській історіографії, комплексні дослідження з даної теми відсутні.

Можливість використання природних сил природи з реабілітаційною метою з давніх часів привертала до себе увагу. Зародження санаторно-курортної справи відбулося в епоху Стародавнього Світу (IV ст. до н.е.-V ст.), початкові етапи її розвитку (організація приватних курортних готелів) датують VI-XV ст. [Крамаренко М.О., 2018]. Виявлено, що перші відомості щодо спроб організації відновлення боєздатності поранених і хворих в межах діючої армії відносяться до сер. XVIII ст. Під час Семирічної (1756-1763 рр.) та російсько-

турецької (1768-1774 рр.) війн у польових госпіталях, які супроводжували війська, вперше створюються команди тих, хто одужує. Саме ці команди відіграли вирішальну роль у поповненні російської армії, що діяла за кордоном, людськими резервами [Радиш Я.Ф. та ін., 2012]. Відомо, що у роки Кримської війни (1853-1856 рр.) проф. Пирогов М.І. включив грязелікування до реабілітаційної програми для поранених, що дало змогу значно скоротити терміни відновлення й поліпшити результати лікування [Автушенко І.Б., 2013].

Санаторно–курортне лікування військовослужбовців в Україні починається з 1920 р., офіційною датою створення перших військових санаторіїв на теренах країни вважають 1922 р. [Радиш Я.Ф. та ін., 2012; Автушенко І.Б., 2013]. Багатий і корисний досвід реабілітації поранених і хворих, набутий військовими лікарями російської армії, з успіхом був використаний військово-медичною службою СРСР під час Великої Вітчизняної війни (1941-1945 рр.). В означені періоди санаторії розвивалися переважно як спеціалізована установа з лікування бойової травми. Лікування проходили військовослужбовці, які отримали поранення в роки Першої – Другої світових війн, Громадянської війни та інших локальних конфліктів [Радиш Я.Ф. та ін., 2012; Мурадов С.В., 2014].

Друга половина ХХ ст. характеризувалася стрімким розвитком санаторно–курортної справи в радянських ЗС. Проходження реабілітації найбільш доступним було для старшого офіцерського складу та військових пенсіонерів. Практично кожне курортне місто Криму мало на своїй території військовий санаторій. Протягом повоєнного часу до відкритих ще в 1920-ті рр. військовим здравницям в Гурзуфі, Саках та Ялті додалися відомчі санаторії МО СРСР у Феодосії (1944 р.), Алушті (1959 р.), Євпаторії (1959 р.), Судаку (1962 р.), санаторій «Крим» (с. Партеніт) (1974 р.) переважно загальнотерапевтичного профілю [Соколова О.М. та ін., 2015; Бриндіков Ю.Л., 2018].

Характерною особливістю санаторно-курортного лікування в незалежній Україні є те, що воно базується на наукових засадах, впровадженні в практику досягнень медичних науково-дослідних закладів, лабораторій курортології, які

забезпечують методики лікувального процесу [Крамаренко М.О., 2018]. Сучасні унікальні комплексні реабілітаційні програми базуються на використанні курортних факторів санаторію: пелоїдотерапії, бальнеотерапії, апаратної фізіотерапії, лікувальної фізкультури, масажу, аероіонотерапії, озонотерапії, стоматологічної допомоги, рефлексотерапії, психотерапії, кліматотерапії, фітотерапії, дієтотерапії [Мінарченко В.М., 2014].

У 1991 р. на території нашої держави існувало 26 військових здравиць, а у 2011 р. залишилось тільки 10. Майже половина курортного запасу держави (47%) знаходиться в Одеській області. Донедавна реабілітаційна допомога надавалась на базі 240 курортних населених пунктів. Нажаль, внаслідок сучасної політичної ситуації, існуючими залишилось лише 47 з них. Загальна кількість ліжко-місць скоротилася вдвічі [Венкович Ю., 2012].

Згідно з чинним законодавством та результатами диспансеризації право на щорічне санаторно–курортне лікування мають 39 тис. військовослужбовців, понад 500 тис. ветеранів військової служби, членів їхніх сімей та працівників ЗС України. У той же час, тільки у МО України на санаторно-курортному забезпеченні знаходиться 1 млн. 183,4 тис. осіб, але через недофінансування, щорічно тільки 7% має можливість отримати санаторно-курортне лікування [Парфіненко А.Ю., 2018; Крамаренко М.О., 2018].

Висновки. Санаторно-курортне лікування – важлива й невід’ємна складова медичного забезпечення вітчизняних ЗС, проведення якого дає можливість досягати високої ефективності у справі всебічної реабілітації українських воїнів. Цьому сприяють наявні лікувальні ресурси та природні умови України, що дуже схожі до європейських. Виявлено, що реабілітаційна ланка проходить тернистий шлях розвитку і до сьогодні повністю не сформувалася з багатьох причин: як складної політичної ситуації, так і з помилками власної військової системи охорони здоров’я. Представлено фрагмент дослідження історичного системно-оглядового спрямування. Подальші пошукові роботи у вказаному напрямку вважаємо актуальними, особливо для потреб військової фармації в аспекті сучасних історичних подій.

**РОЗРОБКА ПЕРЕЛІКУ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ
ВІТЧИЗНЯНОГО ВИРОБНИЦТВА
ДЛЯ ПОТРЕБ МЕДИЧНОЇ СЛУЖБИ ЗБРОЙНИХ СИЛ УКРАЇНИ**

Хомуцька Н.І., Голуб А.Г., Скуратівська С.І., Маланіч А.В.

Українська військово-медична академія, м. Київ, Україна

homrufina@gmail.com

Підвищення доступності та покращення якості лікарської допомоги відноситься до пріоритетів військової охорони здоров'я. Тому особлива увага приділяється науковому відпрацюванню, плануванню та реалізації заходів, спрямованих на оптимізацію забезпечення лікарськими засобами військовослужбовців.

Сьогодні, в умовах стрімкої розбудови вітчизняного фармацевтичного ринку, розвитку української фармацевтичної промисловості та реформування Збройних Сил України постає завдання переосмислення основних організаційно-методичних принципів забезпечення лікувальних установ медичної служби Збройних Сил лікарськими засобами. Завдяки впровадженню стандартів лікування та раціонального використання лікарських засобів у медичної служби Збройних Сил з'являється можливість визначити реальну потребу в матеріальних, фінансових, кадрових та інших ресурсах, а також створити умови для об'єктивного контролю за ефективністю їх використання і якістю медичної допомоги. З метою оптимізації переліку та створення формулярних списків лікарських засобів для потреб медичної служби Збройних Сил України проводяться наукові та організаційні дослідження.

Метою нашого дослідження є провести аналіз фармацевтичного ринку для створення переліку лікарських засобів вітчизняного виробництва для потреб медичної служби Збройних сил України.

Особливістю сучасного фармацевтичного ринку України є значна залежність від імпорту, про що свідчить співвідношення наявних на ринку лікарських засобів вітчизняного виробництва та зарубіжних препаратів. Але

для раціонального використання фінансових ресурсів та з метою знизити залежність військово-медичної служби від інших країн-виробників лікарських засобів, доцільно визначити перелік лікарських засобів вітчизняних виробників, що задовольнили би потреби військовослужбовців, як в мирний час, так й в особливий період.

Для досягнення поставленої мети планується виконати наступні завдання:

- вивчити сучасний стан фармацевтичного ринку України;
- вивчити можливості вітчизняної фармацевтичної промисловості;
- вивчити нормативні документи, що встановлюють номенклатуру лікарських засобів для потреб медичної служби Збройних сил України;
- проаналізувати джерела наукової літератури про теоретичні основи проведення маркетингових досліджень та визначити методи й алгоритм проведення маркетингових досліджень;
- розробити форму для збору даних про вітчизняних виробників лікарських засобів;
- провести аналіз фармацевтичного ринку України з вивчення вітчизняних виробників лікарських засобів;
- провести аналіз асортименту лікарських препаратів вітчизняного виробництва на основі контент-аналізу довідкової літератури;
- систематизувати та створити базу даних вітчизняних виробників лікарських засобів за різними показниками:
 - їх асортименту за анатомо-терапевтичною-хімічною класифікацією та лікарськими формами;
 - чи здійснюють вони виробництво оригінальних або генеричних лікарських засобів;
 - виробничі можливості;
 - наявність у виробників сертифікатів відповідності вимогам належної виробничої практики;
 - цінова політика;
 - територіальне розташування тощо;

- визначити, чи можемо ми створити перелік лікарських засобів для потреб медичної служби Збройних Сил України тільки за рахунок вітчизняних виробників, чи потрібно деякі фармакотерапевтичні групи залишити імпортованими;
- створити перелік лікарських засобів вітчизняних виробників, що максимально задовольнили би потреби медичної служби Збройних Сил України;
- розглянути можливість використання ресурсів вітчизняних фармацевтичних виробників в особливий період.

Для вирішення проблем покращення лікарського забезпечення військовослужбовців необхідно вирішувати комплекс завдань, що постають перед медичною службою Збройних Сил: це й удосконалення нормативно-правової бази, удосконалення норм постачання з врахуванням рівня та структури захворюваності військовослужбовців, порядку та стандартів медичної допомоги, вивчення клінічної та економічної доцільності використання конкретних лікарських засобів тощо.

Підвищення ефективності лікарського забезпечення військовослужбовців неможливо без реалізації дійових заходів організаційного характеру, забезпечення їх нормативно-правової упорядкованості, оптимізації асортиментної політики і конструктивного вирішення проблем фінансових витрат на закупку лікарських засобів. Це дозволить використовувати при прийнятті управлінських рішень об'єктивних даних, оптимізувати витрати грошових засобів, що буде сприяти підвищенню ефективності медичного забезпечення військовослужбовців.

Використання ресурсів вітчизняних виробників для надання медичної допомоги військовослужбовців дозволить раціонально використовувати матеріальні та трудові ресурси. Також з іншого боку, наявність та зростання попиту медичної служби Збройних Сил України на лікарські засоби вітчизняного виробника та замовлення з їх боку буде сприяти мотивуванню розвитку вітчизняної фармацевтичної промисловості.

ІСТОРИЧНІ АСПЕКТИ МЕДИЧНОГО ПОСТАЧАННЯ У СИСТЕМІ ЛОГІСТИЧНОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ВІЙСЬК (СИЛ)

Шматенко О.П., Білоус М. В., Голуб А. Г., Хомуцька Н. І.

Українська військово-медична академія, м. Київ, Україна

maryvictory@ukr.net

Вступ. Військова логістика була та залишається предметом численних досліджень, як зарубіжних, так і вітчизняних вчених. Історичний досвід військових дій підтверджує, що логістика є важливою та визначальною частиною бойового успіху на всіх етапах еволюційного розвитку військової науки. Разом з тим, особливої уваги у системі логістичного забезпечення військ (сил) потребує їх медичне забезпечення. Адже мета медичного забезпечення збройних сил завжди полягала у збереженні життя і здоров'я військовослужбовців, своєчасному та ефективному наданню медичної допомоги у разі поранень, уражень і захворювань, якнайшвидшого відновлення боєздатності та працездатності в різних умовах їх застосування та в різні періоди часу. Саме тому, питання медичного постачання, як невід'ємної складової частини медичного забезпечення збройних сил в цілому, на сьогодні є актуальними та потребують належного вивчення.

Мета роботи полягає у вивченні історичних аспектів медичного постачання у системі логістичного забезпечення військ (сил).

Методики дослідження. Для досягнення мети дослідження було проведено аналіз закордонної і вітчизняної наукової літератури. Методами дослідження є інформаційний пошук, порівняння, систематизація, аналіз, синтез та моделювання.

Основний матеріал дослідження. Узагальнення великої кількості зарубіжних та вітчизняних наукових джерел надає можливість охарактеризувати етапи еволюційного розвитку військової логістики від її зародження, висвітлити детальні описи логістичних процесів та подій у минулих війнах, а також здійснити аналіз цих явищ. Разом з тим, проведений

ретроспективний аналіз світових досліджень з питань медичного забезпечення збройних сил дав змогу виокремити три основні принципи медичного постачання (рис. 1) у системі логістичного забезпечення військ (сил).

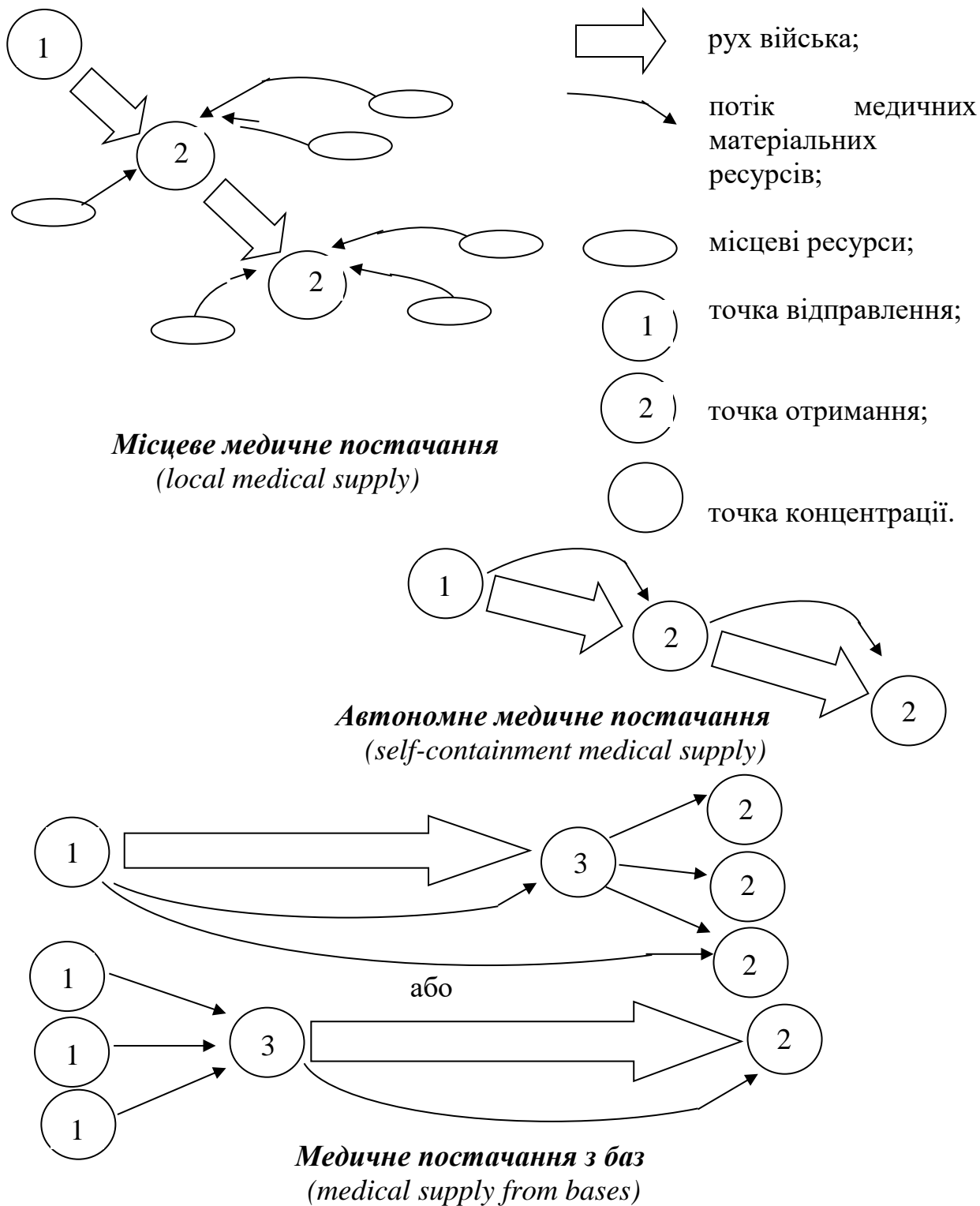


Рис. 1. Основні принципи медичного постачання у системі логістичного забезпечення військ (сил) в історичному аспекті проведення військових операцій

Місцеве медичне постачання (отримання медичних ресурсів на шляху до театру воєнних дій (ТВД) на території супротивника за рахунок захоплених ресурсів) було характерною особливістю часів античності. Місцеві цілителі тих часів використовували лікарські засоби рослинного, тваринного та мінерального походження у різних лікарських формах: порошки, пілюлі, настоянки, відвари, мазі. Особливо широким був вибір лікарських засобів рослинного походження. Так, найбільш відомий та легендарний лікар Стародавньої Індії Сушрута залишив описи 760 лікарських рослин, деякі з яких не вивчені навіть сьогодні. Головними з країн античного Середземномор'я, які вплинули на розвиток медичних і фармацевтичних знань, були Греція и Стародавній Рим.

Відповідно до досліджень військових вчених, ідея повної незалежності від зовнішніх джерел медичного постачання – **автономне медичне постачання**, належала Олександру Македонському. Він був одним з перших, хто практикував цей варіант військової логістики – переміщення матеріальних ресурсів з собою, використовуючи кораблі як “плавучі склади”. Керуючи своєю армією за ретельно відібраними маршрутами, ніколи не віддаляючись від берега моря, він використовував кораблі безперервно, в якості джерела постачання, в т. ч. медичного забезпечення. Пізніше, виникнення перших аптек суттєво вплинуло на якість та ефективність здійснення медичного постачання військ. У 15 – 16 сторіччі згадуються переліки “цілющих засобів” в найбільш розвинутих державах Європи – Англії, Італії, Франції. У цей час був створений опис ліків “аптека обозова” (похідна аптека), в якому містилося 160 найменувань лікарських засобів для забезпечення військових формувань.

Отже, перші два варіанти реалізації військової логістики були також основними принципами медичного постачання військ (сил) до середини дев'ятнадцятого століття.

Промислова революція створила передумови для появи третього принципу – **медичного постачання з баз** (доставка медичних матеріальних ресурсів до військових частин з тилу). Зокрема, один із значущих результатів

цієї революції – це потяг, який стали використовувати у військових цілях. Що мало вплив на способи реалізації військової логістики, і як результат, медична техніка та майно могли бути відправлені з тилу на фронт, на відстані і на швидкостях, які ніколи досі не були можливими. Таким чином, транспортні засоби стали основою для логістичного зв'язку між тилом та ТВД. Ця основа була доповнена новим наслідком технологічного прогресу – довгостроковими, надійними системами зв'язку і сучасними комп'ютеризованими засобами інформації для підтримки прийняття рішень. Це поліпшило здатність безперервно забезпечувати збройні сили всіма видами матеріально-технічних засобів. У тому числі і медичною технікою та майном, що впливало на здатність здійснювати якісне медичне забезпечення в повному обсязі. Отже, нові технологічні розробки сприяли відповідним змінам у логістичних потребах військ (сил).

Висновки. Таким чином, становлення та розвиток військової логістики разом з системою медичного постачання збройних сил відбувались у тісному взаємозв'язку з вдосконаленням медичних та фармацевтичних знань, а також з розвитком і впровадженням інформаційних та інших новітніх технологій. На підставі теоретичного узагальнення даних наукової літератури було вивчено історичні аспекти та визначено основні принципи медичного постачання у системі логістичного забезпечення військ (сил).

Отже, сучасна військова фармація має глибокі традиції та величезний досвід багатьох поколінь фармацевтичних працівників. Знання цих традицій, урахування історичного досвіду – невід'ємна умова якісного та ефективного вирішення наукових і практичних завдань, які постають перед військовим провізором за сучасних умов розвитку та реформування Збройних Сил України.

**СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ
ФАРМАЦЕВТИЧНОЇ ДІЯЛЬНОСТІ**

ОСОБЛИВОСТІ СОЦІАЛЬНОЇ РОЛІ ПРОВІЗОРА (ФАРМАЦЕВТА) В СУЧАСНИХ УМОВАХ

Міщенко О. Я., Осташко В. Ф.

Національний фармацевтичний університет, м. Харків, Україна

clinpharmacol_ipksph@nuph.edu.ua

Наприкінці ХХ століття у практичній фармації відбулися зміни які сприяли переходу від суто торгової діяльності провізорів (фармацевтів) до медичної складової. Сьогодення вимагає забезпечення запитів та потреб споживачів медичних послуг, включаючи і медичних працівників, не тільки на фармацевтичні і парафармацевтичні товари, а і на науково-консультативні послуги з питань вибору найбільш ефективних і безпечних лікарських засобів (ЛЗ), порядку їх придбання, зберігання і використання з урахуванням клінічних ситуацій і особливостей пацієнтів. Фармацевтична допомога повинна бути професійною, висококваліфікованою, своєчасною та доступною.

На сьогодні основні особливості фармацевтичного обслуговування висвітлені у «Належній аптечній практиці» (Good Pharmacy Practice – GPP). Її вимоги вказують на те, що найголовнішим для провізорів (фармацевтів) повинна бути турбота про пацієнта, а основою фармацевтичної діяльності є не тільки торгівельна складова, але й надання необхідної інформації та порад відвідувачеві аптеки, контроль за ефектами від наданих ЛЗ і порад; раціональне і економне призначення ЛЗ і правильне їх використання, а також пропаганда здорового способу життя.

Дотримання цих вимог потребує значних «ідеологічних» змін фармацевтичної практики. Бо провізор (фармацевт) повинен бути професіоналом своєї справи, а саме враховувати не тільки економічні чинники своєї діяльності, а і мати можливість впливати на рішення пацієнта про застосування ЛЗ; володіти необхідною інформацією про сучасні аспекти захворювань, використовувати ЛЗ тощо.

Мета дослідження: з'ясувати особливості розподілу соціальних ролей у фармацевції відносно її становлення як самостійного соціального інституту, який має значний вплив на здоров'я і якість життя людей.

Сучасні національні стандарти фармацевтичної допомоги повинні створити умови для того, щоб фармацевтичні працівники мали законну можливість не тільки займатися механічним відпуском ЛЗ, але дійсно бути носієм спеціалізованих знань, радником медичних працівників та пацієнтів.

Розширення ролі фармацевтів у громадській охороні здоров'я має супроводжуватися переглядом законодавчих актів, а також вдосконаленням системи підготовки кадрів і системи безперервної післядипломної освіти. Основними вимогами до соціальної ролі надавача фармацевтичних послуг є: інформованість про основні ЛЗ; особливості перебігу та схеми лікування найбільш поширених захворювань; володіння основами раціонального застосування ЛЗ і правилами проведення фармацевтичної опіки медичних працівників, пацієнтів та їх представників; контроль за інформацією, що надходить від виробника ЛЗ через їх представників і рекламу; вміння інформувати населення з питань профілактики захворювань; інформувати медичних працівників про асортимент ЛЗ, взаємозамінність, терапевтичні ефекти, несумісність та з інших питань; вміння надавати першу долікарську допомогу; консультувати споживачів з нормативно-правових питань, що регламентують споживання та заміщення ЛЗ, про їх права і обов'язки тощо. Але неостанньою для працівника фармацевції є і торгова складова його діяльності, а саме: закупівля, зберігання, роздрібна і оптова реалізація готових ЛЗ і субстанцій, імунобіологічних препаратів, виробів медичного призначення, парафармацевтичної продукції та інших товарів, що реалізуються через фармацевтичну мережу; фасовка субстанцій для лікувально-профілактичних закладів (ЛПЗ), здійснювана у рамках фармацевтичної діяльності; відпуск населенню і представникам ЛПЗ, готових ЛЗ, імунобіологічних препаратів, виробів медичного призначення за безкоштовними і пільговими рецептами і вимогами ЛПЗ; інформування державних органів, які здійснюють контроль і

нагляд за фармацевтичною діяльністю, про кількісний і якісний аспекти фармацевтичної діяльності; інформування виробників ЛЗ про споживання медикаментів і потреби фармацевтичного ринку.

Маючи значний обсяг різноманітних соціальних ролей у своїй трудовій діяльності сучасний спеціаліст практичної фармації в умовах фармацевтичного ринку, що швидко розвивається, повинен вільно володіти теорією та практикою соціальних ролей в фармації і вміти швидко адаптуватися до нових функцій, які покладаються на нього. Ця діяльність спрямована на добровільну зміну суспільних відносин між державою, бізнесом, лікарем та провізором (фармацевтом) заради збереження здоров'я пацієнта.

Працівник практичної фармації в сучасних умовах покликаний до зменшення ступеню недовіри пацієнтів до системи охорони громадського здоров'я, що сприятиме зниженню частоти невідповідального самолікування, неконтрольованого вживання ЛЗ, хронізації захворювань, сприятиме підвищенню усвідомлення споживачами можливих негативних наслідків самолікування, наприклад таких, як розвиток резистентності мікроорганізмів до антибактеріальних препаратів при їх нераціональному застосуванні тощо. Пацієнти повинні отримувати якісну, доступну, своєчасну фармацевтичну допомогу і сучасний професіонал практичної фармації повинен мати всі можливості її вчасного та ефективного надання. Зважаючи на вкрай негативні статистичні показники стану здоров'я населення в Україні, є дуже важливим регулювання взаємовідносин держави і фармацевтичного бізнесу, медичних і фармацевтичних працівників, провізора (фармацевта) і пацієнта або його представника.

Таким чином, соціальні ролі сучасного працівника практичної фармації повинні повною мірою охоплювати не тільки його торгівельно-економічну діяльність, а і обов'язково включати здійснення фармацевтичної опіки; участь у системі фармаконагляду; надання консультативної допомоги відвідувачам аптеки з питань відповідального самолікування та попередження й профілактики захворювань.

АНАЛІЗ ТЕНДЕНЦІЙ ОПЛАТИ ПРАЦІ ФАХІВЦІВ ФАРМАЦІЇ В УКРАЇНІ

Мороз С.Г.

Національний фармацевтичний університет, м. Харків, Україна

m.sg@ukr.net

Вступ. Фармацію можна віднести до числа непростих галузей на ринку праці України. З одного боку, ця галузь одна з найбільш активних за кількістю вакансій, з іншого, конкуренція роботодавців у цій сфері належить до найвищих. У той же час у сфері фармації (як і у всій системі охорони здоров'я) недостатньо визначено та нечітко простежується зв'язок між витратами праці фармацевтичних працівників і їх кінцевими результатами, внаслідок чого робота працівників аптек має яскраво виражений соціальний характер, яка в той же час не підлягає точній кількісній оцінці.

Мета дослідження – проаналізувати основні тенденції оплати праці фармацевтичних працівників в Україні.

Методики дослідження. Аналіз статистичних даних, графічний метод.

Основний матеріал дослідження. Вважається, що фармацевтична галузь серед галузей економіки на рівні з авіаційною та фінансовою однією з найбільш оплачуваних. У той же час треба відмітити певні, іноді суттєві, відмінності у рівнях заробітної плати всередині самої галузі, оскільки фармація представлена кількома сферами діяльності: виробництвом (промисловістю), оптовою та роздрібною реалізацією лікарських засобів.

Нами розглянуто середні рівні заробітної плати по Україні в цілому за період 2014-2018 рр. та працівників фармацевтичної галузі, а саме аптечних та працівників, зайнятих у виробництві основних фармацевтичних продуктів і фармацевтичних препаратів (рис. 1).

Державний комітет статистики зазначає, що найвищу середню заробітну плату в промисловості України упродовж усього 2018 р. отримували саме працівники фармацевтичної галузі: від 15435 грн. у січні до 18075 грн. – у грудні.

Зокрема, середня зарплата виробників фармацевтичної продукції була вищою, ніж середня у металургів та виробників метвиробів (січень – 9685 грн, грудень – 11808 грн) та середня зарплата шахтарів (відповідно 10978 грн та 13127 грн).

Існує великий розрив у середніх рівнях оплати праці в фармацевтичних фахівців, зайнятих у промисловості та в аптечних працівників. Так, у 2014 р. заробітна плата на фармзаводах була вищою, ніж в аптеках на 75 %, у 2015 р. – на 167 %, у 2016 р. – на 143 %, у 2017 р. – на 161%, у 2018 р. – на 166%.



Рис. 1. Динаміка середньої заробітної плати в Україні та фахівців фармацевтичної промисловості, 2013-2018 рр.

Щорічний приріст заробітної плати у фармацевтичній промисловості становив у середньому 2778 грн., за досліджувані 5 років середній темп приросту склав 28%. В аптечних працівників щорічний приріст оплати праці у середньому становив 780,1 грн., а темп приросту за 5 років – 15%.

Висновки. Проведене дослідження показало, що існує величезний розрив між рівнями заробітної плати фахівців фармацевтичної промисловості, зайнятих у виробництві та в аптечних закладах, причому не на користь останніх. У середньому оплата праці у фармацевтичній промисловості в 2,6 рази перевищує такий показник в

аптеках. Це свідчить про знецінення роботи аптечних працівників, відкриття надмірно великої кількості аптек, де основною статтею витрат, на якій можна проводити економію та збільшувати прибутковість, є оплата праці працівників. Крім того, дуже низький рівень оплати праці в аптечних установах може вказувати на приховування частини фонду оплати праці («тіньова» заробітна плата) в аптеках з метою зниження оплати ЄСВ.

АНАЛІЗ ДЖЕРЕЛ МОТИВАЦІЇ СПЕЦІАЛІСТІВ ФАРМАЦІЇ

Толочко В.М., Артюх Т.О., Зарічкова М.В., Музика Т.Ф., Адонкіна В.Ю.

Національний фармацевтичний університет, м. Харків, Україна

Uef-ipksf@nuph.edu.ua

Вступ. Сучасний варіант мотивації спеціалістів фармації (СФ) формується під впливом глобалізації й інтеграції новітнього інформаційного простору, швидко змінюваних соціокультурних особливостей суспільства та обставин функціонування сучасного ринку, що вимагає від керівництва аптечних закладів (АЗ) своєчасної адаптації системи управління персоналом до нових умов й вимог та визначення сучасних джерел мотивації СФ.

Мета дослідження полягала у визначенні джерел мотивації СФ в рамках їх взаємодії з АЗ як запоруки створення системи адаптивного управління персоналом АЗ, та основи для подальшого формування профілів джерел мотивації СФ.

Методики дослідження. Для досягнення мети використали сучасні методи дослідження, серед яких для збору даних – соціологічні методи (анкетування) та особисті спостереження, для їх обробки – методи кабінетного та аналітичного аналізу, логічного, типологічного угруповання та порівняння.

За основу було обрано опитувальник «Motivation Sources Inventory» – MSI, авторів – Джона Барбуто (John Barbuto) і Річарда Сколла (Richard Scholl),

який було адаптовано для визначення джерел мотивації СФ з урахуванням специфіки їх діяльності. Так, особистим дослідженням діяльності СФ опрацьовано 1940 анкет СФ, які були представниками 23 областей України.

Основний матеріал. З огляду на те, що мотивація – динамічне явище, в анкеті для СФ зроблений акцент на основні джерела мотивації як фундаментальні особистісні утворення СФ. Всього для аналізу було обрано п'ять таких джерел, дослідження яких дозволяє удосконалити систему управління персоналом АЗ через мотивацію:

1. *Внутрішні процеси:* бажання отримувати задоволення від процесів діяльності.

2. *Інструментальна мотивація:* бажання зовнішніх винагород (оплата, премії, соціальні гарантії, пільги тощо).

3. *Зовнішня концепція Я:* бажання прийняття і підтримки своїх рис, компетентностей та цінностей з боку інших співробітників, референтної групи та колективу АЗ в цілому.

4. *Внутрішня концепція Я:* бажання відповідності СФ власним стандартам рис, компетентностей та цінностей.

5. *Інтерналізація мети:* бажання СФ до досягнення цілей, відповідних присвоєним, що стали внутрішніми, цінностям.

За кожним з пунктів СФ було запропоновано дати відповідь за семибальною шкалою від « – 3 » до « 3 ». Так за результатами анкетування отримали середньозважені результати за зазначеною бальною шкалою: внутрішні процеси – 9; інструментальна мотивація – 14; зовнішня концепція Я – 11; внутрішня концепція Я – 10; інтерналізація мети – 6.

Висновки. З отриманих результатів видно, що найбільший вплив на діяльність СФ мають фактори мотивації, в основі яких лежить джерело – інструментальна мотивація, тобто бажання отримання зовнішніх винагород, зокрема фінансових (різноманітних доплат, премій соціальних гарантій, пільг тощо). Друге та третє місця, мають приблизно однакові показники 11 і 10, що відповідно розподілились між бажанням прийняття і підтримки своїх рис,

компетентностей та цінностей з боку інших співробітників, референтної групи та колективу АЗ в цілому та бажанням відповідності СФ власним стандартам рис, компетентностей та цінностей.

У подальшому отримана інформація може бути використана для розробки комплексу заходів з мотивації СФ як основа прийняття рішень для задоволення потреб та стимулювання праці з подальшим формуванням профілів джерел мотивації СФ в залежності від різних факторів: віку, статі, стажу роботи, географічного регіону тощо. Крім того, виявлення джерела мотивації, а не конкретної потреби чи фактору мотивації СФ, дозволить керівництву АЗ в залежності від наявних коштів, часу, організаційної культури, стадії розвитку АЗ та інших чинників обирати найоптимальніший спосіб для задоволення потреб, що належать до одного і того ж джерела мотивації СФ.

МОДУЛЯЦИЯ СТРЕССОУСТОЙЧИВОСТИ ПРОВИЗОРОВ-ИНТЕРНОВ В УСЛОВИЯХ ПОВЫШЕННЫХ ИНТЕЛЛЕКТУАЛЬНЫХ НАГРУЗОК ЭФИРНЫМ МАСЛОМ АПЕЛЬСИНА

Цубанова Н.А., Пляка Л.В.

Национальный фармацевтический университет, г. Харьков, Украина

tsubanova19@gmail.com

Одной из важных граней при формировании акмеологических инвариантов профессионализма является моделирование стрессоустойчивости у провизоров-интернов. Профессиональная подготовка провизоров-интернов в современных условиях требует повышенной активности психических процессов и значительного напряжения физиологических функций. Любая учебная деятельность, в том числе на этапе последипломного образования (ПО), сопряжена с переработкой и усвоением большого количества информации, нервно-эмоциональным напряжением. Особенно важным является повышение

стрессоустойчивости провизоров–интернов в условиях повышенных интеллектуальных нагрузок (модульный контроль, тестирование, экзамены).

Цель работы: изучить ольфакторное воздействие эфирного масла апельсина на стрессоустойчивость провизоров-интернов в условиях повышенных эмоциональных нагрузок.

Материалы и методы. В исследовании приняли участие 48 провизоров-интернов, проходящих обучение на базе ИПКСФ НФаУ, юношей – 6, девушек – 42, в возрасте 22 – 25 лет, которые были разделены на две группы. Первая группа (экспериментальная) n= 28, во время проведения занятия и прохождения тестирования по изученному материалу, подвергалась ольфакторному воздействию эфирного масла апельсина, вторая группа (контрольная) n= 20 выполняла все задания без воздействия эфирного масла.

Когнитивно-эмоциональные показатели в условиях повышенной интеллектуальной нагрузки (тестирования по изученному материалу) оценивали по результатам профильного тестирования (% правильных ответов); для изучения влияния на умственную работоспособность в условиях стресса использовали модифицированный тест «Корректирующая проба» с корректируемыми таблицами А.Г. Иванова-Смоленского, выполнение которого позволяет оценить концентрацию внимания, утомляемость, темп психомоторной деятельности, работоспособность и устойчивость к монотонной деятельности, требующей постоянного сосредоточения внимания; психо-эмоциональное состояние изучали с помощью методики Дембо-Рубинштейн в модификации А.М. Прихожан по таким показателям, как: общее состояние, самочувствие, настроение, психологическая напряженность (шкала напряженность-расслабленность), работоспособность (шкала разбитость-работоспособность), бодрость (шкала вялость-бодрость), внимательность (шкала рассеянность-внимательность). Все результаты были обработаны статистическим анализом с помощью StatPlus – программы статистического анализа, версия 6. AnalystSoft Inc.

Результаты и их обсуждение. Информативным показателем усвоения и способности воспроизведения учебного материала является тестирование.

Каждый из испытуемых должен был ответить на 30 тестов разных уровней сложности, охватывающих пройденный материал по клинико-фармакологическим особенностям разных групп лекарственных препаратов, взаимодействию препаратов друг с другом и с пищей. Для контрольной группы показатель правильных ответов составил $72,3 \pm 5,48$ %. Группа которая подвергалась воздействию эфирного масла апельсина правильно ответила на $80,1 \pm 6,72$ % тестов. Анализ тестов, позволил установить, что выраженная тенденция роста правильных ответов у провизоров-интернов экспериментальной группы, свидетельствует в первую очередь о повышении концентрации внимания и более спокойном прохождении, тестирования, так как ошибки в контрольной группе часто были связаны с невнимательным прочтением задания.

При анализе корректурной пробы установлено, что ольфакторное воздействие эфирного масла апельсина достоверно увеличило производительность интернов (высокая производительность: количество просмотренных знаков 2014 ± 34), тогда как для контрольной группы этот показатель находился в диапазоне 1560 – 1780 просмотренных знаков (удовлетворительная производительность). Также в группе аромокоррекции эфирным маслом апельсина на 32% провизорами–интернами было меньше допущено ошибок.

О повышении стрессоустойчивости при воздействии эфирного масла апельсина свидетельствуют результаты проведенной методики Дембо-Рубинштейн в модификации А.М. Прихожан. По всем шкалам (шкала напряженность-расслабленность; шкала разбитость-работоспособность, шкала вялость-бодрость, шкала рассеянность-внимательность) можно сделать вывод, что вдыхание эфирного масла апельсина повышает субъективное ощущение бодрости, но при этом спокойствия (расслабленность), увеличивает самоощущения работоспособности и внимательности.

Выводы. Результаты исследования показали, что ольфакторное воздействие эфирного масла апельсина повышает стрессоустойчивость провизоров–интернов в условиях интеллектуальных нагрузок во время учебно-

познавательного процесса, позитивно влияет на когнитивные и психоэмоциональные показатели. Таким образом, воздействие эфирного масла апельсина можно рассматривать как эффективный инструмент актуализации акмеологических инвариантов профессионализма.

ДОСЛІДЖЕННЯ МОТИВАЦІЙНИХ ПРОФІЛІВ ПРАЦІВНИКІВ ФАРМАЦЕВТИЧНОЇ ОРГАНІЗАЦІЇ

Чмихало Н. В., Карпенко Л. А.

Національний фармацевтичний університет, м. Харків, Україна,

socpharm@nuph.edu.ua

Вступ. Ефективне функціонування і соціальний розвиток суб'єктів фармацевтичного ринку забезпечується формуванням належних індивідуальних і колективних матеріальних стимулів. При цьому важливим фактором посилення трудового потенціалу фармацевтичної організації має стати особиста зацікавленість працівників, що заснована на можливості задоволення своїх соціальних і фізіологічних потреб.

Метою даної роботи стало виявлення мотиваційних профілів персоналу роздрібної ланки фармацевтичного ринку.

Матеріалами дослідження виступили теоретичні розробки вітчизняних теоретиків і практиків фармації в сфері мотивації персоналу.

Методи дослідження: логічний і системний аналіз, метод анкетування і статистичної обробки даних.

Результати дослідження. Діагностику та побудову мотиваційних профілів персоналу аптечних закладів ми проводили з використанням концепції Герчикова В. І., основні позиції якої дозволяють сформулювати індивідуальний і груповий мотиваційні профілі працівників, що допомагає керівнику організації розробляти мотиваційні програми в стратегічній перспективі. Базою дослідження

виступила мережа аптек міста Харкова (Україна), респондентами стали провізори із загальною чисельністю 200 осіб. За результатами проведеного дослідження виявлено такі мотиваційні профілі працівників: *інструментальний тип* (основа – матеріальна винагорода за працю) – **55%**, *професійний типаж* (основа – професіоналізм, самостійність, самореалізація) – **15%**, *патріотичний тип* (основа – соціальна відповідальність) – **8%**, *господарський типаж* (основа – максимальна самостійність, суверенітет) – **4%**, *люмпенізований працівник* (основа – уникнення та мінімізації своїх трудових зусиль) – **18%**.

Висновки. Отримані мотиваційні профілі провізорів не можна визнати ідеальними, оскільки має місце наявність 18% люмпенізованих працівників, що для аптечної мережі виступає у якості негативного фактору при досягненні ринкових цілей, в тому числі реалізації тактичних і стратегічних планів. Відповідно, потрібне певне коригування кадрової політики як на етапах підбору, оцінки, навчання та мотивації персоналу, так і на етапах індивідуального професійного зростання працівників та їх ротації.

NEW EDUCATIONAL PROGRAMME «CLINICAL SURVEY MANAGEMENT»

Sumets A.M., Kozyrieva E.V.

National University of Pharmacy, Kharkiv, Ukraine,

sumets.alexander@gmail.com

yakakos74@gmail.com

Introduction. Currently, the pharmaceutical industry in Ukraine is in a leading position. However, international competition continues to attack the national pharmaceutical market. Experts assert that in the domestic market of registered pharmaceuticals about one third of medicine is of Ukrainian production, while the rest is a foreign one. Therefore, strengthening competitive position of Ukrainian

pharmaceutical companies on the market is a very important task. And it is clear that competing in this sector of economy can only be due to the quality medicines production. However, it should be also noted that the quality of drugs largely depends on well-organized and conducted clinical studies.

Main material. Clinical survey is an integral part of the drug development process. Clinical survey is able to establish the level of drugs quality and their effectiveness. Considering this, statement that the quality of medicines depends on the quality of clinical survey is fair [3-5]. The latter, in turn, depends largely on the proper level of planning and organizing clinical survey [1; 2].

The absolute guarantee of high-quality clinical survey of drugs is the availability of specialists with appropriate managerial education and management skills in health care institutions, contract research organizations and the pharmaceutical sector enterprises. This is the basis for organizing preparation of candidates for a master's degree in clinical research management in the new educational and professional program "Clinical Survey Management", which belongs to the "Management and Administration" field of study, the specialty "Management".

The purpose of this educational and professional programme:

- is preparation of highly qualified specialists who are capable of performing high quality functions of planning, organizing, monitoring;
- who comply with the ethical aspects of clinical research;
- effectively manage financial, material and information resources, project team in healthcare institutions, contract research organizations and pharmaceutical enterprises.

The competitive advantages of the programme consist in the uniqueness and originality of its educational component. The latter consists of management courses and disciplines that provide specialized fundamental knowledge for organizing, planning and monitoring clinical research. The practical part of the programme is strengthened by the introduction of two types of practice into the curriculum: work practice and pre-diploma practice. The management of these practices will be carried out simultaneously by two specialized departments: the Department of Clinical

Pharmacology and Clinical Pharmacy and the Department of Management and Administration.

The programme in question is the first and unique one in Ukraine, which provides an opportunity to implement an individual approach to each applicant for education, organize a convenient training schedule, get full-time or distance education and internships in research sites, contract research organizations, clinical research departments of domestic and foreign pharmaceutical companies. And yet, despite this, it should be understood that the listed competitive advantages can be created only if qualified specialists are involved in its implementation. Given the potential of the National Pharmaceutical University, it can be noted that the teaching academic disciplines within the program will be carried out by highly qualified specialists, health professionals and business representatives.

One of the further important points, forming the competitive advantages of the programme is that it ensures the applicant getting of state diploma of higher education and guarantees for further employment. In other words, the specialist trained to work in clinical research management, pursuant to the National Classification of Economic Activities of Ukraine, may hold a primary position by the professional titles of the qualification group “Managers (managers) in the health care industry” characterized by specific professional competences in accordance with the object of activity in the field of clinical research.

Conclusion. Every educational programme, as of today, claims to be unique, having its own peculiarities. In this case, they are as follows: development of social communications, formation of analytical skills in working with large databases, professional training in clinical research management, systematic exchange of practical experience between applicants and heads of healthcare institutions, pharmaceutical companies, organizations and, in particular, faculty of the National Pharmaceutical University.

To sum up, it should be noted that persons with higher medical, pharmaceutical or biological education, as well as practical experience in the relevant fields will be admitted to study this program.

References

1. Мелихов О. Г. Клинические исследования. М. : Атмосфера 2013. 200 с.
2. Козирєва О.В., Зупанець І. А., Сумець О. М., Добрава В.Є. Напрями удосконалення менеджменту освіти в Україні // Менеджмент та маркетинг у складі сучасної економіки, науки, освіти, практики : матеріали VII Міжнар. наук.-практ. конф., 21 бер. 2019 р. / редкол. : В. В. Малий та ін. Харків : Нац. фармац. ун-т, 2019. С. 15-17.
3. Campbell MK, Snowdon C, Francis D, Elbourne D, McDonald AM, Knight R, Entwistle V, Garcia J, Roberts I, Grant A, STEPS group: Recruitment to randomised trials: strategies for trial enrolment and participation study. The STEPS study. Health Technol Assess. 2007, 11 (48): iii-ix- 105.
4. Campbell MK, Snowdon C, Francis D, Elbourne D, McDonald AM, Knight R, Entwistle V, Garcia J, Roberts I, Grant A, STEPS group: Recruitment to randomised trials: strategies for trial enrolment and participation study. The STEPS study. Health Technol Assess. 2007, 11 (48): iii-ix- 105.
5. Farrell B, Kenyon S, on behalf of the UK Trial Managers' Network: A Guide to Efficient Trial Management [<http://www.tmn.ac.uk/guide.htm>].

ASSESSMENT OF COMPETITIVENESS OF THE PHARMACY BASED ON EXTERNAL COMPETITIVE ADVANTAGES

Zhadko S.V., Assi Ali

National University of Pharmacy, Kharkiv, Ukraine

svzhadkopharm@gmail.com

The competitiveness of the pharmacy can be determined as ability to get an advantage in the current market situation in order to increase turnover and obtain maximum profit. For successful activity at the market, a pharmacy needs to attract

new customers and to retain existing customers. To do this, the pharmacy should have certain indisputable competitive advantages for clients.

The purpose of the paper is to assess the competitiveness of the pharmacy and develop recommendations for its improvement. To assess the competitiveness of the pharmacy we used survey and expert assessments and graphical and mathematical method. In developing the marketing strategy of the pharmacy, a SWOT-analysis of the strengths and weaknesses, threats and opportunities of the enterprise was carried out. On the basis of the survey, pharmacy clients were segmented; the most popular additional services and the most valuable advantages of the pharmacy from the point of view of consumers were identified. The integral indicator of competitiveness of the pharmacy based on external competitive advantages was calculated. According to consumer estimates, it was 3.8 points (75.2 % of the maximum possible value); according to pharmacists' estimates it was 4.3 points (86.0 % of the maximum possible value). Evaluation of the competitiveness of the pharmacy was also carried out with graphical and mathematical method. According to the visitors, the competitiveness indicator of the pharmacy is 51.1 (68.1 % of the maximum possible value), according to the pharmacists' estimates it is 59.8 (79.8 % of the maximum possible value). SWOT-analysis of the pharmacy revealed strengths and weaknesses, threats and opportunities to improve its competitiveness; one of opportunities is the creation and strengthening of personalized relationships with customers, which requires the implementation of CRM-systems.

**ФАРМАЦЕВТИЧНА ІНФОРМАЦІЯ –
СУЧАСНИЙ СТАН ІНФОРМАЦІЙНОГО
ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ФАРМАЦЕВТИЧНОЇ ДІЯЛЬНОСТІ**

АНАЛІЗ РОЛІ ФАРМАЦЕВТИЧНОЇ ІНФОРМАЦІЇ У СИСТЕМІ ФАРМАЦЕВТИЧНОГО МАРКЕТИНГУ

Суріков О.О., Сурікова І. О., Горіздра І.А.

Національний фармацевтичний університет, м. Харків, Україна

socpharm@nuph.edu.ua

Вступ. Інформатизація суспільства – це створення високоорганізованого інформаційного середовища, яке обумовлює вирішення всього комплексу завдань, що постали перед суспільством.

Даючи загальну оцінку процесам інформатизації, що відбуваються у світі, можна стверджувати, що сьогодні в основному реалізуються традиційні підходи до інформатизації, які полягають у розвитку національних і корпоративних комп'ютерних мереж; створенні інформаційних порталів та баз даних; вдосконаленні телекомунікаційної інфраструктури; розширенні сфери використання web-технологій.

Інформатизація населення має велику роль у розвитку суспільства, завдяки ній досягається високий рівень обслуговування, відкритість джерел достовірної інформації та її візуалізація.

Метою дослідження є аналіз ролі фармацевтичної інформації у системі фармацевтичного маркетингу.

Методи дослідження. У роботі були використані методи узагальнення інформації, анкетування, логічний, аналітичний та метод групування.

Основні результати. З метою виявлення основних властивостей інформації для якісного фармацевтичного обслуговування населення нами проаналізовано інформаційні мережі, фармацевтичні та медичні форуми, а також проведено анкетування працівників аптечної мережі «911».

За результатами опитування 172 фармацевтичних працівників нами сформовані наступні вимоги до інформації: доказовість та доступність визначили 38% усі опитаних, обґрунтованість – 26%, об'єктивність та повнота інформації – 17 % та 14 % відповідно, оперативність становить 5%.

Провівши аналіз інтернет-ресурсів, у тому числі одного із найпопулярніших магазинів мобільних додатків Google Play, нами виділено ТОП-5 найпопулярніших додатків у фармації, кожен з яких має свої особливості, що представлені в таблиці 1.

Таблиця 1

Аналіз ТОП-5 додатків фармацевтичного профілю

Назва додатку	Основні функції	Оцінка в Google Play (max=5)	Кількість скачувань
Ліки Контроль	Пошук аналогів та інструкцій до ЛЗ; контроль реєстрації ЛЗ в Україні та документів про його заборону; розроблено на запит Держлікслужби України	4,7	50000+
Ваш провізор	Довідник ЛЗ та інструкцій, графік прийому ЛЗ та нагадування, перевірка; перевірка на достовірність ЛЗ	3,7	50000+
Аналоги ліків	Пошук дорогих ЛЗ та їх дешевих аналогів	4,7	1000000+
Моя аптечка	Довідник ЛЗ з функцією пошуку ЛЗ за симптомами, а також інформацією про ціни	4,4	100000+
Medisafe	Нагадування про прийом ЛЗ відповідно до інструкції	4,6	1000000+

Встановлено, що за допомогою даних додатків можна дізнатися усі подробиці про лікарські засоби (ЛЗ), а саме: перевірити, чи включені препарати у програму «Доступні ліки» та до Національного переліку основних лікарських засобів, проаналізувати вартість препарату, ознайомитися з інструкціями до застосування ЛЗ, перевірити серії ЛЗ, заборонених до продажу, отримувати нагадування про прийом ліків, стежити за вагою, тиском, рівнем глюкози в крові та іншими показниками здоров'я.

За результатами аналізу мобільних додатків у фармації нами проведено їх групування за функціями, що наведено у таблиці 2.

Таблиця 2

Підходи до групування мобільних додатків за їх функціями

Група	Функції	Приклади мобільних додатків
Довідники лікарських засобів	- ознайомлення з інструкціями ЛЗ; - пошук аналогів до діючій речовині	«Ліки Контроль»; «Аналоги ліків»; «Моя аптечка»; «tabletki.ua»
Мобільні додатки для пошуку ЛЗ в аптеках	- пошук ЛЗ за наявністю та ціною; - пошук найближчої аптеки	«GeoApteka»; «Ваш провізор»; «tabletki.ua»
Мобільні додатки, що контролюють якість ЛЗ	- контроль терміну придатності та строку реєстрації ЛЗ; - перевірка якості ЛЗ	«Ліки Контроль»; «Ваш провізор»
Мобільні додатки, що сприяють раціональній фармакотерапії	- персональний контроль фармакотерапії	«Medisafe»; «Ваш провізор»

Зокрема, нами виділено такі групи як довідники ЛЗ; додатки для пошуку ЛЗ в аптеці; додатки, що контролюють якість ЛЗ та додатки, що сприяють раціональній фармакотерапії. Важливо також відмітити те, що деякі додатки виконують декілька функцій одночасно.

Разом з тим у маркетинговій політиці фармацевтичних компаній використовуються також й інші інформаційні технології, зокрема, QR-кодування, e-mail-розсилка, контекстна реклама, інтернет-брендинг, вірусний маркетинг та медійна реклама.

Висновки. Таким чином, у ході дослідження нами встановлено основні вимоги до фармацевтичної інформації з позицій фармацевтичних працівників необхідні для якісного фармацевтичного обслуговування населення. За результатами аналізу мобільних додатків фармацевтичного профілю, нами

розроблено підходи до групування додатків за їх функціями, а також визначено інформаційні технології, що застосовуються у маркетинговій політиці фармацевтичних компаній.

**ANALYSES OF THE INFORMATION TECHNOLOGIES DEVELOPMENT
IN HEALTH AND PHARMACEUTICAL PROVIDING
OF THE POPULATION**

Zhirova I.V., Tereshchenko L.V., Kalaycheva S.G.

National University of Pharmacy, Kharkiv, Ukraine

socpharm@nuph.edu.ua

So-called "mobile health technologies" and "mobile technologies of pharmaceutical services" are becoming increasingly popular at the present stage of the development of information technologies. They significantly expand access to diagnosis, medical and pharmaceutical care for patients, which contributes to a significant reduction in health care and pharmaceutical costs.

The main **aim** of our research was the analysis of the world experience of the introduction of modern information products into the organization of medical and pharmaceutical care to the population at the outpatient level with a sufficient level of patient compliance.

Methods of research are historical, logical, comparative, deductive and others.

The materials of the research are presented by the data of the special literature, as well as the reports of leading analytical companies on the research of the modern market of information technologies in health care.

Basic results. The mHealth market has been formed in the economically developed countries of the world (US, European Union, Japan) by the end of 2015 and includes medical and pharmaceutical gadgets, mobile devices, software, services that allow doctors and pharmacists to receive information from them and make

responsible decisions based on its processing. At present, the total number of available "mHealth-applications" already exceeds 20 thousand. The number of downloads of these programs is almost 50.0% of the total number of downloads of all mobile applications. In turn, only 40.0% of applications have less than 5 thousand downloads. According to the structure and degree of activity, all mobile applications used in the health and pharmaceutical provision of the population can be divided into the groups: patients and physical activity managers ("Fitness" – 36.0%); Lifestyle and Stress Management ("Lifestyle & Stress" – 17.0%); managing the questions of proper nutrition, rational use of medicines and food ("Diet & Nutrition" – 12.0%); consultations and services on the provision of specific diseases treatment, sympathetic complexes, pathological conditions ("Disease Specific" – 9.0%); problems arising during pregnancy, nursing of children, women's health as a whole (7.0%); questions of the correct reception of medicines and features of their storage (6.0%); information on health care providers and the system of pharmaceutical supply of the population, health insurance (2.0%); other issues (11.0%).

Conclusions. The experience of the modern information technology market developing for healthcare in economically developed countries should be effectively used in the process of domestic healthcare reforming, especially with regard to the rational use of medicines and improving the quality of life of patients by expanding the use of preventive medicine.

АЛФАВІТНИЙ ПОКАЖЧИК

Абдыкаримов И.Д.	83	Громовик Б.П.	116, 171, 192, 206, 236, 246
Адонкіна В.Ю.	299	Губар М.А.	274
Александрова О.О.	105	Датхаев У. М.	55
Алекперова Н.В.	274	Дацко А.Й.	33
Аллауи Ахмед	124	Дзенгелєвські Я. К.	222
Артюх Т.О.	299	Дильбарханова Ж. Р.	55
Баглай Т. О.	147	Довжук В. В.	186
Байгуш Ю.В.	218	Елофір А.	119
Бегайдарова Р.Х.	38	Ельмаатуї О.	241
Бездітко Н.В.	220	Євсєєва Л.В.	139
Бердник О. Г.	266	Жаботинська Н.В.	180
Березняк А. О.	186	Жадько С. В.	227
Бєляєва О.І.	178	Жирова І.В.	197
Білоус М.В.	64, 288	Зайцева Ю. Л.	253
Бобко М.В.	33	Зарічкова М.В.	299
Бобуляк В.В.	264	Заяць М. М.	121, 230
Богдан Н.С.	154	Зубченко Т. Н.	124
Бойко А.А.	98	Искакова С.А.	92
Бойко А.І.	98	Казакова І.С.	46
Болдарь Г.Є.	100	Калайчева С.Г.	197
Винник О. В.	136	Калько К. О.	256
Волкова А.В.	14, 176, 222, 225	Кандул Алі	227
Воскобойнікова Г. Л.	186	Капсалямова Э.Н.	92
Гаврилюк Я.Д.	195	Каравелкова Ю. С.	178
Гавриш Н.Б.	222	Карпенко К.І.	139
Гадяк І.В.	116	Карпенко Л. А.	304
Гала Л.О.	189	Кашута В. Є.	142
Гемай Я.О.	225	Кіреєв І.В.	180
Герасимова О. О.	250	Коляда В.В.	127
Гладкова О. В.	276	Коноваленко Є.В.	282
Голопихо Л.І.	252	Коновалова Л.В.	127
Голуб А. Г.	285, 288	Корж Ю.В.	14, 166
Гончаренко Н.В.	64, 270	Костюк І.А.	252
Горбаньов В.В.	74	Косяченко К.Л.	195, 252
Горіздра І.А.	312	Котвіцька А.А.	14, 74, 232
Горілій І. В.	266	Крикун В. В.	250
Гриньків Я.О.	104	Кубарева І.В.	14, 74, 100, 129, 139, 253

Кузнецова К. Г.	227	Парфьонова І.І.	213
Кузяк І.В.	105	Півень О.П.	238
Кульчицька Г.І.	235	Плахотнік Ю. В.	227
Куриленко Ю.Є.	258	Пляка Л.В.	301
Кучмістов В.О.	282	Подколзіна М.В.	258
Кучмістова О.Ф.	282	Посилкіна О.В.	131, 163
Лебедин А.М.	157	Прокопенко О.С.	232
Лебединець В.О.	46	Проскурова Я.О.	139
Левицька О.Р.	160	Пузак Н. О.	278
Литвинова Е.В.	131	Раджабов У.Р.	113
Лиходій Я.П.	220	Рогова О.Г.	213
Лісек Ярослав Марцін	133	Рогозян О. А.	136
Лісна А.Г.	163	Рогуля О. Ю.	133
Лосева І.В.	38, 83	Романько Т.А.	166
Маланіч А.В.	285	Рябова О. О.	142
Малініна Н.Г.	209	Сагайдак-Нікітюк Р.В.	109
Марків Н. В.	98	Самандаров Н	113
Матвійчук М.Є.	236	Самборський О.С.	169
Мельник І.О.	230	Свирида А.Г.	160
Мірошнікова І. О.	206	Семенів Д.В.	218, 264
Міщенко В. І.	136	Семченко К.В.	119
Міщенко О. Я.	256, 294	Скुरатівська С.І.	64, 270, 285
Мнушко З.М.	213	Слизькоуха О. О.	171
Мороз С.Г.	297	Слободянюк М.М.	169
Музика Т.Ф.	299	Сокурєнко І.В.	260
Мухаммадшокиров Х.	278	Стригіна М.О.	157
Наврузова Г. Ф.	113	Султонов Р.А.	113
Назаренко А. С.	186	Суріков О.О.	312
Назаркіна В.М.	258	Сурікова І.О.	14, 312
Наим Хинд	124	Таїрова К. Е.	55
Немченко А.С.	136, 258	Терещенко Л.В.	197
Ноздріна А.А.	129	Тімофєєв С.В.	107
Образенко М.С.	105	Ткаченко І.В.	238
Овакімян О.С.	14	Ткачова О.В.	241
Овчаренко О.С.	241	Толочко В.М.	299
Озійчук В.С.	121	Трутаєв С.І.	109
Олійник О.В.	176	Трутаєва Л.М.	109
Осташко В. Ф.	294	Унгурян Л.М.	178
Павленко Ю. С.	186	Феденько С.М.	264
Панфілова Г.Л.	154, 260	Ханик Н.Л.	235
Панькевич О.Б.	192	Хименко С.В.	260

Хомутецька Н. І.	270, 285, 288	Zhadko S.V.	308
Хрущ І.Я.	33	Zhakupbekov K.S.	244
Цубанова Н.А.	301	Zhirova I.V.	315
Цурикова О.В.	144		
Черкашина А.В.	14, 111		
Чернега А.С.	111		
Чернічко І. М.	253		
Чернуха В.Н.	260		
Чмихало Н. В.	304		
Шаповалов В. В.	55		
Шаповалова В. А.	55		
Шершньова С. С.	250		
Шматенко О.П.	288		
Шунькіна С.Є.	246		
Юсуфи С. Дж.	113		
Юхта Л.О.	127		
Яковлева Л. В.	147, 266		
Янковская Е. В.	38		
Assi Ali	08		
Berzhanova M.I.	244		
Eiben H.S.	200		
Harag T.	27		
Kalaycheva S.G.	315		
Кауурова F.E.	172		
Korzh Ju. V.	149		
Koval A.Ya.	151		
Kozyrieva E.V.	305		
Kuandyk K.M.	244		
Kubarieva I. V.	181		
Minárik P.	27		
Mináriková D.	27		
Nemchenko A.S.	201		
Neryivoda O.M.	151		
Oleynikova N.V.	149		
Pilyuha L.V.	181		
Podgaina M.V.	201		
Ryvak T.B.	151		
Samat S.S.	172		
Sumets A.M.	305		
Tereshchenko L.V.	315		

Наукове видання

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

**МАТЕРІАЛИ
V МІЖНАРОДНОЇ НАУКОВО-ПРАКТИЧНОЇ
ІНТЕРНЕТ-КОНФЕРЕНЦІЇ**

**25-26 квітня 2019 року
м. Харків**

Формат 60 × 84/16. Ум. друк. арк. 20. Тираж 50 пр. Зам. № 19.

Видавництво Національного фармацевтичного університету
Україна, 61002, м. Харків, вул. Пушкінська, 53
Свідоцтво суб'єкта видавничої справи ДК №3420 від 11.03.2009 р.

Надруковано з готових оригінал-макетів у друкарні ФОП Азамаєв В. Р.
Єдиний державний реєстр юридичних осіб та фізичних осіб-підприємців.
Запис № 24800170000026884 від 25.11.1998 р.
Свідоцтво про внесення суб'єкта видавничої справи до державного реєстру
видавців, виготівників і розповсюджувачів видавничої продукції.

Серія ХК № 135 від 23.02.05 р.
м. Харків, вул. Познанська 6, к. 84, тел. (057) 362-01-52
e-mail: bookfabrik@mail.ua