

ISSN 0367 – 3057

ФАРМАЦЕВТИЧНЫЙ ЖУРНАЛ

1
1995

РЕДАКЦІЙНА КОЛЕГІЯ

О. І. АБРАМОВА (головний редактор), А. Л. БОЙКО, Є. Є. БОРЗУНОВ, В. О. БОРИЩУК, Н. М. БОГДАНОВ, В. Г. ВАРЧЕНКО, О. П. ВІКТОРОВ (заступник головного редактора), В. П. ГЕОРГІЄВСЬКИЙ (заступник головного редактора), Г. С. ГРИГОР'ЄВА, О. М. ГРИЦЕНКО, Т. А. ГРОШОВИЙ, Ю. І. ГУБСЬКИЙ, О. П. ГУДЗЕНКО, В. С. ДАНИЛЕНКО (науковий редактор), С. І. ДІХТИЯРЬОВ, В. П. ДЕМЧЕНКО, Б. С. ЗІМЕНКОВСЬКИЙ, В. М. КАШПЕРСЬКА, Т. В. КОВАЛЬЧУК, О. І. КЛІМОВ (заступник головного редактора), О. Ф. КРАМАР (заступник головного редактора), І. П. КРУЦЕНКО, В. П. КУХАР, В. Ф. ЛАХНО, В. І. ЛИТВІНЕНКО, М. О. ЛОЗИНСЬКИЙ, Н. І. М'ЯКУШКО (відповідальний секретар), О. Г. ОМЕЛЬЧЕНКО, Ю. В. ПАВЛЮК, І. М. ПЕРЦЕВ, В. В. ПОСТОЛЬНИК, Т. Д. ПОПОВА, М. С. ПОНОМАРЕНКО (заступник головного редактора), Р. Г. ПРИМАК (відповідальний секретар), К. М. СІТНИК, О. В. СТЕФАНОВ (заступник головного редактора), О. І. ТИХОНОВ, В. Я. ХОМЕНКО, В. П. ЧЕРНИХ (заступник головного редактора), Н. І. ШАРИКІНА (заступник головного редактора), О. В. ЩЕРБАК

РЕДАКЦІЙНА РАДА

В. Г. БАБ'ЯК, О. І. ГРИЗОДУБ, І. М. ГУБСЬКИЙ, С. М. ДРОГОВОЗ, М. О. КАЗАРІНОВ, Т. Г. КАЛЕНЮК, Ф. А. КОНЄВ, Р. С. КОРИНЮК, В. П. КРАМАРЕНКО, В. В. КУЗЬМЕНКО, А. П. ЛЕБЕДА, О. І. ЛУЙК, М. О. ЛЯПУНОВ, Н. П. МАКСЮТИНА, Н. Ф. МАСЛОВА, Ф. І. МАМЧУР, О. О. МАРТИНОВСЬКИЙ, Р. О. БЕРЯК, Б. Л. ПАРНОВСЬКИЙ, О. А. ПАХОМОВА, В. В. ПЕТRENKO, В. І. ПРОКОПІшин, М. А. ЛІТОШЕНКО, Л. О. СЕМИКІНА, В. П. СОБОЛЕВСЬКИЙ, В. П. СТРИЙ, А. Л. СЯТИНЯ, Ф. П. ТРІНУС, І. С. ЧЕКМАН, А. В. ЧУБЕНКО, З. М. ШЕХОВЦОВА



Киулонг-Київ

СП «КИУЛОНГ-КИІВ», будучи дистрибутором фармацевтичних виробничих об'єднань «Польфа» Жешув, «Біоком», «Еспефа», «Фармаком» (Польща), «Шварц-Фарма» (Німеччина), «Антибіотик» АД (Болгарія), представляє нові оригінальні препарати, зареєстровані в Україні

НОРМАТЕНС®

NORMATENS

Склад	Клораміду 5 мг, дигідроергокристину 0,5 мг, резерпіну 0,1 мг
Властивості і дія	Норматенс є гіпотензивним засобом. Застосовується при всіх видах первинної і вторинної гіпертонії
Дозування	Звичайно застосовують спочатку одне драже на день, що здебільшого приводить протягом п'яти днів до припинення симптомів, а в період 2—3 тижнів — до нормального тиску. При тривалому лікуванні вживають по одному драже на день
Упаковка	20 драже
Виробник	Жешувський фармацевтичний завод «Польфа», Польща

ФАРМАЦЕВТИЧНИЙ ЖУРНАЛ

№ 1

Двомісячний
науково-практичний журнал
ЗАСНОВАНИЙ 1928 р.
СІЧЕНЬ — ЛЮТИЙ
1995 • Київ
Видавництво «ЗДОРОВ'Я»

ЗМІСТ

ПРОБЛЕМИ РОЗВИТКУ НАРОДНОЇ МЕДИЦИНІ

- Поканевич В. В., Козлов А. Г., Марушевський Г. Б. Проблеми розвитку народної медицини в Україні 3

У ФАРМАКОЛОГІЧНОМУ КОМІТЕТІ МОЗ УКРАЇНИ

Повідомлення Фармакологічного комітету МОЗ України № 8

- Шарикіна Н. І. Про доповнення до «Положення про реєстрацію зарубіжних лікарських засобів в Україні» 10

У ФАРМАКОПЕЙНОМУ КОМІТЕТІ МОЗ УКРАЇНИ

- Георгієвський В. П. Питання якості при реєстрації лікарських засобів 23

АКЦІОНЕРНО-КОМЕРЦІЙНЕ ТОВАРИСТВО «МЕДІМПЕКС»

- Ніколенко Е. Я., Бабак О. Я., Грунченко М. Н. Про міжнародний симпозіум «Новий угорський препарат «Квамател» у медичній практиці» 31

ПРО ОРГАНІЗАЦІЮ ЛІКАРСЬКОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ НАСЕЛЕННЯ НА РЕГІОНАЛЬНОМУ РІВНІ

- Богданов М. М. Управління фармацевтичною службою Сумської області за сучасних умов 34

АПТЕЧНІ ЗАКЛАДИ І РИНКОВА ЕКОНОМІКА

- Парновський Б. Л. Шляхи керованого роздержавлення аптечної мережі зі збереженням державного контролю лікарського забезпечення населення України 36

- Парновський Б. Л., Заліська О. М., Рязанова К. І., Яцкова Г. Ю. Про хід та перспективи економічних реформ в аптечному господарстві 38

- Парновський Б. Л., Дацко А. І., Тупіс І. А., Рязанова К. І., Валдаєва О. О. Нові напрямки наукових досліджень з організації та економіки фармації 41

- Хмелевська С. С., Комар В. С., Комар О. А. Чи стане аптека за умов ринку лише торговельним закладом? 42

- Пономаренко М. С. Аптека сьогодні і завтра 45

МЕНЕДЖМЕНТ І МАРКЕТИНГ

- Мнушко З. М., Каложна Н. М., Омельченко Н. М. Дослідження інформаційних потреб керівників працівників аптек 49

- Мнушко З. М., Гусарова О. П., Боярко О. М., Каложна Н. М. Особистість керівника і колектив аптеки 54

- Гром О. Л., Громовик Б. П. Тенденції ринку косметичних засобів за кордоном 59

- Словник термінів ринкової економіки 64

ФІТОТЕРАПІЯ

- Дранік Л. І., Долганенко Л. Г., Аммосов О. С. Фітотерапія сьогодні 67

ОРИГІНАЛЬНІ СТАТТІ

- Максютіна Н. П., Пилипчук Л. Б., Лукачина В. В. Вивчення взаємодії кверцетину з глюкозою у водних розчинах 75

- Петюнін Г. П., Дмитрієвська Ж. В., Фофана С. Синтез та біологічна активність сполук на основі бензоілгідразиду щавлевої кислоти 78

Мазур І. А., Дунаєв В. В., Синяк Р. С., Коваленко С. І., Белінічев І. Ф., Носаченко В. І., Соколова Н. В., Іванова Д. В. Антиоксидантна активність по- хідних (3,4-дигідрохіназоліл-3-ОН-4) карбонових кислот	82
Шаповалова В. О., Василенко Л. Ю. Вивчення основ алкалойдів, похідних фенантренізохіноліну	85
Корчагіна Л. М., Кабачний П. І., Зінченко О. А. Фізико-хімічна характеристика антиферментного препарату з насіння ярового рапсу (ріпака)	88
Калашникова Л. Є., Метелиця Л. О. Лейкоцити як модель для первинного скринінгу фізіологічно активних речовин	90
РОБОТИ МОЛОДИХ УЧЕНИХ	
Дутка Н. М. Синтез, властивості та антимікробна дія 4-α-нафтілтіосемі- карбазонів	93
Тимошук О. П., Кабачна А. В., Ткачук З. А. Аналіз структури викликів швидкої медичної допомоги до дітей	96
ДО ПИТАННЯ СПІВРОБІТНИЦТВА ЗАКЛАДІВ ФАРМАЦЕВТИЧНОЇ ГАЛУЗІ З ПРОВІДНИМИ ФАРМАЦЕВТИЧНИМИ ФІРМАМИ СВІТУ	
Швейцарська фірма СІБА	100
СЕМІНАРИ, КОНФЕРЕНЦІЇ, ВИСТАВКИ	
Щербак О. В. «Фармакологія-94». III міжнародна спеціалізована виставка медичних препаратів	102
Вікторов О. П., Щербак О. В. Міжнародна спеціалізована виставка «Охоп- рона здоров'я-94»	104
Щербак О. В. Досягнення фармакологів — ендокринологам СП «Киулонг-Кіїв»	106
	108
ЛІКИ ТА ХВОРІЙ	
Вікторов О. П., Передерій В. Г., Щербак О. В. Іжа та ліки	110
ЮВІЛЕЙ	
ЗАКОНОДАВСТВО УКРАЇНИ, ДІЮЧІ НОРМАТИВНІ ДОКУМЕНТИ, ЯКІ РЕГЛАМЕНТУЮТЬ ДІЯЛЬНІСТЬ ПІДПРИЄМСТВ І ЗАКЛАДІВ ФАРМАЦЕВТИЧНОЇ ГАЛУЗІ	
Про внесення змін і доповнень до закону Української РСР «Про захист прав споживачів»	116

РЕДАКЦІЯ ВДЯЧНА СПОНСОРАМ, ЯКІ ПОДАЮТЬ ФІНАНСОВУ ДОПОМОГУ У ВИДАННІ ЖУРНАЛУ

Аптека № 35 м. Києва (заснована Е. М. ШАПОВАЛОВА), Нав-
чально-виробнича аптека Львівського медичного інституту (заснована
канд. фармац. наук, доц. В. С. КОМАР), Київська аптечна база «Фар-
мація» (заснована Я. А. БУРКОВСЬКИЙ), Запорізьке (генеральний
директор В. П. ДЕМЧЕНКО), Одеське (генеральний директор
Е. О. ЖАЛКО), Рівненське (генеральний директор В. В. СИНЯК), Сум-
ське (генеральний директор М. М. БОГДАНОВ), Чернівецьке (гене-
ральний директор Я. В. АНДРІЙЧУК) обласні ВО «Фармація», Луган-
ське обласне державне комунальне підприємство «Фармація» (генераль-
ний директор О. П. ГУДЗЕНКО), Одеське орендне підприємство «Фар-
мація» (генеральний директор К. В. ЄВТУШЕНКО), Науково-вироб-
ниче об'єднання «Фарматрон», м. Запоріжжя (президент акад. І. А. МА-
ЗУР), Харківська фармацевтична фірма «Здоров'я» (генеральний дирек-
тор В. О. ЗАБОЛОТНИЙ), Львівський медичний інститут (проректор
акад. Б. С. ЗІМЕНКОВСЬКИЙ), Державний науковий центр лікар-
ських засобів (директор акад. В. П. ГЕОРГІЄВСЬКИЙ), Одеський
лікувально-фармацевтичний центр.

ПРОБЛЕМИ РОЗВИТКУ НАРОДНОЇ МЕДИЦИНІ

УДК 614.27

В. В. ПОКАНЕВИЧ, канд. мед. наук, А. Г. КОЗЛОВ, д-р мед. наук,
Г. Б. МАРУШЕВСЬКИЙ

ПРОБЛЕМИ РОЗВИТКУ НАРОДНОЇ МЕДИЦИНІ В УКРАЇНІ

Українська асоціація народної медицини

Народна медицина існує стільки, скільки існує їй сама людина Homo sapiens. Лікарські рослини, костоправство, різні замовляння, знахарство та інші засоби завжди допомагали хворим в усіх країнах і в усі часи. Деякі напрямки народної медицини, які давали найбільш радикальний ефект, вийшли вперед і були покладені в основу таких сучасних спеціальностей, як хірургія, терапія, акушерство та гінекологія, фармакологія тощо. Проте збереглися й народні методи, як більш безпечні і менш шкідливі для здоров'я.

Важливо пам'ятати, що ідеальним станом системи охорони здоров'я країни є такий, при якому загальний рівень культури здоров'я населення забезпечував би самостійну профілактику, а професійна медична допомога надавалася б лише у складних і загрозливих випадках. Поняття культури здоров'я не рівноцінне поняттю медичної освіти. Офіційна медицина значною мірою технологізована і розглядає людину як «матеріал» своєї діяльності. Вона орієнтована скоріше на хворобу, ніж на хворого. Культура здоров'я близьче до поняття «народна медицина», тому що народна медицина — це сукупність усіх знань і практичних методів, які мають традиції, перевірені досвідом багатьох поколінь, це — індивідуальний підхід, це — надання переваги натуропатичним засобам, це — скоріше мистецтво, ніж наука або виробництво.

Ще Ф. Бекон говорив, що «медицина, яка не базується на філософії, не може бути надійною». Перевірена тисячоліттями надійність народної медицини пов'язана з філософією цілісності (холізму), тобто з більш широким поглядом на хворого як на індивідуума, що має фізичні, соціальні, психологічні, моральні та духовні особливості, а не тільки хворобу. Це — «екологічний» підхід не лише до хворої, але і до здорової людини. Він розглядає не ізольовану людину з її проблемами здоров'я, а враховує вплив на людину найрізноманітніших факторів навколоїншого середовища. Такий підхід дає можливість кращого розуміння проблем оздоровлення і пропонує нові ефективні методи лікування.

І сьогодні очевидно, що необхідна консолідація сил народних цілителів і офіційної медицини. Прорив в організації медичної допомоги і оздоровленні населення країни можливий швидше всього на шляху інтегративного синтезу народної і офіційної медицини. Особливо важливо це в період економічної кризи, яка торкнулася і охорони здоров'я. Є ще один аспект цього питання, який мав на увазі О. С. Пушкін, що цілком слушно зауважив: «Повага до минулого — це та риса, яка відрізняє освіченість від дикунства». Зрозуміло, що зневага до історичних коренів сучасної медицини не пасує цивілізованим державам.

Зростання інтересу до народної медицини відбувається практично в усіх країнах світу. Так, гомеопатичний метод лікування використовують у своїй практиці 42 % лікарів Англії, 35 % лікарів Німеччини. В Китаї народна й офіційна медицина йдуть пліч-о-пліч. В Єгипті і Судані ведуться широкі наукові дослідження лікарських рослин. У Болгарії добре розвинена фітотерапія.

В Україні народна медицина знаходиться в періоді ренесансу. З кожним днем зростає кількість людей, які допомагають хворим, використовуючи традиційні народні методи. Відкриваються численні лікувально-діагностичні кабінети відповідного профілю. Причин цьому немало. Серед них і кризовий стан клінік, що не дає можливості надати

повноцінну допомогу хворим методами офіційної медицини, і зникнення ідеологічних та бюрократичних бар'єрів на шляху удосконалення системи охорони здоров'я республіки, і багато іншого. Методи народної медицини виходять з небуття ще й тому, що ейфорія від можливостей європейської медицини часто змінюється тривогою. Серед її причин і алергія від ліків, і далеко небезпечний вплив наркозу, і несумісність лікарських препаратів, і їх побічна дія, яка подекуди повністю перекриває лікувальний ефект.

Відродження народної медицини — ознака зростання національної самосвідомості. Коли йдеться про відродження України, це означає, що насамперед необхідно розвивати саме ті напрями діяльності, які притаманні українському етносу. Тільки коли Україна почне розвиватися і економічно, і політично, і в соціальному відношенні не за чужою моделлю, а за свою, коли Українська держава буде вчитися на прикладі західних держав, але жити згідно із своїми законами і традиціями, які мають глибинні історичні корені, тільки тоді можна буде говорити про її відродження. І на цьому шляху головне — повернутися до витоків, повернувшись до свого психотипу — психотипу українця і згадати народні традиції. Це можна робити на кожному напрямі суспільної діяльності: у виробництві, в науці, в культурі, у громадському житті, в політиці, а також в системі охорони здоров'я України. Стати на шлях відродження тут допоможе народна медицина, яка є дуже важливим елементом культури народу.

Сьогодні в Україні завдання по координації та організації застосування народних та нетрадиційних методів профілактики, діагностики та лікування виконує Українська асоціація народної медицини (УАНМ). Асоціацію заснували у 1991 р. Міністерство охорони здоров'я України, Академія наук України, Український дитячий фонд, Українське товариство Червоного Хреста та інші авторитетні засновники. Наказом МОЗ України УАНМ визначено як головну організаційно-методичну та науково-практичну установу в Україні з народної та нетрадиційної медицини.

Основними напрямками діяльності асоціації є: організаційно-методична робота серед лікарів, які використовують у своїй діяльності методи народної та нетрадиційної медицини; лікувальна робота серед населення України; атестація осіб, які виявили бажання займатися лікувально-діагностичною практикою; навчальна та наукова робота.

За три роки асоціація пройшла значний шлях організаційного та методичного оформлення народної медицини, як повноправної гілки системи охорони здоров'я України. За цей час виявилися і ті проблеми, відштовхуючись від яких, можна рухатися далі.

Перше питання — проблема термінології. Відомо, що однозначне тлумачення понять — це необхідна умова усякої свідомої діяльності. Насамперед йдеться про визначення понять «народна» та «нетрадиційна» медицина. Згідно з визначенням ВООЗ це — «сума всіх знань і практичних методів, як таких, що можна пояснити, так і таких, що не можна пояснити, які застосовуються для діагностики, запобігання та ліквідації порушень фізичної, психічної та соціальної рівноваги і які спираються на досвід і спостереження, що передаються з покоління в покоління як в усній, так і письмовій формі». Тобто, мова йде про ті методи, які не мають конкретного автора і належать всьому народу. Виходячи з цієї логіки, до «нетрадиційної» медицини належить віднести ті методи, які поки що не отримали офіційного статусу, але, на противагу до методів народної медицини, мають автора. Зрозуміло, що питання це дискусійне і його розв'язанню буде сприяти створюваний вченими УАНМ термінологічний словник.

Наступне питання стосується проблеми психологічного бар'єру на шляху визнання народних методів офіційною медициною. Цікаво, що у громадян України цей бар'єр виявляється не в такій явній формі, як у професійних медиків. Соціологічна служба центру здоров'я м. Херсона провела опитування більше 200 жителів міста. Відповідаючи на питан-

ня: «До кого б ви звернулися в першу чергу: до лікаря чи до народних цілителів?», 51 % віддали перевагу цілителям.

Значно складніше подолати зневіру медиків. Але асоціація працює і в цьому напрямі. По-перше, в системі МОЗ України є посада позаштатного головного спеціаліста по народній медицині. По-друге, в республіці створено систему обласних позаштатних спеціалістів у цьому напрямку, які проводять постійне вивчення діяльності народних цілителів та методів їх роботи, а також забезпечують контроль за діяльністю ліцензованих (після атестації в УАНМ!) народних цілителів. УАНМ є тою структурою, через яку проводиться політика міністерства в галузі народної медицини, і тим інструментом, який реалізує соціальне замовлення. Відповідає за впровадження методів народної і нетрадиційної медицини в медичну практику заступник міністра охорони здоров'я.

По-третє, створюються філіали асоціації в різних регіонах України. Насамперед йдеться про промислові райони України. Звертаючись з такою пропозицією, ініціативна група з Запоріжжя пише: «Економіко-екологічна ситуація, що склалася у промислових південних регіонах України, призвела до різкого зниження індексу здоров'я населення. Гострий дефіцит лікарських препаратів, вітамінів, збалансованих продуктів харчування, що виявляється на фоні зниження виробництва, погрішння екологічної обстановки і кризи державної системи охорони здоров'я робить використання засобів і методів народної та нетрадиційної медицини не тільки бажаним, але й життєво необхідним».

Найбільш сильним інструментом в подоланні скепсису лікарів може бути лише наукове вивчення і свідоме застосування методів народної та нетрадиційної медицини. Кардинальному вирішенню цього питання має сприяти діяльність Медичного інституту, який два роки тому створено при УАНМ у відповідності з рішенням комісії Верховної Ради з питань народної освіти і науки. Інститут готовуватиме лікарів, які, крім того, будуть також і фахівцями в галузі народної та нетрадиційної медицини.

Із заснуванням Медичного інституту УАНМ завершився важливий етап в історії народної медицини України: тепер традиції народних лікарів не втасманичуються, не огортаються ореолом містичності, а ґрунтовно вивчатимуться, кращий досвід буде передаватися талановитій молоді та поповнювати професійний багаж практикуючих лікарів. Інститут узагальнив і трансформував у собі кращий досвід інститутів народної та нетрадиційної медицини Китаю, Західної Європи, Північної Америки. Подібних навчальних закладів немає не тільки в колишньому СРСР, але і в країнах Східної Європи; тому-то і проблем багато, і шляхи вирішення цих проблем нетрадиційні. Студенти вивчають усі без винятку дисципліни класичного медичного вузу і додаткові дисципліни: фітотерапію, мануальну терапію, голкорефлексотерапію, іридодіагностику, гомеопатію, астрологію і т. ін. Інститут пройшов державне ліцензування і внесений у відповідний реєстр.

Про престижність інституту свідчить той факт, що в 1993 р. конкурс в інститут був 8 чоловік на місце. Достатньо абітурієнтів і в філіях Медичного інституту УАНМ у Харкові, Полтаві, Дніпропетровську та Чернівцях. Сьогодні в інституті навчається близько 1000 студентів, багато з них — іноземні громадяни. Це студенти з Вірменії, Грузії, Сірії, Ізраїлю, Єгипту, Індії, Лівану, Шрі-Ланки, Польщі, Йорданії, Судану, Марокко. Оскільки в інституті немає вікових обмежень, 10 % студентів мають вік від 35 до 40 років (найстаршому студенту — 53 роки). Багато з цих студентів уже мають вищу освіту. У цих людей був потяг до медицини, але можливість реалізувати свою мрію з'явилася лише з появою Медичного інституту УАНМ. Відкрите і вечірнє відділення. Сюди приходять вже дипломовані лікарі, щоб вивчити курс народної та нетрадиційної медицини. Цікавим є той факт, що серед студентів є й відомі цілителі.

Китайські фахівці, які побували в Медичному інституті і ознайомились з його роботою, згадали такий афоризм: спеціаліст, який отри-

мує тільки європейську медичну освіту,— це лікар, який стоїть на одній нозі, другу ж отримає лише тоді, коли засвоїть знання народної та нетрадиційної медичної практики. В медичному інституті асоціації готують професійних лікарів, які будуть міцно стояти на обох ногах.

Зрозуміло, що молодий вуз має багато проблем.

1. Проблема відбору студентів. Оскільки професія народного цілителя вимагає особливих душевних якостей, потрібно створити службу спіхнологічного тестування. Вона допоможе не тільки провести відбір майбутніх спеціалістів, але й сформувати оптимальний склад груп і підібрати того викладача, який знаходиться в психологічному резонансі з своїми слухачами.

2. Проблема формування навчального плану. Ця проблема пов'язана з дилемою: як забезпечити якісне вивчення обов'язкових дисциплін плюс додаткові (також обов'язкові) при збереженні загального обсягу навантаження на студента? Шлях один — максимальна узгодженість навчальних планів та учебних елементів, що вивчаються.

3. Проблема навчання іноземних студентів. Це, передусім, мовний бар'єр. Тому, поряд з удосконаленням підготовчого відділу інституту, планується проведення занять англійською мовою.

4. Проблема юридичного статусу випускників вузу. Йдеться про офіційне затвердження спеціальності «народна медицина».

5. Проблема формування особистості лікаря. З відродженням України утвердилаас думка, що нація не відродиться, якщо традиції, духовність будуть занедбані. Тому особливе місце в навчальній програмі інституту відводиться такому розділу, як духовна культура.

Це лише головні проблеми. Але є й такі, як проблема навчальних баз, підручників, забезпечення кафедр приладами та багато інших.

Є ще один шлях навчання. На постійно діючих при асоціації курсах дипломовані медичні працівники можуть підвищити свою кваліфікацію в галузі народної та нетрадиційної медицини. Навчання проводиться за такими спеціальностями: гомеопатія, фітотерапія, рефлексотерапія, мануальна терапія, лікувальний масаж, іриодіагностика, медична астрологія, біоенергоінформаційна взаємодія і корекція організму людини, акупунктура Су-Джок, літотерапія, косметологія та ін. заняття на курсах проводять провідні фахівці відповідних медичних спеціальностей: професори та доценти, доктори та кандидати медичних наук, відомі цілителі, а також представники міжнародних організацій відповідного профілю. Використовується досвід і матеріальна база провідних навчальних та науково-дослідних установ Міністерства охорони здоров'я. Приїздять на курси люди з усіх регіонів України, з Прибалтики, Росії та інших країн СНД.

Значною мірою відродженню народної медицини в Україні заважає діяльність різних псевдоцілителів. Ці ділки від медицини почали швидко заповнювати вакуум, який створився в місці розриву офіційної та народної медицини. Відносно цього УАНМ твердо дотримується головного принципу: дозвіл на медичну практику повинні мати тільки ті цілителі, які володіють основами медичних знань і пройшли експертизу згідно з спеціально затвердженими МОЗ України програмами. Надалі вони працюватимуть в клініках під наглядом лікарів.

З цим питанням тісно пов'язане питання про масові «оздоровчі» сеанси. Вже доведена їх безумовна шкідливість для здоров'я. За пропозицією асоціації і при її безпосередній участі Міністерство охорони здоров'я України підготувало «Положення про масові сеанси». В ньому передбачене обмеження кількості учасників тридцятьма, оскільки при більшій кількості учасників важко забезпечити контроль їх стану. Обов'язковими мають бути інформування про всі протипоказання та присутність під час сеансу спеціаліста з невідкладної терапії. Зрозуміло, що і в цьому випадку асоціація матиме проблему контролю над дотриманням цих пунктів Положення. Достатньо складним є й питання про перелік протипоказань.

Є ще один шлях боротьби з шарлатанами «від народної медицини» — атестація та експертиза осіб, які виявили бажання практикувати народну та нетрадиційну медицину. Згідно з наказом МОЗ України від 29 травня 1991 р. УАНМ є єдиною організацією в Україні, яка має право проводити експертизу цілителів. Тільки її висновки про можливості цілителя беруться до уваги ліцензійним відділом МОЗ України. У комп'ютерній базі даних асоціації знаходяться відомості про 1700 народних цілителів, які успішно пройшли атестацію-експертизу.

Атестація-експертиза — це досить складна процедура, яка включає і тестування для визначення професійної здібності, і знання основ медицини, і клінічні випробування з лабораторними та комп'ютерними дослідженнями. Після проходження експертизи цілитель отримує атестаційно-експертне посвідчення, яке може бути об'єктивним підтвердженням його цілительських здібностей.

Про ефективність експертного оцінювання народних цілителів можна скласти уяву хоча б навіть на основі досвіду роботи експертної комісії в Херсоні з 29 листопада по 13 грудня 1993 р. Незважаючи на значну попередню роботу по інформуванню народних цілителів, на атестацію з 400 зареєстрованих цілителів з'явилися лише 26 чоловік. Було атестовано 20 цілителів. Вони працювали в різних відділах клінік міста: кардіологічному, урологічному, пульмонологічному, гінекологічному та неврологічному.

Зафіксовані такі результати роботи цілителів:

- біоенергетичне розщеплення каменів і очищення жовчного міхура, яке підтверджено ультразвуковим скануванням;
- зарубцювання виразок та зменшення їх в діаметрі, яке також підтверджено інструментально;
- припинення приступів бронхіальної астми, які надалі не поновлювались у двох пацієнтів з п'яти, а в решти приступи ядухи зменшились як за частотою, так і за силою;
- виліковування хронічного простатиту, хронічного піелонефриту, гіпертонії.

У пацієнтів з різними захворюваннями зникли бальові синдроми, знизилася кількість приступів, поліпшився загальний стан і т. ін. Зареєстровано значну кількість правильно поставлених діагнозів, навіть таких, як рак молочної залози та рак жовчного міхура.

Перший досвід експертної діяльності асоціації поставив цілий ряд проблем. Відзначимо лише головні.

1. Проблема попереднього тестування. Йдеться про характерологічні особливості майбутнього цілителя. Необхідна оцінка здатності до співпереживання з хворим, знання основних деонтологічних постулатів. Передбачається і астрологічна характеристика цих людей.

2. Проблема приладного оцінювання тих якостей цілителя, які знаходяться в основі його діагностичних та лікувальних здібностей. Науковці асоціації зараз вивчають можливість використання для вирішення цієї проблеми мікробного біосенсора — популяції кишкової палички. В межах спеціально розробленого наукового напряму «Цілитель» передбачається створення комплексу методів, які містять в собі реєстрацію біологічного поля, що йде від цілителя, ефект Кірліана, безконтактну методику діагностиування за Фоллем та ін.

3. Проблема верифікації ефекту цілителя на стадії клінічних випробувань. Справа в тому, що ці випробування проводяться на фоні традиційної терапії. У зв'язку з цим стойть завдання статистично підтвердженої виділення саме ефекту діяльності цілителя.

4. Вкрай важливим є питання віддалених наслідків від лікувальних процедур цілителя.

Усвідомлюючи всю складність проблеми становлення нового наукового напряму — народної медицини, Науково-дослідний інститут асоціації розпочав роботу над державною програмою «Народна та нетрадиційна медицина». Програма включає 4 підпрограми:

— «Медична допомога», що стосується правових та організаційних питань становлення практичної служби надання медичної допомоги населенню методами народної та нетрадиційної медицини. Одне з основних питань — це статус спеціаліста в цій галузі.

— «Освіта», що концентрує свою увагу на системі професійної підготовки та перепідготовки медиків.

— «Атестація», яка вирішує питання сертифікування осіб, які бажають лікувати за допомогою вищезгаданих методів.

— «Наука», що має справу з науковими проблемами народної та нетрадиційної медицини.

Про проблеми перших трьох підпрограм вже мова йшла. Що ж до підпрограми «Наука», то її координує Вчена рада УАНМ, до складу якої входять 33 члени. Це працівники асоціації, керівники кафедр Медичного інституту УАНМ, відомі народні цілителі, а також вчені Національної академії наук України та Академії медичних наук України. Половина членів Вченої ради — доктори наук.

Приоритетними визначені 8 наукових напрямів.

Насамперед, будуть проведені соціально-гігієнічні дослідження, що стосуються оцінки ставлення населення до народної та нетрадиційної медицини та потреб різних регіонів в народних цілителях. Особливий інтерес для подальшого удосконалення медичної допомоги народними методами будуть мати подібні дослідження (шляхом анкетування) серед практикуючих лікарів та керівників системи охорони здоров'я.

Очевидно, що отримані в межах цього напрямку результати будуть покладені в основу підпрограми «Медична допомога».

З цим розділом тісно пов'язаний напрямок, сформульований як «Створення національного реєстру народних цілителів України». Малеться на увазі організація медико-етнографічних експедицій по всіх регіонах республіки з наступним виданням відповідної наукової праці. Цю роботу можуть виконувати студенти інституту, які під час літньої практики могли б подорожувати по селах, зустрічатися з місцевими цілителями і під час прямих контактів вчитися унікальним народним методам. Ось де буде виховання етики, поважного ставлення до народної мудрості та гордості за вибраний життєвий шлях! Зрозуміло, що організація цієї роботи дуже непроста, але тут асоціація сподівається на підтримку місцевої влади.

Вважаємо, що ця робота допоможе в написанні «Української енциклопедії народної медицини».

Організація будь-яких досліджень — це зосередження на головній меті і відмова від інших привабливих ідей. (Відомо, що рух вперед пов'язаний з обмеженням ступеня свободи). Розуміння цього положення покладене в основу формування напрямку, що стосується розробки наукових проектів. Необхідно створити алгоритм науково-організаційної роботи з методикою виявлення приоритетних наукових напрямів і побудови дерева цілей і т. ін. В медицині такі алгоритми, за винятком деяких робіт, фактично відсутні.

Наступний напрям, який теж належить до науково-організаційних, пов'язаний з питаннями атестації народних цілителів.

Чільне місце в науковій програмі займає верифікація та наукове обґрунтування нових методів з арсеналу нетрадиційної медицини. Очевидно, що методи народної медицини такої перевірки не потребують, тому що їх цензорами були століття практичного використання. Ернст Резерфорд якось сказав, що наукова істина проходить три стадії свого визнання: «це абсурд», «у цьому щось є» і «це давно відомо». Більшість методів, які починають досліджуватися в асоціації, знаходяться на другому ступені визнання. Головне завдання — довести їх до рівня науково обґрунтованих та впровадити в широку медичну практику. Результати цієї роботи, а також селекція вже апробованих методів будуть покладені в основу двох останніх проектів в межах підпрограми «Наука».

Це — «Розробка експрес-діагностики стану здоров'я населення із застосуванням методів народної та нетрадиційної медицини», а також тема, пов'язана з методами оздоровлення населення. Ці теми надзвичайно важливі, дуже складні організаційно, але, на нашу думку, вкрай необхідні, особливо, якщо взяти до уваги катастрофічну екологічну ситуацію в Україні, пов'язану передусім з аварією на ЧАЕС.

Виконання наукових робіт буде проводитись, по-перше, силами кафедр Медичного інституту УАНМ, по-друге, за участю вчених-ентузіастів з інших організацій України, а в перспективі — повноцінним Науково-дослідним інститутом народної медицини, який вже створено. Асоціація сподівається на підтримку з боку МОЗ України і вважає, що прийняття програми «Народна та нетрадиційна медицина» стане підставою для її фінансування. Частину коштів виділить сама асоціація.

Отже, в становленні народної та нетрадиційної медицини в Україні є багато проблем, вирішувати які намагається асоціація і які допомагають їй рухатися далі. Як говорив великий М. К. Реріх: «З каменів минулого створені сходинки майбутнього, вчора — це сьогодні, сьогодні — це завтра».

Майбутнє народної медицини — в системі науково-дослідних, медичних та профілактичних закладів. Бажана реальність завтрашнього дня — це формування цивілізованого ставлення працівників офіційної медицини до нетрадиційних методів лікування та діагностики, гармонійне їх сприйняття та впровадження в практику охорони здоров'я. І було б дуже добре, якби всі небайдужі до збереження народної української лікувальної культури, згуртувалися навколо Української асоціації народної медицини і допомогли в нелегкій, але благородній справі збереження, дослідження і запровадження народних засобів лікування в широку медичну практику.

Надійшла до редакції 19.10.94.

B. V. Поканевич, A. G. Козлов, G. B. Marushevskiy

ПРОБЛЕМЫ РАЗВИТИЯ НАРОДНОЙ МЕДИЦИНЫ В УКРАИНЕ

Освещены проблемы развития народной медицины в Украине, основные направления деятельности Украинской ассоциации народной медицины (УАНМ) и Медицинского института, созданного при УАНМ.

V. V. Pokanovich, A. G. Kozlov, G. B. Marushevsky

PROBLEMS OF DEVELOPMENT OF FOLK MEDICINE IN UKRAINE

SUMMARY

There have been covered the problems of the folk medicine development in Ukraine, basic directions of activity of the Ukrainian Association of Folk Medicine (UAFM) and Medical Institute which has been founded at the UAFM.

У ФАРМАКОЛОГІЧНОМУ КОМІТЕТІ МОЗ УКРАЇНИ

Повідомлення Фармакологічного комітету МОЗ України № 8

УДК 615.35:615.11

Н. І. ШАРИКІНА, проф., голова Фармакологічного комітету МОЗ України

ПРО ДОПОВНЕННЯ ДО «ПОЛОЖЕННЯ ПРО РЕЄСТРАЦІЮ ЗАРУБІЖНИХ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ В УКРАЇНІ»

На засіданні Фармакологічного комітету МОЗ України від 24.11.94 р. (протокол № 9) було затверджено ряд доповнень до «Положення про реєстрацію зарубіжних лікарських засобів в Україні», що знайшло відображення у відповідних додатах (3, 4), які публікуються у цьому номері журналу. І, як завжди, продовжуємо публікувати перелік зарубіжних лікарських засобів, які зареєстровано (перереєстровано) в Україні за станом на 01.11.94 р. (табл. 1, 2).

Додаток 3

ПРЕИСКУРАНТ ОПЛАТИ РЕЄСТРАЦІЇ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ В УКРАЇНІ

1. Вартість первинної експертизи становить 10 доларів США за кожний препарат, який пропонується для реєстрації (перереєстрації).
2. Вартість реєстрації лікарських засобів в Україні (5 років) становить 3000 доларів США незалежно від фармакологічної групи препарату.
3. Вартість тимчасового дозволу медичного використання препарату в Україні (1 рік, тимчасова реєстрація) становить 500 доларів США.
4. Вартість перереєстрації лікарського засобу в Україні становить 500 доларів США.
5. Оплата проводиться після одержання фірмою листа Фармакологічного комітету (результати первинної експертизи) перед проведенням реєстрації (передоплата).
6. При призначенні клінічних випробувань вони проводяться за контрактом між фірмою та клінічною базою Фармакологічного комітету з відрахуванням на рахунок останнього 15 % вартості контракту.
7. Оплата роботи щодо разових ввозів проводиться на договірній основі в доларах США або в карбованцевому еквіваленті на момент оплати (5 % від вартості пропозиції, але не менше 500 доларів США). Роботи щодо разових ввозів препаратів, які вироблені в Росії згідно з «Соглашением между Российской Федерацией и Украиной о сотрудничестве в области стандартизации, регистрации и контроля качества лекарственных средств» будуть проводитися безкоштовно.

Голова Фармакологічного комітету МОЗ України, професор

Н. І. ШАРИКІНА

Додаток 4

ДОПОВНЕННЯ ДО «ПОЛОЖЕННЯ ПРО РЕЄСТРАЦІЮ ЗАРУБІЖНИХ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ В УКРАЇНІ»

Фармакологічний комітет може дозволити медичне використання ліків, які пропонуються для одноразового ввезення в Україну за заявою ВО «Фармація», відділу охорони здоров'я виконавчих органів регіонів (ліки, які терміново потрібні регіону).

До Фармакологічного комітету надаються:

1. Лист ВО «Фармація», відділу охорони здоров'я органу виконавчої влади (не нижче обласного рівня), в якому зазначені необхідні ліки:

— назва препарату,
— фірма;
— лікарська форма;
— кількість упаковок;
— загальна вартість ліків.

2. Лист фірми, яка пропонує здійснити поставку ліків з зазначенням, що пропонується для поставки.
3. Сертифікати реєстрації ліків у країні-виробнику чи колишньому СРСР.
4. Сертифікати якості, видані фірмою-виробником, на конкретні серії ліків, які передбачається ввозити.
5. Зразки препаратів у лікарській формі (по 1 упаковці).
6. Копія контракту, договору тощо.

Оплата роботи щодо разових ввозів проводиться на рахунок Фармакологічного комітету в доларах США або карбованцевому еквіваленті на момент оплати.

При наданні гуманітарної допомоги організація, яка її пропонує, надає листа до Фармакологічного комітету МОЗ України з переліком ліків, що поставляються, та з зазначенням, кому ця допомога надається:

— назва препарату,
— фірма;
— лікарська форма;
— кількість упаковок;
— загальна вартість ліків.

Одночасно надаються сертифікати реєстрації ліків у країні-виробнику, сертифікати якості на серії препаратів, які будуть поставлені, зразки препаратів (1 упаковка).

Фармакологічний комітет аналізує матеріали щодо ліків, які передбачаються для одноразового ввозу та по лінії гуманітарної допомоги, дає висновок органам, що проводять оформлення документів щодо дозволу на ввіз для митних служб, про можливість медичного застосування препаратів.

При надходженні препаратів по лінії гуманітарної допомоги без зазначених документів Фармакологічний комітет може дозволити разовий ввіз ліків листом до митних служб на підставі акту комісії Комітету про можливість медичного використання препаратів.

Роботи Фармакологічного комітету по ліках, які надаються по лінії гуманітарної допомоги, проводяться безкоштовно.

Голова Фармакологічного комітету МОЗ України, професор

Н. І. ШАРИКІНА

У наступних номерах журналу буде опубліковано додаток № 5 до «Положення про реєстрацію зарубіжних лікарських засобів в Україні» та «Перелік лікарських препаратів, необхідних для надання медичної допомоги населенню України в 1995 р.».

Таблиця 1
Перелік препаратів іноземного виробництва, які пройшли реєстрацію на 1 рік у Фармакологічному комітеті МОЗ України (за станом на 01.11.94 р.)

Назва препарату	Фармакотерапевтична група	Лікарська форма, доза	Країна та фірма-виробник	Від кого надійшло направлення на реєстрацію	Дата реєстрації	Країни, в яких зареєстровано препарати
Алізем	Транквілізатор	Капс. по 5 мг	Італія, «Джорджіо Дзоя»	«Джорджіо Дзоя», Італія	30.06.94 пр. № 6	Італія
Анекайн	Засіб для інгаляційного наркозу	Розчин для ін'єкцій в амп. по 20 мл	Хорватія, «Пліва»	Хорватія	29.09.94 пр. № 7	Словенія, Хорватія
Аніфел	Серцево-судинний засіб (антагоніст іонів кальцію)	Регард табл. по 20 мг; капс. по 10 мг	Італія, «Джорджіо Дзоя»	«Джорджіо Дзоя», Італія	30.06.94 пр. № 6	Італія
АСА	Нестероїдний протизапальний препарат	Супозиторії по 150 мг	Канада, «Фарма Саенс»	Канада	29.09.94 пр. № 7	Канада
Аспрокол	Те ж	Табл. по 500 мг	Польща, Женев, «Польфа»	Польща	29.09.94 Те ж	Польща
Атенолол	Серцево-судинний препарат (β-адреноблокатор)	Табл. по 50, 100 мг	Польща, фарм. завод «Біокал», Польща	Польща	26.05.94 пр. № 5	Польща
Атенолол	Те ж		Фарм. завод «Біокал»	Польща	29.09.94 пр. № 5	Польща
Ацетамінофен	Нестероїдний протизапальний препарат	Супозиторії по 120 мг	Хорватія, «Пліва»	Хорватія	29.09.94 пр. № 7	Словенія, Хорватія
Апідекс	Блокатор Н ₂ -гістамінових receptorів	Табл. по 150, 300 мг	Канада, «Фарма Саенс»	Канада	29.09.94 пр. № 7	Канада, Ямайка, Сінгапур
Бенеоцин	Протимікробний препарат для лікування уражень шкіри опіків	Мазь в тубах по 20 г; поропшок у флак. по 10 г (1 мг/1 мл)	Індія, «Сан Фармасьютикалз індустріз ЛТД»	Індія	30.06.94 пр. № 6	Індія
Біліхол	Жовчогінний засіб	Капс. по 67 мг	Австрія, «Біохемія ГмбХ»	Австрія	30.06.94 пр. № 6	Австрія
Вінбластину сульфат	Протипухливий засіб	Розчин для ін'єкцій по 10 мл (1 мг/1 мл)	Египет, «Фарко»	Египет	29.09.94 пр. № 7	Египет
Вінкірал	Препарат, що поліпшує кровообіг головного мозку	Розчин для ін'єкцій у флак. по 1 мл (1 мл) Табл. по 5 мг	США, «Лайфомед Консерну Фул-жисава», США	США, Індія	30.06.94 пр. № 6	США, Японія
Вінпокетин			Індія, «Діфарма Лімітед», Індія	Індія	30.06.94 пр. № 6	Індія
			Іспанія, «Ковекс», Іспанія	Іспанія	Зареєстровано у 13 країнах	Іспанія

Вітамін А і Е	Вітаміни та їх аналоги	Капсули	«Фарко», Египет	29.09.94 пр. № 7	Єгипет
Вітрум	Мультивітамінн., мікроелементи і бета-каротин	Табл.	«Американ фармацевтикал СС», США	30.06.94 пр. № 6	США
Галопер	Активний нейролептик	Табл. по 5, 10, 15 мг	Ізраїль. «CTS Kemikal Індустрі ЛТД», Ізраїль Німеччина. «Мойзельбах Фарма ГмбХ», Німеччина «Лайфомед Кон- церну Фуджи- сава», США	26.05.94 пр. № 5	Ізраїль
Геделікс	Відхаркувальний засіб	Оральний сироп у флак. по 100 мл	Росія, Угорщина, Литва, Літвія, Естонія, Польща	26.05.94 пр. № 5	Росія, Угорщина, Литва, Літвія, Естонія, Польща
Гентаміцин	Протимікробний засіб (антібіотик-аміноглікозид)	(анти- біотик-аміноглікозид) Розчин у флак. по 2 мл (80 мг/2 мл)	«Лайфомед Кон- церну Фуджи- сава», США	30.06.94 пр. № 6	США, Японія
Гентаміцин-POS	Те ж	Офтальмологічний розчин у флак. по 10 мл (5 мг)	«Урсафарм», Німеччина «Урсафарм»	29.09.94 пр. № 7	Німеччина
Гіпнозол	Протигрибковий засіб	Піховов капс. по 400 мг	«Фарко», Египет	Те ж	Египет
Гісталонг	Протигістамінний засіб	Табл. по 5, 10 мг	«Д-р Реддис Лабораторіс ЛТД», Індія	30.06.94 пр. № 6	Індія
Дезодформ	Засіб для дезінфекції	Розчин для дезінфекції (комплексний засіб)	«Лізоформ «Лізоформ д-р Ханс Роземан ГмбХ», Лізо- форм Дезінфек- ція АГ	Те ж	Німеччина
Деклофен	Нестероїдний протизапальний препарат	Розчин для ін'єкцій в амп. по 75 мг/3 мл; табл. по 25 мг	«Фарко», Египет	29.09.94 пр. № 7	Єгипет
Деконекс дентал ББ	Засіб для дезінфекції	Розчин для дезінфекції у флак. по 1,5 л	Швейцарія, «Борер Хемі АГ»	«Борер Хемі АГ», Швейцарія	Швейцарія, Болгарія, Данія, Угорщина та ін.
Деконекс 50 ФФ	Те ж	Розчин для дезінфекції у флак. по 1,5, 10, 25 л	Те ж	Те ж	Те ж
Декосент (комплексний засіб)	Розчин для зовнішнього застосування	Розчин для дезінфекції у флак. по 125, 500, 5000 мл	«Борер Хемі», Швейцарія	«Борер Хемі», Швейцарія	Швейцарія

Продовження табл.

Назва препарату	Фармакотерапевтична група	Лікарська форма, доза	Країна та фірма-виробник	Від кого надано на реєстрацію	Дата реєстрації	Країни, в яких зареєстровано препарат
Дексапос	Гормональний протизапальний препарат	Офтальмологічний розчин у флак. по 10 мл (1 мг)	Німеччина, «Урсафарм», Німеччина	«Урсафарм», Німеччина	29.09.94 пр. № 7	Німеччина
Деметек	Ангіотоніст допамінових рецепторів (протиблютовний засіб)	Табл. по 10 мг	Індія, «Діфарма Лімітед», Індія	«Діфарма Лімітед», Індія	30.06.94 пр. № 6	Зареєстровано в 9 країнах
Диклопат II	Нестероїдний протизапальний засіб	Супозиторій по 50 мг; табл. ретард по 100 мг; розчин для ін'єкцій в амп. по 75 мг/3 мл	Хорватія, «Пліва», Хорватія	Хорватія	29.09.94 пр. № 7	Росія, Білорусія, Хорватія
Дигіазем	Серцево-судинний засіб (антагоніст іонів кальцію)	Табл. по 60, 90 мг	Те ж	Те ж	»	Словенія, Хорватія
Діалам	Седативний, снотворний препарат	Табл. по 5 мг	Індія, «Сан Фармасьютикалз Индаст्रіз ЛТД»	Індія, «Сан Фармасьютикалз Индаст्रіз ЛТД»	Індія, Росія	Індія, Росія
Доксициклін	Протимікробний препарат (антибіотик)	Суспензія у флак. по 20 мл	Польща, «Польська Краків»	Польща, «Польська Краків»	24.02.94 пр. № 2	Польща
Доксициклін хіклаг	Те ж	Порошок для ін'єкцій у флак. по 100 мл	США, «Лайфомед Консерну Фудзасава», Фуджісава, США	США, «Лайфомед Консерну Фудзасава», Фуджісава, США	30.06.94 пр. № 6	США, Японія
Ендіт	Блокатор антітензинконвертуючого ферменту (ACE)	Табл. по 2,5, 5, 10, 20 мг	Угорщина, «Медімпекс», Угорщина	Угорщина, «Медімпекс», Угорщина	29.09.94 пр. № 7	Угорщина
Етолат	Ангібіотик-макролід	Оральна супензія у флак. по 125 мг/15 мл	Індія, «Діфарма Лімітед»	Індія, «Діфарма Лімітед»	30.06.94 пр. № 6	Зареєстровано в 10 країнах
Етоцин	Те ж	Табл. по 250, 500 мг	Індія	Індія	Те ж	Зареєстровано в 12 країнах
Ібукалія	Нестероїдний протизапальний засіб	Табл. по 400 мг	Індія, «Д-р Реддіс Лабораторіс ЛТД», Індія	Індія, «Д-р Реддіс Лабораторіс ЛТД», Індія	»	Індія
Ібуклін Юніор Ізолонг	Те ж Серцево-судинний препарат (група нітратів і нітратів)	Табл. по 100 мг Капс. по 20, 40 мг	Ізраїль, «CTS Kemikal Industries LTD», Ізраїль	Ізраїль, «CTS Kemikal Industries LTD», Ізраїль	26.05.94 пр. № 5	Те ж Ізраїль
Імуноглобулін NORGA	Імунний препарат	Розчин для ін'єкцій в амп. по 1,9 мл	Чехія, «Легіва», «Севак»	Чехія, «Легіва», «Севак»	28.04.94 пр. № 4	Чехія

Індометацин Е. С.	Нестероїдний протизапальний засіб	Капс. по 25, 50 мг	Египет, «Фарко», пр. № 7	29.09.94
Індогард	Те ж	Табл. по 75 мг	Египет, «Фарко», пр. № 7	29.05.94
Інтал інгалятор	Протигастматичний засіб	Аерозоль під тиском по 1,5 мл	Ізраїль, «CTS Kemikal Industrі LTD», Кемікал Індастрі LTD	Ізраїль
Інтал	Те ж	1% розчин для розпилювання в амп. по 2 мл	Англія, «Гермел», Німеччина, пр. № 5	Англія
Кальцій сироп	Препарати кальцію	Сироп у флак. по 150 мл	Ізраїль, «Файзон», ТЕ Ж	Ізраїль
Кетасма	Протигастматичний препарат	Табл. по 1 мг	Польща, «Польфа», Жешов, Польща	Польща
Кетопрофен	Нестероїдний протизапальний препарат	Суппозиторії по 100 мг	Індія, «San Farmasью-тикалаz Индастріз LTD», «Фарма Саенс», Канада	Індія
Кетофен	Те ж	Капс. по 50 мг	Канада, «Пліва», Хорватія, «Пліва»	Канада
Клімонарм	Гормональний препарат	Драже № 21	Німеччина, «Иенафарм»	Росія, Білорусія, Естонія, Латвія, Хорватія
Кломінал	Антидепресант	Розчин для ін'єкцій в амп. по 25 мг/2 мл; драже по 25 мг	Хорватія, «Пліва»	Німеччина
Кодакт	Протигалергічний засіб	Капс. по 58 мг; сироп у флак. по 60 мл	Індія, «Натко Фарма Лімітед», Фарма Лімітед	Індія
Кофін	Відхаркувальний засіб	Сироп у флак. по 120 мл	Египет, «Фарко», пр. № 2	Египет
Краплі Беренса Плюс	Імуномодулятор	Краплі в ін'єкції в амп. по 25 мг/2 мл;	Угорщина, «Беренс-Експорт-Імпорт», Угорщина	Угорщина
Ладисан	Антидепресант	табл. по 25, 50 мг	Хорватія, «Пліва»	Росія, Білорусія, Латвія, Хорватія
Лізоформін 3000	Засіб для дезінфекції	Розчин для дезінфекції у флак. по 6 л, 1000 мл, 20 мл (комплексний засіб)	Німеччина, «Лізоформ і-р Ханс Роземан ГмбХ», Лізоформ Дезінфекція АГ, Німеччина	Німеччина
				30.06.94

Продолження табл.

Назва препарату	Фармакотерапевтична група	Лікарська форма, доза	Країна та фірма-виробник	Від кого надійшло направлення на реєстрацію	Дата реєстрації	Країни, в яких зареєстровано препарати
Лізоформін Спеціаль	Те ж	Розчин для дезинфекції у флак. по 1000 мл (комплексний засіб) Табл. по 10 мг	Ізраїль, «CTS Kemikal Індустрі ЛТД»	«CTS Kemikal Індустрі ЛТД», Ізраїль	26.05.94 пр. № 5	Ізраїль
Метамол	Антагоніст допамінових receptorів. Застосовується при розладах травлення Протокардітний засіб	Табл. по 50 мг	Польща, «Польфа», Жешув,	Польша	29.09.94 пр. № 7	Польща
Метопролол	Анальгетик	Аерозоль у флак. по 150 мл	Словенія, «Лек д. д. Любляна», Фармацевтично-хімічний завод,	«Лек д. д. Любляна», Фармацевтично-хімічний завод, Словенія	Те ж	Словенія
Місспрей	Протимікробний засіб Антикоагулант	Розчин для зовнішнього застосування Розчин у флак. по 5000 ОД в 10 мл	Німеччина, «Байер», США, «Лайндонел Консерн Фуджісава»	«Байер», Німеччина «Лайндонел Консерн Фуджісава»	► 30.06.94 пр. № 6	Німеччина, Бельгія, Норвегія та ін. США, Японія
Натрій Гепарин	Нагрій цефазолін Нео-Аскулін Нігросан	Порошок для ін'єкцій у флак. по 500 мл, 1 г Гель в тубах по 30 г Табл. по 5, 10 мг Капс. по 10 мг	Польща, «Гербалоль», Індія, «Сан Фармасью-тикал Індістріз ЛТД», Індія Індія, «Фарко», Египет Індія, «Д.р Редліс Лабораторіс ЛТД», Індія Ізраїль, «Кемікал Індустрі ЛТД»	«Гербалоль», Польща «Сан Фармасью-тикал Індістріз ЛТД», Індія «Фарко», Египет «Д.р Редліс Лабораторіс ЛТД», Індія Ізраїль, «Кемікал Індустрі ЛТД»	30.06.94 пр. № 6 29.09.94 пр. № 7	Польща Індія
Ніофепін Новіган Нолан	Анальгетик центральної дії Ноогропний засіб	Табл. по 400 мг Капс. по 0,2 мг Капс. по 400 мг; розчин для ін'єкцій в амп. по 5 мл/1 г	Табл. по 400 мг Капс. по 0,2 мг Капс. по 400 мг; розчин для ін'єкцій в амп. по 5 мл/1 г	Те ж Те ж Те ж	30.06.94 пр. № 6 26.05.94 пр. № 5 29.09.94 пр. № 7	Індія США, Англія, Італія, Іспанія та ін. Чехія, Білорусія, Росія та ін.
Ойкамід						

Остамокс	Антибіотик пеницилінового ряду	Гранулят оральної сусpenзії у флак. по 24 г/ 250 мг/5 мл, 125 мг/ 5 мл; табл. по 500, 1000 мг	«Біохемія ГмбХ», Австрія	31.03.94 пр. № 3	Зареєстровано у 34 країнах
Оспен	Те ж	Сироп у флак. по 400 мЛ; табл. по 250, 500, 1000, 1500 мг	Те ж	27.01.94 пр. № 1	Австрія
Пеніцилін ж натрій	Антибіотик пеницилінового ряду.	Порошок у флак. по 1000000 ОД	Італія-Швейц. «Фарміталь Кабо-Фарміталь Карабо Ерба», Італія	31.03.94 пр. № 3	Італія
Платіміт	Протигухлинний засіб	Ліофілізований порошок для ін'єкцій у флак. по 10 мг	«Піліва», Хорватія	29.09.94 пр. № 7	Росія, Білорусія, Хорватія
Плібекс	Вітаміни та їх аналоги	Ліофілізований порошок для приготування розчину дія ін'єкцій в амп.; табл.	Те ж	Те ж	Хорватія
Польданен	Препарат, що поліпшує ренерацию	Табл. по 500 мг	«Гербалоль», Польща	30.06.94 пр. № 6	Польща
Ралофект 100	Серцево-судинний препарат, спазмолітик, (похідний пуріну)	Розчин для ін'єкцій в амп. по 5 мл (100 мг) та 10 мл Дрезден ГмбХ,	«Гермель», Німеччина	29.09.94 пр. № 7	Росія, Німеччина
Ралофект 300	Те ж	Розчин для ін'єкцій в амп. по 15 мл (300 мг)	Те ж	Те ж	Польща
Растодін	Протигухлинний засіб	Ліофілізований порошок для ін'єкцій у флак. по 10 мг	«Піліва», Хорватія	>	Хорватія
Реландрекс Г	Гіпотензивний препарат	Табл. по 20 мг	Індія, «Хамакс Фарма-сьютикалз» (Русан)	30.06.94 пр. № 6	Індія
Рутовен	Препарат, що поліпшує венозний і периферичний кровообіг; противаркоzenий засіб	Табл. по 150 мг; гель у тубах для зовнішнього застосування по 30 г	«Гербалоль», Польща	Те ж	Польща
Силицинар	Жовчогонний засіб (поліщук сечрею та виділення жовчі)	Драже	>	>	>
Сілімароль	Гепатопротектор	Драже по 35, 70 мг	>	>	>

Продовження табл.

Назва препарату	Фармакотерапевтична група	Лікарська форма, доза	Країна та фірма-виробник	Від кого надано на реєстрацію	Дата реєстрації	Країни, в яких зареєстровано препарати
Сніперсул	Протимікробний препарат (сульфаніламід)	Сироп у флак. по 100 мг; табл. форте по 960 мг; табл. по 120, 480 мг	Хорватія, «Пліва»	29.09.94 пр. № 7	Росія, Білорусія, Малайзія, Філіппіни, Хорватія	
Сніум	Протигрибковий препарат	Піхнови табл. по 100 мг; мазь 1% в тубах по 15 г	Індія, «Діфарма Лімітед», Індія	30.06.94 пр. № 6	Зареєстровано з 11 країнах	
Сорбоніт	Антиангіналний препарат (група нітратів і піогрітів)	Табл. по 10 мг	Польща, «Аргон»	31.03.94 пр. № 3	Польща	
Сорбоніт Пролонгатум Сумамед	Те ж Протимікробний засіб (антібіотик)	Табл. по 20, 40 мг Оральний сироп (суха суміш) у флак. по 20 мг; сироп-форте у флак. по 20 мл; табл. по 125, 500 мг; капс. по 250 мг	Хорватія, «Пліва»	Те ж 29.09.94 пр. № 7	Те же Словенія, Македонія, Боснія, Герцеговіна, Чехія, Словаччина, Росія, Хорватія	
Тайдомет	Протипаркінсонічний препарат	Табл. по 10 мг/100 мг, 25 мг/100 мг, 25 мг/250 мг	Індія, «Тайд Фармасьютикалз»	31.03.94 пр. № 3	Індія	
Тальцид	Антацидний препарат	Оральна супензія 10% по 10 мл; табл. по 0,5 г	Ізраїль, «Байер», Німеччина	30.06.94 пр. № 6	Німеччина, Росія	
Тамоксен	Гормональний протипухлинний засіб (палиативне лікування раку молочної залози)	Табл. по 10, 20 мг	«CTS Kemikal Industrri LTД», Ізраїль	26.05.94 пр. № 5	Ізраїль	
Тамофен	Протипухлинний гормональний препарат	Табл. по 10 мг	Індія, «Торрент Експорт LTД», Індія	31.03.94 пр. № 3	Індія	
Теогард	Бронхолітичний препарат (попередження приступів)	Капс. по 100, 200, 300 мг	Ізраїль, «CTS Kemikal Industrri LTД», Ізраїль	26.05.94 пр. № 5	Ізраїль	
Тіолентал	Засіб для наркозу	Порошок у флак. для приготування розчину по 0,5, 1,0 г	Хорватія, «Пліва»	29.09.94 пр. № 7	Словенія, Словаччина, Македонія, Білорусія, Хорватія	

Толмізен	Хіміотерапевтичний протигрибковий засіб	Крем 1 % у тубах по 10, 30 г	Італія	31.03.94 пр. № 3
Тромбоніл	Інгібітор агрегації тромбоплітів	Табл. по 75, 100 мг	Індія, «Сан Фармасью-Фармасьютикалз Індіастріз ЛТД»	29.09.94 пр. № 7
Уросепт	Сечогінний, протимікробний, урохігінний засіб рослинного походження	Драже по 600 мг	Польща, «Гербалоль», Польща	30.06.94 пр. № 6
Фамоцид	Засіб, що діє переважно на закінчення еферентних нервів.	Табл. по 20, 40 мг	Індія, «Сан Фармасью-Фармасьютикалз Індіастріз ЛТД»	29.09.94 пр. № 7
Фаркофілін	Гангліоблокуючий препарат Спазмолітик (похідний пурину)	Супозиторії	Індія, «Сан Фармасью-Фармасьютикалз Індіастріз ЛТД», Египет, «Фарко», «Фарко», «Джорджіо Дзооя», Італія	29.09.94 пр. № 7
Форгенак	Протизапальний засіб	Супозиторії по 50 мг; табл. по 25, 50 мг; ректагард табл. по 100 мг Табл. по 125 мг	Египет, «Фарко», «Фарко», Польща, Женев, Польща, «Медімлекс», Угорщина	30.06.94 пр. № 6
Фульвін	Протигрибковий препарат	Табл. для смоктання	Египет, «Фарко», «Польфа», Женев, Польща	29.09.94 пр. № 7
Хлорхіналльдин	Антимікробний хіміотерапевтичний засіб для лікування протозойних інфекцій Сорбент	Жувальний табл. по 80 мг	Угорщина, «Ерікс» (За ліцензією «Камі-Хем») Німеччина)	29.09.94 Те ж
Цеолаг				Угорщина
Цінал	Сульфактамідинний препарат	Табл. по 80 мг/400 мг, 160 мг/800 мг, 20 мг/100 мг; оральна супензія у флак. по 50, 100 мл (40 мг/200 мг в 5 мл)	Індія, «Діфарма Лімітед»	30.06.94 пр. № 6
Цінметидин	Антагістамінний препарат (блокатор H ₂ -рецепторів)	Табл. по 200 мг	Польща, Женев, «Польфа»	29.09.94 пр. № 7
Ципросан	Протимікробний препарат	Табл. по 250, 500 мг	Індія, «Сан Фармасьютикалз Індіастріз ЛТД»	Те ж

Таблиця 2.
Перелік препаратів іноземного виробництва, які пройшли реєстрацію на 5 років у Фармакологічному комітеті МОЗ України
(за статистичними даними на 01.11.94 р.)

Назва препарату	Фармакологічна група	Лікарська форма, доза	Країна та фірма-робник	Від кого надійшло напридання на реєстрацію	Дата реєстрації	Реєстраційний номер	Країни, в яких зареєстровано препаратори
Адріабластин	Протигуемічний засіб (антраклітовий антибіотик)	Ліофілізат для ін'єкцій у філок по 10 мл	«Фармація Кафі-Фармталія Карло Ерба»	Італія—Швейцарія	26.05.94 пр. № 5	П-8-242 № 00415	Італія, СРСР
Алка Зельцер	Протизапальний препарат, анальгетик	Шипучі табл.	Карло Ерба» Німеччина, «Байер»	Італія—Швейцарія	30.06.94 пр. № 6	П-8-242 № 00603	Німеччина, СРСР
Амінофілін	Спазмолітичний препарат	2,4 % розчин для ін'єкцій в амп. по 10 мл	«Польська Краків»	Польща	24.02.94 пр. № 2	Б-8-242 № 2895	Польща, СРСР
Віту Мерц Серол	Противірусний засіб	Мазь, очна маса в тюбиках по 5 г	Німеччина, «Мерц»	Польща	30.06.94 пр. № 2	Г-8-242 № 01388	Німеччина, СРСР, Росія
Внутрішньомоторкова спираль, модель «Муніципалд Ку-375»	Контрацептив	Внутрішньомоторкова спираль	Ірландія, «Органон», Інгернешніл	Польща	29.09.94 пр. № 6	Г-8-242 № 01388	Зареєстровано більше як 50 країн
Гастал	Обволюючий і адсорбуючий засіб	Табл. по 750 мг; супензія у філок по 10 мл	Хорватія, «Піліва»	Ірландія	пр. № 7	П-8-242 № 90/63	Хорватія, Росія, Білорусія, СРСР
Етамбутоя	Протигуемічний засіб	Капс. по 250 мг	Польща, «Піліва»	Хорватія	24.02.94 пр. № 2	Б-8-242 № 2488	Польща, СРСР
Еуглікон	Протидіабетичний засіб	Табл. по 5 мг	Польща Краків»	Хорватія	29.09.94 пр. № 7	Б-8-242 № 2365	Хорватія, Білорусія, СРСР
Загрегол	Протиепілентичний препарат (протигудомінний) препарат	Табл. по 200 мг	Польща Краків»	Хорватія	Те ж	Б-8-242 № 002454	Хорватія, Білорусія, СРСР
Інсулрап РР	Протидіабетичний засіб	Розчин для ін'єкцій у філок, по 10 мл (40 ОД в 1 мл)	Польща	Хорватія	»	П-8-242 № 01639	Хорватія, Білорусія, СРСР
Інсулрап РР	Протидіабетичний засіб	Розчин для ін'єкцій у філок, по 10 мл (40 ОД в 1 мл)	Польща	Хорватія	»	П-8-242 № 01638	Хорватія, Білорусія, СРСР
Інтал	Протиастматичний препарат. Засіб, що гальмує виділення біологічно активних речовин (брadiкініну, гістаміну та ін.)	Порошок для інгаляцій в капсулах по 20 мг	Англія, «Фанзонс»	Англія, Німеччина	»	П-8-242 № 00311	Англія, СРСР

Груксол	Протимікробний, протеолітчний препарат Серцео-судинний препарат (антагоніст іонів кальцію)	Мазь в тубах по 30 г Табл. по 60, 120 мг	Хорватія, «Пліва», Фінляндія, «Оріон Фармацевтика», Фінляндія	»	П-8-242 № 00506	Росія, СРСР
Кардил				»	П-8-242 № 01508	Фінляндія, СРСР
Ланікор	Серцевий глікозид	Розчин для ін'єкцій у філок. по 1 мл; табл. по 0,25 мг	Хорватія, «Пліва», Хорватія	»	П-8-242 № 01812	Росія, Латвія, СРСР
Ломузол	Протигалергічний засіб	2 % назальний аерозоль у філок. по 13, 26 мл	Англія, «Файзенс»	»	П-8-242 № 01827	Англія, СРСР
Мамоміт	Інігітор біосинтезу стероїдів, протипухлиний засіб	Табл. по 250 мг	Хорватія, «Пліва»	»	П-8-242 № 01352	Англія, СРСР
Марвелон	Оральний контрапентив	Таблетки	Нідерланди, Н. В. Органон, Нідерланди	»	П-8-242 № 002222	Хорватія, СРСР
Метіндол	Нестероїдний протизапальний препарат	3 % розчин для ін'єкцій в амп. по 2 мл	Польща, «Польфа Краків», Польща	24.02.94 пр. № 2	П-8-242 № 2867	Зареєстровано більше як у 50 країн
Метрол	Антимікробний, антипротозойний засіб	Розчин для інфузій у філок. по 100 мл (500 мг)	Індія, «Юнік Фарма-сьютикал ЛАБС», Індія	27.01.94 пр. № 1	П-8-242 № 010	Індія, СРСР
Мікоспор	Протигрибковий (протимікробний) препарат	1 % мась в тубах по 10 мл; 1 % розчин для зовнішнього застосування у філок. по 15 мл	Німеччина, «Байер», Німеччина	29.09.94 пр. № 7	П-8-242 № 01463	Австрія, Австрія, Бельгія, СРСР та ін.
Нітіфор	Протипедикульозний препарат	0,5 % розчин у філок. по 60 мл	Угорщина, «Біогал», Угорщина	30.06.94 пр. № 6	Б-8-242 № 2791	Угорщина, СРСР
Ноотропіл	Препарат видіркової лії на ЦНС. Підвищувати енергетичний обмін клітин головного мозку	Капс. по 400 мг	Польща, «Польфа Краків», Польща	31.03.94 пр. № 3	Б-8-242 № 2599	Польща, СРСР
Оптиком	Протизапальній, антиалергічний засіб	2 % офтальмологічний розчин у філок. по 5, 10, 13,5 мл	Англія, «Фрайзонс», Англія	27.01.94 пр. № 1	П-8-242 № 01466	Англія, СРСР
Петіліл		Драже по 25 мг	Німеччина, «Ардінейміттельверк Дрезден ГмбХ», Німеччина	29.09.94 пр. № 7	П-8-242 № 00715	Німеччина, СРСР

Продовження табл.

Назва препарату	Фармакотерапевтична група	Лікарська форма, доза	Країна та фірма-виробник	Від кого наданошло направлення на реєстрацію	Дата реєстрації	Реєстраційний номер	Країна, в яких зареєстровано препарат
Раденаркон Регідрон	Снотворний і наркотичний засіб короткої дії Протидіарений препарат	Розчин для ін'єкцій в амп. по 10 мл (20 мг) Дозований порошок	Те ж	«Гермелд», Німеччина «Оріон Фармацевтика», Фінляндія	Te ж	П-8-242 № 01421 П-8-242 № 01300	Фінляндія, СРСР
Сумамед Тайлед Толміден	Протимікробний засіб (антибіотик) Спазмолітичний препарат Хіміотерапевтичний засіб—протигрибковий препарат	Табл. по 500 мг; капсули по 250 мг Інгальатор	Фінляндія, Хорватія, «Пліва» Англія, «Файзонс»	Хорватія «Пліва», «Гермелд», Німеччина	» » 31.03.94 пр. № 3	П-8-242 № 002125 П-8-242 № 002078 П-8-242 № 00997	Хорватія, СРСР Німеччина, СРСР Італія, СРСР
Триканікс Трирезид К Фарморубідин	Засіб для лікування протозойних (трихомоніаз, лямбліоз) та анаеробічних інфекцій Гіпогенізний препарат Протипухливаний препарат (антралікіновий антибіотик)	Розчин для внутрішньовенних інфузій 5 мг/мл у флак. по 100 мл Таблетки	Фінляндія, Італія—Швеція, «Оріон Фармацевтика», Фінляндія Хорватія, «Пліва» Італія—Швеція, «Фармація Кабі-Фарміталь Карло Ерба», Італія—Швеція	Фінляндія Італія—Швеція Кабі-Фарміталь Карло Ерба, Італія—Швеція	29.09.94 пр. № 7	П-8-242 № 01205	СРСР, Фінляндія
Фінлелесин	Протиплелептичний препарат	Табл. по 200 мг	Хорватія, «Пліва», Італія—Швеція, «Фармація Кабі-Фарміталь Карло Ерба» Німеччина, ГмбХ, ГмбХ	Хорватія Кабі-Фарміталь Карло Ерба, Італія—Швеція Арднейміттельверк Дрезден Польща, ГмбХ	Te ж 26.05.94 пр. № 5	П-8-242 № 01181 П-8-242 № 01324	Латвія, Росія, Білорусія, СРСР Зареєстровано у 85 країнах
Фітогілозин Фуросемід	Препарат, що сприяє розчиненню і видленню солей при сечовідкладанні хворобі Діуретичний засіб	Паста в тубах по 100 г Препарат, що діє ін'єкцій в 40 мг	Польща, завод «Гербалоль», Прушкув, «Гербалоль», Польща Фінляндія, «Оріон» Фінляндія	Польща, завод «Ціех», Гермінгштедт-ГмбХ, ГмбХ Польща	24.06.94 пр. № 6	Б-8-242 № 2620	Польща, СРСР
Церукал	Препарат, що регулює моторну функцію шлунково-кишкового тракту. Протиблютовотичний засіб	Розчин для ін'єкцій в 2 мл	Німеччина, «Арднейміттельверк Дрезден ГмбХ»	Німеччина «Гермелд», Німеччина	П-8-242 № 00658 П-8-242 № 00407	ЧССР, СРСР, Росія, Норвегія, Латвія, Естонія Німеччина, СРСР	

Фармакопейний комітет МОЗ України створений 19 березня 1992 р. з метою проведення фармацевтичної експертизи рівня вимог до якості лікарських засобів на всіх етапах їх виробництва на базі Державного наукового центру лікарських засобів (м. Харків).

Головою Фармакопейного комітету призначений директор Державного наукового центру лікарських засобів (ДНЦЛЗ), доктор фармацевтичних наук, академік Інженерної АН України Віктор Петрович ГЕОРГІЄВСЬКИЙ. До складу Фармакопейного комітету входять президія з 19 чоловік, група експертізи та інформації, адміністративний апарат, 6 спеціалізованих експертних комісій: хімічна, фітохімічна, фармацевтична, по кровозамінниках і сорбентах, по вакцинах, сироватках і бакпрепаратах, по біохімічних препаратах і лабораторія фармакопейного аналізу.

Рубрика «У Фармакопейному комітеті» буде постійною у журналі.

У цьому номері публікуємо аналіз діючої в Україні системи стандартизації лікарських засобів, підготовлений головою Фармакопейного комітету проф. В. П. Георгієвським. У наступних номерах журналу буде наведено нормативні документи, прийняті Фармакопейним комітетом і обов'язкові до виконання всією галуззю, в тому числі і медичною промисловістю.

УДК 615.01

В. П. ГЕОРГІЄВСЬКИЙ, д-р фармац. наук, акад. Інженерної АН України, голова Фармакопейного комітету МОЗ України

ПИТАННЯ ЯКОСТІ ПРИ РЕЄСТРАЦІЇ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ

Фармакопейний комітет МОЗ України

Усі лікарські засоби (ЛЗ) перед одержанням дозволу на їх реалізацію в Україні підлягають обов'язковій реєстрації в Міністерстві охорони здоров'я України. У процесі реєстрації документація на ЛЗ («реєстраційне досьє») проходить експертизу ефективності і безпечності (далі «фармакологічна експертиза») у Фармакологічному комітеті МОЗ України і експертизу рівня вимог до якості (далі «фармацевтична експертиза») у Фармакопейному комітеті МОЗ України.

Кінцевим результатом фармакологічної експертизи є затверджена (для вітчизняних ЛЗ) або погоджена (для зарубіжних ЛЗ) Фармакологічним комітетом «Інструкція по застосуванню», яка є основним документом, що регламентує медичне застосування даного ЛЗ в Україні. Кінцевим результатом фармацевтичної експертизи є затверджена (для вітчизняних препаратів) або погоджена (для зарубіжних препаратів) Фармакопейним комітетом аналітична нормативно-технічна документація (НТД) на ЛЗ, яка є основним документом, регламентуючим вимоги до якості даного ЛЗ в Україні. Недодержання затвердженої або погодженої Фармакопейним комітетом НТД переслідується згідно з законом.

Виробник несе встановлену законом відповідальність перед державою за відповідність якості ЛЗ, що він випускає, вимогам затвердженої Фармакопейним комітетом НТД. При цьому дана НТД є єдиним документом, за яким йому можуть бути виставлені юридично обґрунтовані претензії щодо якості ЛЗ.

Держава в особі Міністерства охорони здоров'я несе відповідальність перед споживачем (хворим) за ефективність і безпечність ЛЗ

за умови відповідності якості ЛЗ вимогам затвердженої Фармакопейним комітетом НТД і додержання споживачем затвердженої Фармакологічним комітетом «Інструкції по застосуванню». Таким чином, вона несе відповідальність перед споживачем за рівень вимог затверджені НТД.

Отже, вищевикладене свідчить про важливість фармацевтичної експертизи на стадії реєстрації лікарських засобів. Ця експертиза повинна становити такий рівень вимог до якості ЛЗ, який забезпечує їх ефективність і безпечності. Якими б не були добрими показники до застосування ЛЗ, забезпечити їх може лише високий рівень НТД. Важливість питань якості при реєстрації ЛЗ була усвідомлена давно, і більшість країн розробила зведення національних вимог (національні фармакопеї) до якості ЛЗ. Рівень цих вимог характеризує рівень якості ЛЗ в даній країні та її фармацевтичний експортний потенціал. Значна частина ЛЗ, що виробляється в Україні, експортується у країни СНД, насамперед у Росію. Низька якість НТД закріє цей ринок для вітчизняних виробників, не кажучи вже про ринки розвинутих країн, оскільки ЛЗ низької якості нікому не потрібні (зокрема згідно з «Угодою між Російською Федерацією та Україною про співробітництво в галузі стандартизації, реєстрації та контролю якості лікарських засобів» рівень вимог до якості ЛЗ в країні-експортері повинен бути не нижче вимог країни-імпортера).

Діюча у цей час в Україні Державна фармакопея СРСР XI видання має достатньо високий рівень вимог до якості ЛЗ — за більшістю показників вони не поступаються вимогам провідних фармакопеї — США, Великобританії, Німеччини та ін. На її основі з урахуванням досвіду розвинених країн створюється сьогодні і система стандартизації ЛЗ в Україні.

Фармацевтична експертиза вітчизняних препаратів

З проголошенням України незалежною державою за завданням концерну «Укрмедбіопром» (нині Держкоммедбіопром) Державним науковим центром лікарських засобів були розроблені, погоджені з Фармакопейним комітетом і Держінспекцією по контролю якості ЛЗ та затверджені в МОЗ України два осново положних документи по стандартизації ЛЗ: ГСТ 42У-1-92 «Порядок розробки, погодження і затвердження нормативно-технічної документації на лікарські засоби і лікарську рослинну сировину» і ГСТ 42У-2-92 «Продукція медичної та мікробіологічної промисловості. Технологічні регламенти виробництва. Зміст, порядок розробки, погодження і затвердження».

ГСТ 42У-1-92 регулює питання фармацевтичної експертизи на всіх стадіях реєстрації вітчизняних ЛЗ. Основні принципи цього стандарту такі:

1. НТД на готову продукцію (ЛЗ) повинна бути тісно взаємозв'язана з технологічним регламентом її виробництва.
2. Зразки ЛЗ, на яких проводилася клініка, повинні відповідати продукції, яка серійно випускається.
3. Держава несе відповідальність за якість зразків ЛЗ, на яких проводяться клінічні випробування.

Згідно з цими принципами ГСТ 42У-1-92 встановлює нижченаведену схему фармацевтичної експертизи і контролю якості ЛЗ на стадії реєстрації.

Проект НТД і технологічний регламент (лабораторний або дослідно-промисловий) на новорозроблений ЛЗ подається в головну або базову організацію МОЗ України по стандартизації, де вони проходять попередню фармацевтичну (НТД) і технологічну (погодження регламенту) експертизи й одержують рекомендацію до подання у Фармакологічний та Фармакопейний комітети.

У випадку одержання дозволу Фармакологічного комітету до клінічних випробувань лабораторія фармакопейного аналізу (ЛФА) Фармакопейного комітету, з урахуванням зауважень головної або базової

організації по стандартизації, проводить аналіз зразків ЛЗ, які йдуть на клінічні випробування, з одночасною апробацією методик контролю якості НТД.

Після одержання дозволу до медичного застосування проект НТД разом з витягом головної (базової) організації про погодження того регламенту, за яким проводилося нароблення лікарського засобу на клініку, подається у Фармакопейний комітет для проведення остаточної фармацевтичної експертизи і затвердження.

Після затвердження НТД і одержання дозволу до медичного застосування і промислового виробництва лікарського засобу ЛФА дає висновок про якість перших п'яти промислових серій, що дозволяє порівняти зразки ЛЗ до і після клініки (лабораторні і промислові зразки). Наведена схема дає можливість додержуватися всіх вищезазначених принципів.

На жаль, останнім часом її порушують. Зокрема, рішенням Фармакологічного комітету нові ЛЗ допускаються на проведення першої стадії клінічних випробувань без попередньої фармацевтичної і технологічної експертизи у головній (базовій) організації, яка проводиться тепер після успішного проходження першої фази клінічних випробувань.

Оскільки ані регламент, ані НТД не проходить експертизу, це призводить до того, що на клінічні випробування передають ЛЗ, зроблені невідомо за якою технологією і невідомо якої якості. Мало того, немає жодної гарантії, що ЛЗ, які проходять клініку (і потім випускаються серійно), є однаковими, тобто виробляються за однією і тією ж технологією і мають один і той самий склад та якість. Особливо це може відбиватися на якості рослинних препаратів, де навіть невеликі зміни технології (наприклад, зміна складу розчинників) можуть привести до значної зміни складу і, відповідно, фармакологічних властивостей ЛЗ.

Рішення про виключення попередньої фармацевтичної і технологічної експертизи обґрутується тим, що більшість препаратів відсюється після першої стадії клініки. Однак такий відсів, а також деякі побічні ефекти лікарських засобів, що пройшли таким чином клініку, можуть бути пов'язані з їх низькою якістю. Пропонована нині процедура «потверджування якості» ЛЗ, що йдуть на клініку, за проектом НТД (виконується Держінспектцією), не може вирішити даної проблеми, оскільки сам проект НТД не проходить фармацевтичної експертизи і якість його нерідко буває низькою.

При такому підході держава в особі МОЗ України не може гарантувати безпеку хворим, на яких проводяться клінічні випробування.

Часто посилаються на досвід передових країн, де за якість ЛЗ, що йдуть на клінічні випробування, відповідає розробник, однак не беруть до уваги, що при цьому обов'язково попередньо проводиться фармацевтична експертиза НТД, а розробник відповідає лише за відповідність ЛЗ цій НТД, але не за її рівень.

При проведенні фармацевтичної експертизи ЛЗ, які пройшли першу фазу клініки, нерідко виявляються відсутність технологічного регламенту (який гарантує одержання ЛЗ стандартної якості) і дуже низький рівень НТД, показники якої не контролюють об'єктивно якість ЛЗ. Як приклад можна навести ін'єкційний препарат «Поліплатилен», який через властиву йому каламутність завідомо не проходив обов'язковий для ін'єкцій тест на механічні включення. А цей препарат вводили хворим при проведенні клінічних випробувань.

Нерідко в субстанціях не контролюються залишкові розчинники (наприклад, бензол у «Хлодифені»), не проводиться контроль технологічних домішок і продуктів розкладу і т. д.

В НТД на готові ЛЗ часто відсутні розділи «Розчинення», «Однорідність дозування», «Продукти розкладу», «Мікробіологічна чистота». Більше того, в деяких випадках методики аналізу просто не відтворюються або є необ'єктивними, що не дозволяє взагалі говорити про якість ЛЗ (наприклад, ЛЗ на основі екстракту квасолі). Беручи це до уваги, дані клінічних випробувань не завжди можна визнати цілком досто-

вірними. Особливо це стосується рослинних препаратів, де в деяких випадках просто відсутні методики кількісного визначення діючих компонентів (наприклад, «Магніколін»), що не дозволяє їх стандартизувати.

Необхідно терміново відновити попередню фармацевтичну експертизу вітчизняних ЛЗ у відповідності з ГСТ 42У-1-92 перед дозволом їх до клінічних випробувань.

Фармацевтична експертиза зарубіжних препаратів

На відміну від вітчизняних ЛЗ, де для забезпечення вимог якості у процесі реєстрації необхідно додержуватися затверджених ГСТ 42У-1-92 і ГСТ 42У-2-92, ситуація з забезпеченням якості зарубіжних ЛЗ, реєстрованих в Україні, має некерований характер і викликає тривогу.

При реєстрації зарубіжних ЛЗ вони повинні також, як і вітчизняні препарати, проходити фармакологічну (у Фармакологічному комітеті) і фармацевтичну (у Фармакопейному комітеті) експертизи. У процесі фармацевтичної експертизи проходить оцінка рівня НТД, введення в неї (при необхідності) додаткових вимог і експериментальна апробація методик аналізу (якщо вони викликають сумнів у експертних комісій). Фармацевтична експертиза закінчується погодженням доопрацьованої НТД і рекомендацій до реєстрації.

Основні принципи фармацевтичної експертизи НТД на зарубіжні ЛЗ:

1. Вимоги до якості зарубіжних готових ЛЗ та вихідних субстанцій повинні бути не нижче вимог ДФ XI і вітчизняних аналогів, а також вимог передових зарубіжних фармакопей — USP XXII, BP 1993, DAB 10.

2. Методики контролю якості повинні бути об'єктивними і зрозумілими для відтворення рядовому виконавцю при рутинному контролі якості імпортованого ЛЗ.

3. В НТД повинні бути детально викладені всі розділи, що стосуються якості ЛЗ, зокрема, «Описання», «Склад» (повний), «Упаковка», «Маркування» (українською або російською мовою), «Умови зберігання» і «Строк придатності».

Нині зарубіжні ЛЗ можуть реєструватися в Україні тимчасово (строком на один рік) і постійно (на п'ять років з наступною перереєстрацією). Звичайно ЛЗ реєструються спочатку тимчасово, а потім постійно.

Тимчасова реєстрація зарубіжних препаратів

При тимчасовій реєстрації фармацевтична експертиза НТД взагалі не проводиться і якість тимчасово зареєстрованих ЛЗ, що імпортуються в Україну, не контролюється — вони ввозяться за аналітичними паспортами фірми-виготовника. Такої практики немає в жодній цівілізований країні. Оскільки немає НТД, погодженої МОЗ України (в особі Фармакопейного комітету), то фірмі не можуть бути пред'явлені юридично обґрунтовані претензії щодо якості ЛЗ і вона може ввозити в Україну ЛЗ з строком придатності, що закінчився, як це вже було в Росії з інсуліном («Інсулін второй свежести», «Ізвестия» №№ 217 і 247 від 12 листопада і 24 грудня 1993 р.) або просто неякісну продукцію. Крім того, відсутність погодженої НТД (згадаємо, що в ній, крім методик контролю якості, наводяться склад, описання, упаковка, маркування, строк придатності і т. д.) може привести до фальсифікації дорогих ЛЗ.

Другим неприємним підсумком ігнорування фармацевтичної експертизи при тимчасовій реєстрації зарубіжних ЛЗ є відсутність оцінки рівня її об'єктивності вимог якості, закладених в НТД. Це призводить до проникнення на ринок України зарубіжних ЛЗ з вимогами до якості, істотно нижчими, ніж вимоги ДФХІ, і вітчизняних аналогів, що створює, крім небезпеки для споживачів, недобросовісну конкуренцію вітчизняним виробникам. Це стосується, насамперед, ЛЗ з країн, що роз-

виваються, і колишніх країн РЕВ, однак далеко не завжди рівень вимог НТД з розвинутих країн є високим. Це пов'язано з тим, що недобросовісні фірми представляють при реєстрації різні комплекти реєстраційних досьє в різні країни — залежно від рівня їх розвитку, що дає їм можливість зувати недоброкісну продукцію.

Таким чином, ринок тимчасово зареєстрованих в Україні ЛЗ навчає некерованого, неконтрольованого і, отже, небезпечної для споживача характеру. Сьогодні МОЗ України не має достовірної інформації про якість імпортованих тимчасово зареєстрованих в Україні ЛЗ і тому не може гарантувати їх безпечностю та ефективністю для споживача.

У країні СНД надходить потужний потік низькоякісних зарубіжних продовольчих і промислових товарів (див. «Ізвестия» № 141 від 27 липня 1994 р.). Тимчасова реєстрація ЛЗ створює ідеальні умови для такого ж потоку низькоякісних зарубіжних ЛЗ і може перетворити Україну у світовий смітник неякісних препаратів. Потвердженням цього є, наприклад, той факт, що далеко не всі ЛЗ, які одержали тимчасову реєстрацію, подаються потім на постійну (може бути, фірма не впевнена, що вона її зможе одержати?), а з тих, що представлені, далеко не всі одержують рекомендацію Фармакопейного комітету з першого подання через недостатній рівень НТД або її неповноту. Останнє зумовлює подальшу доробку фірмою НТД за зауваженнями експертних комісій Фармакопейного комітету.

Тимчасова реєстрація зарубіжних ЛЗ в Україні, яка мала, можливо, які-небудь резони у початковий період незалежності, тепер повинна бути припинена.

Постійна реєстрація зарубіжних препаратів

При постійній реєстрації зарубіжних ЛЗ на відміну від тимчасової вони проходять фармацевтичну експертизу у Фармакопейному комітеті за схемою, наведеною вище. Останнім часом висловлюють сумнів у доцільності фармацевтичної експертизи. ЛЗ, які подають до реєстрації в Україні, нерідко вже зареєстровані в ряді країн, у тому числі і в розвинутих, в яких вони вже пройшли відповідну фармацевтичну експертизу і реалізуються (це стосується насамперед так званих «generics»). Чи варто проводити її заново в Україні?

Однак при такій постановці питання виникає сумнів у доцільності проведення насамперед фармакологічної експертизи, оскільки всі її питання давно вирішенні при реєстрації в інших країнах. Фармацевтична ж експертиза потрібна у будь-якому випадку, оскільки необхідна погоджена Міністерством охорони здоров'я НТД, за якою буде контролюватись якість імпортованих ЛЗ. Можливі і міждержавні угоди, згідно з якими найбільш відомі виробники, які добре зарекомендували себе, ввозитимуть в Україну ЛЗ без реєстрації за своїми аналітичними паспортами. Проте і в цьому випадку потрібна фармацевтична експертиза — формальна, з метою погодження документу, за яким буде потім контролюватися ЛЗ — для запобігання можливій фальсифікації. Коли ж такі договори відсутні, фармацевтична експертиза обов'язкова.

Як уже згадувалось вище, фірми нерідко представляють різні комплекти реєстраційних досьє в різні країни — залежно від їх рівня розвитку. Тут можна виділити два випадки — реєстрацію загальновідомих (звичайно описаних у фармакопеях) ЛЗ (так званих «generics») і оригінальних препаратів фірми.

Фармацевтична експертиза «generics»

У випадку «generics» навіть дуже відомі фірми іноді представляють на фармацевтичну експертизу ксерокопію (а іноді і просто посилання) окремої статті однієї з провідних фармакопей (найчастіше USP XXII) замість повної аналітичної НТД. Так, фірма «Лабораторія Атрал, С. А.» представила на фармацевтичну експертизу досьє, яке включало з аналітичних документів лише ксерокопії окремих статей USP XXII. Однак у фармакопеях немає, наприклад, таких обов'язкових для реєст-

рації і контролю якості розділів, як повний склад, описання, упаковка, маркування, зберігання і строк придатності, оскільки вони значно відрізняються для різних фірм. Ці розділи є тільки в аналітичній НТД фірми, за якою вона фактично проводить контроль якості продукції, що випускається. Крім того, окремі статті провідних фармакопей, особливо USP XXII, значною мірою являють собою лише каркас аналітичної НТД, необхідної для контролю якості ЛЗ. Крім відсутності вищезазначених розділів, для USP XXII характерний науковий стиль методик контролю якості — в них не наводяться конкретні наважки, розрахункові формулі, процедурні розведення тощо. У ряді випадків, наприклад, при використанні методу ВЕРХ прямо припускається експериментальна оптимізація умов проведення аналізу (наприклад, для такого поширеного під різними фірмовими назвами зарубіжного антибіотика, як цефотаксим-натрій — USP XXII, с. 249). Це пов'язано з тим, що у різних фірм використовуються різні наповнювачі для одних і тих самих діючих речовин. Отже, експериментальна апробація методик USP обов'язкова для кожного конкретного препарату і конкретної фірми.

Усе це сильно утруднює, а іноді і робить неможливим проведення рутинного аналізу ЛЗ по окремих статтях USP XXII без їх попереднього уточнення. Невизначеність вимог до проведення аналізу ускладнює пред'явлення можливих претензій щодо якості. До того ж додається ще і нерідко поганий переклад (а іноді і його відсутність) аналітичної документації у реєстраційному досьє. Нагадаємо, що погоджена або затверджена фармакопейним комітетом НТД є юридичним документом, недодержання якого переслідується згідно з законом. Тому ніякі незрозуміlosti i rіznoчитання в НТД неприпустимі.

Ще одним поширеним випадком при фармацевтичній експертизі «generics» є представлення фірмами НТД, яка ґрунтуються на застарілих окремих статтях фармакопей (наприклад, подається НТД, яка ґрунтуються на Фармакопей Великобританії 1988 р., хоч уже є видання 1993 р.). Іноді це буває дуже істотним. Так, вимоги до якості інсуліну у Фармакопей Німеччини DAB 10 1992 р. значно вищі, ніж у DAB 10 1991 р. Фірма ж представляє на реєстрацію інсулін за вимогами 1991 р. Після відповідних записів Фармакопейного комітету це питання було врегульовано.

Як бачимо, навіть у випадку «generics» фармацевтична експертиза обов'язкова.

Фармацевтична експертиза оригінальних препаратів

У випадку оригінальних ЛЗ (не описаних у фармакопеях) фармацевтична експертиза значно ускладнюється, оскільки необхідна і експертиза НТД на субстанції. При цьому перевіряється об'єктивність контролю технологічних домішок і продуктів розкладу і т. д. У випадку низького рівня вимог до якості субстанцій Фармакопейний комітет не дає рекомендації до реєстрації готового ЛЗ незалежно від рівня НТД на готовий ЛЗ доти, поки не буде врегульоване питання щодо якості субстанцій. Як приклад можна навести капсули «Омепрол» (фірма «Здравле Лесковець», Югославія). Показники якості субстанції не відповідають вимогам ДФХІ (зокрема, в розділі «Описання» зазначений колір «від білого до червонувато-фіолетового», що неприпустимо і т. д.). До врегулювання питання щодо якості субстанцій цей препарат не може бути рекомендований до реєстрації.

Більш серйозні вимоги ставляться і до експертизи НТД на готові ЛЗ, оскільки у неї немає аналогів. Слід відмітити, що рівень вимог до якості таких ЛЗ навіть у відомих фірм буває невисокий. Так, є приклади, коли в НТД на ін'єкційні лікарські засоби, представленої такими фірмами на фармацевтичну експертизу, не контролюються отруйні консерванти (зокрема, фенол у «Целестоні» (Шерінг-Плау, США) — при вмісті 0,5 %); продукти розкладу, а також деякі діючі речовини; в НТД на таблетки відсутні тести «Однорідність дозування» і «Розчинність», межі вмісту діючих речовин значно ширші, ніж вимагається

за ДФХІ і т. д., що не припускається у вітчизняних препаратах. В деяких випадках необ'єктивними або невідтворюваними є і методики аналізу. Після відповідних запитів Фармакопейного комітету надавались необхідні матеріали, а межі вмісту наводились відповідно до ДФХІ, що підтверджує факт представлення цими фірмами різних реєстраційних досьє в різні країни.

Однією з причин низької якості аналітичної документації, що подається на фармацевтичну експертизу, у багатьох випадках є недостатня компетентність представників фірм. Вони часто не мають фармацевтичної освіти або відповідного досвіду роботи з ЛЗ, що утруднює подання необхідного комплекту документації.

Таким чином, сам по собі факт реєстрації ЛЗ в інших країнах не завжди свідчить про високий рівень НТД і відповідно імпортованого ЛЗ, оскільки ми не знаємо тих реєстраційних досьє, за якими даний ЛЗ реєструвався у цих країнах. Крім того, часто ЛЗ зареєстровані лише в тих країнах, де рівень вимог до якості ЛЗ нижче вимог ДФХІ (країни, що розвиваються). Формальне узгодження НТД фірм без їх наукової експертизи у випадку оригінальних препаратів значно небезпечніше, ніж у випадку «generics» і призведе до заповнення ринку України неякісними ЛЗ.

Іноді висловлюється думка, що фармацевтична експертиза надто тривала і стримує реєстрацію зарубіжних препаратів. Нині приблизно з 400 досьє на зарубіжні ЛЗ, що надійшли до Фармакопейного комітету, фармацевтичну експертизу пройшло майже 250. Крім того, розглянуто близько 100 вітчизняних препаратів. Для порівняння в колишньому СРСР згідно з Регістром лікарських засобів Росії 1993 р. було зареєстровано: у 1989 р.— 59, у 1990 р.— 226, у 1991 р.— 221 ЛЗ. У 1989 р. FDA (США) зареєструвало 401 препарат, 265 з яких — «generics» (Chem. Britt.— 1992.— Vol. 28, N 7.— P. 594). Беручи до уваги значно більшу чисельність населення США і незрівнянно потужнішу службу FDA, не можна говорити про повільну роботу Фармакопейного комітету України при проведенні фармацевтичної експертизи.

При своєчасному поданні необхідного для реєстрації комплекту документів рекомендація до реєстрації може бути дана через 2,5 місяця.

Фармацевтична експертиза при перереєстрації зарубіжних препаратів

НТД на вітчизняні ЛЗ піддаються обов'язковому перегляду і перевіртвдженю у Фармакопейному комітеті в установлениі строки: ТФС — через три роки, ФС — через п'ять років. Необхідність перегляду пов'язана з технічним прогресом і загальним підвищеннем в усьому світі вимог до якості ЛЗ: введення додаткових тестів (наприклад, в 1990 р. ДФХІ ввела нові обов'язкові тести — «Мікробна чистота», «Однорідність дозування», «Розчинення» і т. д.; в останні роки контроль залишкових розчинників у субстанціях і продуктів розкладу в ін'єкціях став обов'язковим і т. д.), посилення вимог до об'єктивності методик аналізу (широке розповсюдження хроматографічних методів) і т. п. Відзначимо, що перегляд НТД на ЛЗ є загальносвітовою практикою — кожні п'ять років виходять нові видання фармакопей США та Великобританії (не кажучи вже про щорічні доповнення до них) з новими, більш жорсткими вимогами до якості ЛЗ (див., наприклад, наведений вище випадок з якістю інсулуїну).

З цієї точки зору зовсім незрозуміла існуюча нині в Україні перереєстрація зарубіжних ЛЗ, строк реєстрації яких в колишньому СРСР закінчився, без попередньої фармацевтичної експертизи у Фармакопейному комітеті (див. Список перереєстрованих ЛЗ — «Фармац. журн.», 1993—1994 рр.).

Незрозуміло, чому зарубіжні ЛЗ мають привілеї перед вітчизняними. Є приклади, коли рівень НТД на такі перереєстровані ЛЗ не витримує критики і значно нижче вимог ДФХІ та вітчизняних аналогів (це стосується, зокрема, деяких ЛЗ колишніх країн РЕВ —

наприклад, для препаратів фірми «Польфа», Гродзиськ). Беручи до уваги, що рівень вимог до якості ЛЗ безперервно зростає, така практика дискримінує вітчизняних виробників і призводить до того, що в Україну можуть імпортуватися низькоякісні препарати. Перереєстрація зарубіжних ЛЗ повинна проводитися за тими ж правилами, що і для вітчизняних препаратів — з обов'язковою фармацевтичною експертізою НТД.

Висновки

1. Реєстрація як вітчизняних, так і зарубіжних ЛЗ в Україні повинна проводитися обов'язково на базі результатів двох експертіз: фармацевтичної (Фармакологічний комітет) і фармацевтичної (Фармакопейний комітет).

2. Сьогодні в Україні ігнорується фармацевтична експертіза вітчизняних лікарських засобів на першій стадії клінічних випробувань, що ставить під сумнів достовірність цих випробувань і створює небезпеку для хворих. Фармацевтична експертіза вітчизняних препаратів повинна відповідати ГСТ 42У-1-92 і ГСТ 42У-2-92.

3. Тимчасова реєстрація зарубіжних ЛЗ створює ідеальні умови для надходження на ринок України препаратів низької якості і повинна бути припинена.

4. Постійна реєстрація зарубіжних препаратів має проводитися з обов'язковою попередньою фармацевтичною експертізою НТД у Фармакопейному комітеті.

5. Відсутність фармацевтичної експертізи при перереєстрації зарубіжних препаратів дискримінує вітчизняних виробників і може привести до надходження на ринок України неякісних ЛЗ. При перереєстрації необхідна обов'язкова фармацевтична експертіза НТД у Фармакопейному комітеті.

6. Беручи до уваги важливість фармацевтичної експертізи при реєстрації зарубіжних ЛЗ, необхідно терміново затвердити відповідне Положення.

B. P. Georgievskiy

ВОПРОСЫ КАЧЕСТВА ПРИ РЕГИСТРАЦИИ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ

Изложена действующая на нынешнем этапе в Украине система стандартизации лекарственных средств.

V. P. Georgievsky

MEDICATION REGISTRATION AND QUALITY CONSIDERATION

SUMMARY

The information about the valid system of standardization of medical preparations in Ukraine is presented in this article.

(Стаття передрукована з журналу «Фармаком». — 1994. — № 8—9. — С. 1).



медімпекс

252001 КИЇВ, Хрещатик, 12

АКЦІОНЕРНО КОМЕРЦІЙНЕ
ТОВАРИСТВО

Представництво в Україні



ГЕДЕОН РІХТЕР — УКРФАРМ

СПІЛЬНЕ УКРАЇНСЬКО-УГОРСЬКЕ ПІДПРИЄМСТВО

Спільне українсько-угорське підприємство «ГЕДЕОН РІХТЕР — УКРФАРМ» (Київ) було засновано влітку 1993 р. з метою поновлення постачання сучасних угорських лікарських засобів та поширення їх асортименту.

Нині «ГЕДЕОН РІХТЕР — УКРФАРМ» — єдине підприємство з іноземними інвестиціями в Україні, чия діяльність спрямована на реалізацію фармацевтичних препаратів виробництва Угорщини та інших країн. При цьому пільгові умови угорського партнера дозволяють формувати відпускні ціни, які є самими низькими в порівнянні з цінами інших постачальників.

Ліки, які реалізує спільне підприємство «ГЕДЕОН РІХТЕР — УКРФАРМ», зареєстровані у Фармакологічному комітеті МОЗ України, мають сертифікати якості і дозволені до реалізації контрольно-аналітичною лабораторією.

У травні 1994 р. в Києві була відкрита фіrmова аптека АТ «Гедеон Ріхтер». В містах Запоріжжі та Івано-Франківську відкрито філії СП «ГЕДЕОН РІХТЕР — УКРФАРМ», які включають представництво, фіrmову аптеку та склад. До кінця 1995 р. передбачається відкриття філій у містах Донецьку, Дніпропетровську, Луганську, Полтаві, Харкові, Ужгороді та Феодосії. Таким чином, ліки з емблемою «Гедеон Ріхтер» стануть доступними практично кожному мешканцю України.

Структура спільного підприємства відповідає сучасним вимогам ведення торговельної та маркетингової діяльності в умовах становлення ринкових відносин в Україні. Фірма має можливість доставляти товар у будь-який регіон України.

Спільне підприємство «ГЕДЕОН РІХТЕР — УКРФАРМ» має надію на плідне співробітництво і ділові контакти з Вами.

Україна, 252050, м. Київ, вул. Лермонтовська, 4

офіс:

тел. (044) 213-08-09

телефакс (044) 213-32-23

торговий відділ:

тел. (044) 219-13-89

телефакс (044) 216-03-94

фіrmова аптека

«Гедеон Ріхтер»

вул. Артема, 68

тел. (044) 244-56-53

УДК 614.27

ПРО МІЖНАРОДНИЙ СІМПОЗІУМ «НОВИЙ УГОРСЬКИЙ ПРЕПАРАТ «КВАМАТЕЛ» У МЕДИЧНІЙ ПРАКТИЦІ»

У листопаді 1994 р. у Харкові на базі Українського НДІ терапії АМН України пройшов міжнародний симпозіум «Новий угорський препарат «Квамател» у медичній практиці».

Ініціатором проведення симпозіуму, його генеральним спонсором виступило Акціонерне товариство хімічний завод «Гедеон Ріхтер» (Будапешт). Це один з найстаріших фармацевтичних заводів Європи, який був заснований 1901 р. Нині завод виробляє 170 різних препаратів і

експортує свою продукцію у 80 країн світу. АТ «Гедеон Ріхтер» має багаторічні традиції щодо розробки і впровадження власних оригінальних препаратів, 17 з яких стали значним внеском у світовий арсенал медикаментів.

Серед учасників симпозіуму були провідні спеціалісти Угорщини, України, а також лікарі-гастроентерологи і терапевти з країн близького і далекого зарубіжжя.

У роботі симпозіуму взяли участь близько 200 спеціалістів з усіх регіонів України, які представляли як медичні науково-дослідні інститути і центри, обласні інститути і кафедри удосконалення лікарів, так і обласні та міські структури об'єднання «Укрфармація» Міністерства охорони здоров'я України.

Під час роботи симпозіуму офіційним представником АТ хімічний завод «Гедеон Ріхтер» — спільним українсько-угорським підприємством «Гедеон Ріхтер — Укрфарм» була розгорнута велика експозиція, яка знайомила присутніх з сучасними медичними препаратами виробництва АТ «Гедеон Ріхтер». Представники СП пропонували всім учасникам симпозіуму і відвідувачам виставки великий вибір реклами та інформаційної продукції, зустрічались з усіма бажаючими обговорити конкретні пропозиції, вислуховували зауваження.

На симпозіумі розглядалося широке коло проблем щодо застосування «Квамателу» в лікуванні гастроентерологічних захворювань.

«Квамател», міжнародна назва якого «Фамотидин», є представником третього покоління Н₂-блокаторів гістамінових рецепторів. Він ефективно знижує основну, нічну, стимульовану і жею і лікарськими засобами секрецію соляної кислоти, що є необхідним моментом у процесі вилікування пептичної виразки і профілактики рецидивів захворювання.

Відкрила симпозіум доповідь доктора Ласло Пронаї (Угорщина) «Застосування «Фамотидину» при виразковій хворобі», в якій узагальнено результати випробування препарату 2 Терапевтичної клініки медичного інституту ім. Семельвейса у Будапешті. Доповідач детально зупинився не тільки на застосуванні препарату при виразковій хворобі, але і на фармакології, фармакокінетиці, клініко-фармакології і побічних явищах «Квамателу» («Фамотидин» випускається в Угорщині АТ хімічним заводом «Гедеон Ріхтер» під назвою «Квамател»).

Так, було повідомлено, що для одержання бажаного лікувального ефекту у порівнянні з іншими антагоністами Н₂-рецепторів вимагається найменша кількість діючої речовини і що вже навіть прийом 40 мг (увечері всієї дози або двічі на добу по 20 мг) «Квамателу» значною мірою зменшує основне і стимульоване виділення шлункової секреції, а також сприяє послабленню або зникненню бальового синдрому.

Побічні явища зустрічаються не часто.

Доктор Ілона Пазоні (Угорщина) викладає аналіз результатів застосування таблеток та ін'екцій «Квамателу» у великого контингенту хворих.

Медичний відділ хімічного заводу «Гедеон Ріхтер» організував багатоцентрові клінічні випробування «Квамателу», головною метою яких було одержання даних про ефективність і можливі побічні дії препарату на якомога більшій кількості хворих.

Дослідження проводились з використанням анкетування. Випробування таблеток здійснювалось у 114 центрах протягом 4 і 8 тижнів. Ведучими діагнозами, при яких використовувався «Квамател», була виразка дванадцятитисячної кишki (48 %) і стравохідний рефлюкс (22 %), за ними йшли виразка шлунка й езофагіт.

За одностайною думкою лікарів, які брали участь у дослідженнях, і на підставі одержаних результатів можна зробити висновок, що таблетки «Квамателу» є надійним і безпечним засобом в лікуванні патології шлунково-кишкового тракту.

Ін'екційну форму «Квамателу» випробовували в 48 центрах протягом 5—7 днів. Анкетування провели у 546 хворих. Ефективність і безпечність препарату одностайно відзначена спеціалістами всіх центрів.

У доповіді А. Б. Зіменковського (Львівський центр шлунково-кишкових кровотеч) показана ефективність застосування «Квамателу» у хворих з виразковими й ерозивними процесами верхніх відділів шлунково-кишкового тракту, ускладненими кровотечами різних ступенів важкості.

Доповідач представив результати обстежень 68 хворих. Призначення цим пацієнтам «Квамателу» у добовому дозуванні 80 мг дозволило домогтися повного заживлення ускладнених дуоденальних виразок у 67 % випадків, частково — в 33 %. При цьому він звернув увагу на можливість поєднання призначення «Квамателу» з іншими лікарськими препаратами, такими як нестероїдні протизапальні засоби, антибіотики, наркотичні речовини, що може бути успішно використано для запобігання стресовим виразкам, лікування супутніх виразковій хворобі хронічних запальних захворювань інших органів і систем.

Порівняльному аналізу ефективності Н₂-блокаторів трьох поколінь у терапії виразкової хвороби була присвячена доповідь професора І. І. Дегтярьової (Інститут удосконалення лікарів, Київ).

Показаний істотний вплив Н₂-блокаторів на зниження рівня факторів агресії у хворих на виразкову хворобу, найбільш виражений при прийомі «Квамателу» у порівнянні з «Ранітидином» і «Циметидином». Крім того, відмічено стимулюючий вплив «Квамателу» на вироблення факторів захисту слизової оболонки шлунка і дванадцяталої кишки, зокрема, збільшення концентрації білків слизу, вироблення секреторного імуноглобуліну класу А.

Особливу увагу було приділено позитивній дії «Квамателу» на систему перекисного окислення ліпідів. За даними автора, препарат сприяв підвищенню активності антиоксидантної системи, стійкості клітин слизової шлунка і дванадцяталої кишки до продуктів перекисного окислення ліпідів. Розглядалась також висока ефективність «Квамателу» у сполученні з селективними М-холінолітиками (пірензепіном) при лікуванні хронічних панкреатитів.

У доповіді завідуючого відділом гастроenterології (Український НДІ терапії АМН України), доктора медичних наук О. Я. Бабака були представлені не тільки дані вивчення клінічних, але і морфологічних проявів виразкової хвороби дванадцяталої кишки в динаміці лікування «Квамателом».

Результати дослідження продемонстрували, що препарат поряд з високою клінічною ефективністю приходить до швидкого, надійного і, що особливо важливо, повноцінного рубцювання виразкового дефекта.

У кінці симпозіуму пройшла дискусія, в якій взяли участь директор Українського НДІ терапії, академік НАН і АМН України Л. Т. Малая, професор І. І. Дегтярьова, професор Н. Ф. Дейнеко.

Усі виступаючі висловили відчіність акціонерному товариству «Медімпекс» (директор представництва АТ «Медімпекс» в Україні М. Л. СЯТИНЯ) і спільному українсько-угорському підприємству «Гедеон Ріхтер — Укрфарм» (генеральний директор І. А. КАЦАРА) за надану можливість клінічного випробування препарату «Квамател», відзначили його високу ефективність, незначні побічні ефекти, що дозволяє рекомендувати препарат до використання в лікуванні виразкової хвороби і хронічних панкреатитів не тільки на стаціонарному, але і на амбулаторно-поліклінічному етапі.

Е. Я. НІКОЛЕНКО, канд. мед. наук, заступник директора,
О. Я. БАБАК, д-р мед. наук, проф., завідуючий відділенням
гастроenterології
М. Н. ГРУНЧЕНКО, канд. мед. наук, вчений секретар

Український НДІ терапії АМН України

Надійшла до редакції 18.11.94.

ПРО ОРГАНІЗАЦІЮ ЛІКАРСЬКОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ НАСЕЛЕННЯ НА РЕГІОНАЛЬНОМУ РІВНІ

УДК 615.16:92 (Богданов)

МИКОЛА МИХАЙЛОВИЧ БОГДАНОВ



У 1978 р. закінчив Харківський державний фармацевтичний інститут і здобув звання провізора.

Трудову діяльність розпочав з посади заступника, а згодом завідуючого аптечним складом. З грудня 1991 р. М. М. Богданов — заступник генерального директора Сумського ВО «Фармація», а з лютого 1993 р. його генеральний директор.

УДК 614.27

М. М. БОГДАНОВ, генеральний директор Сумського ВО «Фармація»

УПРАВЛІННЯ ФАРМАЦЕВТИЧНОЮ СЛУЖБОЮ СУМСЬКОЇ ОБЛАСТІ ЗА СУЧASНИХ УМОВ

Сумське ВО «Фармація»

Складне становище із забезпеченням ліками в Україні, відсутність Закону про ліки та фармацевтичну діяльність привело до того, що закупівлею ліків, крім ВО «Фармація» і центральних районних аптек, почали займатися лікувально-профілактичні заклади та комерційні структури. При цьому вони допускають численні порушення законодавчих нормативних документів з питань контролю якості та реалізації ліків, зокрема має місце закупівля ліків, не зареєстрованих в Україні, без сертифікатів якості і протоколів-аналізів контрольно-аналітичної лабораторії. Нерідко лікувально-профілактичні заклади закуповують медикаменти у комерційних структур при наявності їх в аптеках, іноді за значно вищими цінами, а також при наявності боргу аптекам за вже відпущені ліки. Це відволікає державні кошти від закупівлі необхідних медичних препаратів державною аптечною мережею.

Для формування раціональної структури управління аптечними закладами області, поліпшення координації виробничої, господарської, комерційної діяльності, розвитку зовнішньоекономічних зв'язків, спрямованих на більш повне задоволення потреб населення і лікувально-профілактичних закладів лікарськими засобами та виробами медичного призначення, а також здійснення контролю за зберіганням, розподілом і реалізацією отруйних, наркотичних, сильнодіючих лікарських засобів та якістю виготовлених ліків виконкомом Сумської обласної Ради народних депутатів прийняв рішення від 23.08.94 р. № 28 «Про реорганізацію обласного виробничого об'єднання «Фармація» та управління майном аптечних підприємств і закладів області». Цим рішенням обласне виробниче об'єднання «Фармація» визначене головною організацією, відповідальною за забезпечення населення та лікувально-профілактичних закладів медикаментами і виробами медичного призначення, йому доручена координація діяльності з цих питань усіх служб області, включаючи аптечні заклади різних форм власності.

© М. М. Богданов, 1995

У своїй діяльності обласне виробниче об'єднання «Фармація» підпорядковане об'єднанню «Укрфармація» і виконокому Сумської обласної Ради народних депутатів. Очолює об'єднання генеральний директор, затверджений цим рішенням. Управлінням комунальної власності обласної Ради народних депутатів делеговано генеральному директору ВО «Фармація» права по управлінню аптечним майном, а генеральним директором ВО «Фармація» укладені контракти з керівниками підвідомчих юридичних одиниць.

Об'єднання здійснює керівництво і контроль за діяльністю підвідомчих аптечних установ, добір кадрів на посади керівників центральних районних аптек і аптечних установ обласного підпорядкування за погодженням з виконкомами місцевих Рад народних депутатів та визначення форм найму на роботу.

Обласному виробничому об'єднанню «Фармація» підпорядковані 23 юридичні одиниці: 20 центральних районних аптек, міжлікарняна аптека № 175, фармацевтична фабрика і виробничо-торговельне підприємство «Сумифармація». До складу підприємства «Сумифармація» входить обласна оптова аптечна база з філією в м. Глухові, обласна контролально-аналітична лабораторія та аптека № 235 м. Суми.

Обласне виробниче об'єднання «Фармація» вирішує питання:

- розвитку, спеціалізації, реорганізації та оренди аптечних установ, затверджую їх статути;
- передачі та ліквідації комунального майна (основних засобів) лише за згодою власника;
- закупівлі та реалізації лікарських засобів і предметів медично-го призначення;
- організації заготівлі та реалізації лікарської рослинної сировини;
- здійснення бухгалтерського обліку та проведення заходів, спрямованих на зміцнення фінансового стану аптечних закладів;
- проведення комплексних, документальних ревізій та перевірок підвідомчих аптечних закладів з питань фармацевтичного порядку, організації контролю якості ліків та санітарно-епідеміологічного режиму;
- проведення інформаційної роботи серед лікарів та аптечних працівників про асортимент лікарських засобів, товарів медичного призначення та з інших питань лікознавства;
- підвищення рівня професійних знань провізорів та фармацевтів області шляхом проведення семінарів, конференцій та направлення в аптечну мережу довідково-методичної літератури;
- ціноутворення та застосування цін в аптечних закладах та підприємствах області і деякі інші питання.

Роботу по забезпеченню лікувально-профілактичних закладів медикаментами та виробами медичного призначення об'єднання «Фармація» проводить на основі договорів, укладених з управлінням охорони здоров'я облвиконкому, а на районному рівні — між центральними районними аптеками та лікарнями.

Рішенням облвиконкому лікувально-профілактичним закладам заборонено здійснювати роздрібну торгівлю медичними товарами, а також закупівлю ліків та інших товарів медичного призначення без погодження з об'єднанням «Фармація». Керівників Сумської митниці цим же рішенням зобов'язано щодекадно інформувати об'єднання «Фармація» про надходження медичних товарів на територію області з країн СНД.

В рішенні виконавчого комітету знайшли відображення перспективні плани розвитку фармацевтичної служби Сумщини щодо будівництва фармацевтичної фабрики в м. Суми, створення комп'ютерного забезпечення державних аптечних закладів та банку даних лікарських засобів для оперативного вирішення питань лікарського забезпечення та поповнення обігових коштів аптечної мережі.

На виконання цього рішення задіяні виконкоми районних Рад народних депутатів.

Надійшла до редакції 25.10.94.

У цій новій рубриці публікуватимуться матеріали про становлення фармацевтичної галузі України за умов ринкових відносин, прямі контакти з фармацевтичними фірмами світу, роботу консигнаційних складів, організацію лікарського забезпечення в інших країнах, які також будують ринкову економіку, розвиток професійної ініціативи та підприємництва фармацевтів, спрямованих насамперед на розширення національного ринку ліків зі збереженням загальнодоступних цін, а також статті дискусійного характеру.

УДК 614.27

Б. Л. ПАРНОВСЬКИЙ, д-р фармац. наук, проф.

ШЛЯХИ КЕРОВАНОГО РОЗДЕРЖАВЛЕННЯ АПТЕЧНОЇ МЕРЕЖІ ЗІ ЗБЕРЕЖЕННЯМ ДЕРЖАВНОГО КОНТРОЛЮ ЛІКАРСЬКОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ НАСЕЛЕННЯ УКРАЇНИ

Львівський державний медичний інститут

Одним з елементів переходу народного господарства до ринкової економіки є зміна державної власності на корпоративну та приватну. Відповідні процеси вже почалися в аптечній системі України навіть на обласних (міських) рівнях, коли зі структури ВО «Фармація» виходять та відокремлюються аптечні склади, аптечна мережа певних районів, окремі аптеки. Одночасно вже є не поодинокі приклади відкриття приватних аптек (у нових, не завжди добре пристосованих приміщеннях). Комерційні структури в різних регіонах України роблять спроби перевести на себе реалізацію певних «вигідних» лікарських засобів, мати монополію на них: Можна констатувати також, що в ряді областей погрішився контроль за додержанням фармацевтичного порядку в аптеках, перестала функціонувати система атестації фармацевтичних кадрів, підвищення їх кваліфікації.

У зв'язку з вищеперечисленним перш ніж започаткувати процес загального роздержавлення аптек необхідно делегувати виробничому об'єднанню «Укрфармація» провідні функції, які дозволять зберегти державний контроль та регулювання лікарського забезпечення населення України, зокрема:

1. Законотворчу діяльність, що регламентує порядок роботи аптек усіх форм власності, вимоги до одержання, зберігання, виготовлення, контролю та відпуску лікарських засобів з аптек.
2. Забезпечення внутрішньосистемного контролю якості ліків.
3. Відомчий контроль за дотриманням положень фармацевтичного порядку.
4. Виконання положень державної політики регулювання цін на лікарські засоби.
5. Формування кадрової політики (потреба у фармацевтичних кадрах, підвищення кваліфікації, атестація).

На сучасному, перехідному до ринкових відносин, етапі, коли лише формується децентралізована система постачання аптечних закладів, є об'єктивна необхідність і в органі фармацевтичного керівництва на обласному (міському) рівні. Принциповим завданням республіканських та обласних органів керівництва аптечною службою є збереження аптечної мережі та фармацевтичних кадрів (заборона перепрофілізації приміщень аптек, збереження їх спеціалізації), координація взаємодії систем медичної та лікарської допомоги.

Приватизація державних аптек, на наш погляд, є передчасною, зокрема, у зв'язку з відсутністю відповідної інфраструктури (демонополізовані аптечні склади, які могли б створити певне конкуруюче середовище, сучасний комп'ютерний зв'язок і т. д.). Для практичної мобілізації фінансових, виробничих, закупівельних резервів доцільно створити фармацевтичні акціонерні товариства з правом поступової приватизації аптек товариства.

Для розробки концептуальних питань шляхів майбутнього розодержавлення аптечних установ розпорядженням Львівської обласної державної адміністрації у 1993 році створена робоча група для впровадження нових форм господарювання в аптечній службі області. До її складу ввійшли спеціалісти обласного ВО «Фармація», фонду комунального майна, Львівського медичного інституту, економісти, юристи. На підставі аналізу стану лікарського забезпечення області та інших регіонів України, економічних показників роботи аптек, а також за результатами вивчення даних літератури про тренди та закономірності перебудови аптечної служби у країнах Східної Європи робоча група обґрунтувала доцільність створення фармацевтичного акціонерного товариства (ФАТ) на базі аптечних закладів області. Основні положення концепції створення ФАТ, які розглядались на загальних зборах представників трудових колективів аптек та одержали позитивну оцінку, такі:

1. Контрольний пакет акцій залишається за державою. ФАТ дотримується чинного законодавства в галузі охорони здоров'я, виконує розпорядження МОЗ України та об'єднання «Укрфармація», підпорядковується державному регулюванню цін, реалізує державну політику в галузі підготовки, вдосконалення фармацевтичних кадрів.

ФАТ виконує державне замовлення на забезпечення населення та установ охорони здоров'я лікарськими засобами та виробами медичного призначення по всій необхідній номенклатурі.

2. Лікарняні, міжлікарняні та інші аптеки, що забезпечують лікувально-профілактичні заклади, лишаються державними (до складу ФАТ входять лише аптеки, які обслуговують виключно населення). Для забезпечення рівних соціально-економічних умов всім аптечним працівникам передбачено, що акціонерами можуть бути і працівники лікарняних, міжлікарняніх аптек.

3. Виключається можливість перепрофілювання аптечних закладів, в тому числі спеціалізованих.

4. ФАТ зобов'язується забезпечити більш високий у порівнянні з фактичним рівень лікарського забезпечення області з пріоритетним постачанням лікувально-профілактичних закладів.

Безумовно, в інших областях України конкретні моделі побудови ФАТ можуть відрізнятися. На наш погляд, принциповим є те, що форма акціонування, як перехідна від централізованої аптечної системи до приватної, найбільш раціональна.

Надійшла до редакції 10.10.94.

Б. Л. Парновский

ПУТИ УПРАВЛЯЕМОГО РАЗГОСУДАРСТВЛЕНИЯ АПТЕЧНОЙ СЕТИ С СОХРАНЕНИЕМ ГОСУДАРСТВЕННОГО КОНТРОЛЯ ЛЕКАРСТВЕННОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ НАСЕЛЕНИЯ УКРАИНЫ

Проведен анализ современной проблематики организации лекарственного обеспечения населения. Сформулированы централизованные функции объединения «Укрфармація», необходимые для осуществления государственного контроля работы аптек с различной формой собственности.

Предложен вариант модели фармацевтического акционерного общества.

ПРО ХІД ТА ПЕРСПЕКТИВИ ЕКОНОМІЧНИХ РЕФОРМ В АПТЕЧНОМУ ГОСПОДАРСТВІ

Львівський державний медичний інститут

На сьогоднішній день практично вже не існує централізованої системи постачання аптечних закладів на обласному рівні. Однак для окремих видів лікарських засобів така централізована система має діяти і в умовах ринкової економіки (лікарські засоби для забезпечення медицини катастроф, наркотичні лікарські засоби, деякі інші). Для органів фармацевтичного керівництва обласного (міського, навіть районного) рівня стало практикою одержання лікарських засобів за бартером з інших країн, регіонів, а також через комерційні структури. Фактично, фармацевтичний ринок формується стихійно за участю консигнаційних складів, дилерів закордонних фармацевтичних фірм, вітчизняних закладів, які займаються оптовою реалізацією лікарських засобів. Головні лікарі великих лікувально-профілактичних закладів також включаються у цей ринок. Недоліки існуючої системи ціноутворення змушують їх шукати можливості придбання більш дешевих лікарських засобів безпосередньо зі складів (баз) або навіть з заводів-виробників, які також прагнуть мати свою частку у роздрібному ринку лікарських засобів.

Уже накопичений певний досвід операцій з різними видами валути, її купівлі на тендерах, взаємодії з митницями, податковою системою при ввезенні лікарських засобів. Поряд з державними аптеками існують орендні з власним розрахунковим рахунком і навіть окремі приватні аптеки, тобто можна констатувати наявність певного конкуруючого середовища, яке необхідне для створення ринкової системи в аптечному господарстві. Демонополізаційним фактором є також активна робота Фармакологічного комітету МОЗ України по впровадженню на вітчизняний ринок ефективних фіrmових препаратів, «generics» з різних країн світу.

Окремо розглянемо фактор ціни на фармацевтичному ринку і необхідність захисту малозабезпечених категорій населення. Відзначимо, що в аптечній системі існує конкретна адресна допомога таким категоріям населення, як інваліди, хронічно хворі тощо. І все ж вартість фармакотерапії зростає.

Г. Ю. Яцкова вивчила динаміку вартості фармакотерапії захворювань, які поширені в дітей. Так, за її даними у державних аптеках вартість лікарських засобів для комплексного лікування трахеїту в дитині віком 5—7 років зросла в перерахунку від 0,06 (на 01.01.92 р.) до 2,73 долара (на 01.09.93 р.) та до 3,50 долара (на 01.09.94 р.). Отже, якщо за 20 місяців після 01.01.92 р. зазначена вартість зросла на 2,67 долара, то за наступні 12 місяців — лише на 0,77 долара. Таким чином ріст вартості сповільнився, однак ще не можна констатувати його стабілізацію.

Незважаючи на те, що вартість лікарських засобів дедалі зростає, відбувається реальне зменшення фактичного товарообороту аптек у порівняльних цінах. Ряд експертів вважає, що це пов'язано зі зниженням купівельної спроможності населення, а також зменшенням відповідних асигнувань лікувально-профілактичним закладам.

Після аналізу існуючого фармацевтичного ринку, що склався у передхідний до ринкової економіки період, розглянемо напрямки економічних реформ щодо його оптимізації.

За теорією ринкової економіки одним із завдань державної законотворчості є створення конкуруючого демонополізованого середовища, яке актуальне і для аптечного господарства. Уже 16, 17 та 74 статті

«Основ законодавства України про охорону здоров'я» фактично констатають можливість створення аптечних закладів з різними формами власності. Йдеться про можливість створення (відкриття) нової приватної аптеки.

У проекті закону «Про забезпечення лікарськими засобами» дана теза розвинута в напрямку створення закладів з різною формою власності, що займаються як оптовою, так і роздрібною реалізацією лікарських засобів. Отже, існує чітка тенденція у законотворчій діяльності Верховної Ради України до формування конкуруючого аптечного середовища.

Відповідно ряд досліджень було присвячено організаційно-економічним і правовим аспектам роздержавлення аптек шляхом їх корпоратизації (створення фармацевтичних акціонерних товариств на обласному, міському, районному рівнях) та приватизації. Подальші наукові дослідження мають бути спрямовані на розробку механізму роздержавлення аптек, прогнозних економічних розрахунків дивідендів, можливості існування приватної аптеки, особливо за умови, що вона не одержить пільг, які одержують державні аптечні заклади.

Якщо процес роздержавлення аптек в теоретичному та практичному плані вже розпочинається, то створення конкуруючого середовища в ланці оптової торгівлі лікарськими засобами не відбулось. Відкрито кілька консигнаційних складів, деякі центральні аптечні склади вийшли з підпорядкування обласним ВО «Фармація», проте практичного впливу на поліпшення постачання лікарськими засобами не спостерігається. Проект закону України «Про забезпечення лікарськими засобами» включає положення, яке дозволяє створювати приватні заклади для оптової торгівлі ліками. Досвід країн Східної Європи свідчить, що після відповідного державного дозволу приватні аптечні склади починають активно створюватись, розбудовується їхня інфраструктура (комп'ютерний зв'язок з аптеками, спеціальний автотранспорт). У результаті аптека має можливість на конкурентних засадах одержувати аналогічні лікарські засоби від кількох складів і не зберігати у себе такі великі товарні запаси, які характерні для сьогодення. Слід очікувати, що створення розвинутого фармацевтичного ринку, в якому функціонують аптечні склади різних форм власності, не лише поліпшить стан лікарського забезпечення, а сприятиме встановленню цін на лікарські засоби, адекватних купівельній спроможності населення.

Принципове значення для економічної реформи має державна політика щодо регулювання (нерегулювання) цін на ліки. При цьому як альтернативні можна розглядати варіанти:

1) Держава встановлює фіксовані ціни на всі або принаймні життєво-необхідні ліки, перелік яких систематично переглядається;

2) Встановлюються лише максимальні ціни;

3) Нічим не обмежені ціни диктуються самою аптечною системою на республіканському, обласному рівнях або навіть на рівні аптеки;

4) Державне регулювання цін на лікарські засоби шляхом створення механізму який встановлює максимальний рівень рентабельності аптечних закладів.

Методика ціноутворення за останнім варіантом була обґрунтована в докторській дисертації А. С. Немченко (1992 р.) і впроваджена у життя. Фактично встановлення роздрібних цін має місце на обласному рівні, тому не поодинокі випадки, коли ціни на деякі препарати в різних регіонах значно відрізняються. На наш погляд, регулювання та контроль за цінами на лікарські засоби як важливого соціального продукту має здійснюватися безпосередньо державою. Спеціальний закон про ціни на лікарські засоби в Україні повинен регламентувати максимальні націнки та податки на промислові та оптові ціни з делегуванням об'єднанню ВО «Укрфармація» державних уповноважень по контролю за їх дотриманням.

З існуючими системами ціноутворення на лікарські засоби пов'язаний маркетинговий аналіз стану фармацевтичного ринку.

У цьому напрямку розвиваються тепер класичні дослідження з аналізу споживання ліків у роботах З. М. Мнушко та інших авторів.

О. М. Заліська вивчила вітчизняний ринок препаратів для лікування урологічних захворювань (сечокам'яної хвороби, запальних процесів нирок та сечовивідних шляхів). Усього через державні та комерційні структури в Україну надходить близько 60 препаратів для лікування зазначеної патології. Слід відзначити, що ціни на аналогічні препарати окремих фірм різні. Наприклад, антибактеріальний засіб для лікування циститу, простатиту, уретриту — налідиксова кислота випускається у формі таблеток по 0,5 г (56 штук в упаковці) під торговою назвою «Неграм». На фармацевтичний ринок України цей препарат пропонують: «Медіфарм», Польща за 5,20 долара, «КРКА», Словенія — за 5,35 долара, «Стерлінг», Англія — за 7,10 долара. Цей же лікарський засіб у формі капсул по 0,5 г (56 штук в упаковці) під назвою «Невіграмон» пропонується фірмами «Хіноїн», Угорщина за 10,00 доларів та «БіоМарк», Угорщина за 12,30 долара. Ще вищі ціни на препарат, якщо він постачається через українські посередницькі фірми: Київське товариство з обмеженою відповідальністю «АВГУР» пропонує «Неграм» («КРКА», Словенія) за 9,20 долара, а «Невіграмон» («Хіноїн», Угорщина) за 17,60 долара. Отже, маркетингове вивчення фармацевтичного ринку дозволяє вибрати оптимальну економічну стратегію закупівлі лікарських засобів. Додатковим фактором, який слід при цьому враховувати, є упакування (фасовка) ліків, особливо для постачання лікувальних закладів. Наприклад, препарат «Налідиксова кислота» у формі таблеток по 0,5 г (1000 штук в упаковці) від фірми «Брюофармекспорт», Бельгія коштує 80 доларів. Аналогічна кількість таблеток у дрібній фасовці мала б вартість від 92,86 до 126,16 долара.

Принципове значення у практичному фармацевтичному маркетингу має пошук незаповненої ніші для позиціонування товару. Прикладом успішного позиціонування було впровадження тампаксу до нашого ринку, на якому відповідних аналогів не було. Продовжуючи такий підхід, К. І. Рязанова виявила відсутність досліджень ринку лікарських засобів, які застосовують з діагностичною метою у кардіологічній практиці. Зокрема, використовують для діагностики:

- прихованої коронарної недостатності — нітрогліцерин у дозі 1 таблетка або 2–3 краплі 1 % розчину;
- компенсаторних можливостей коронарного кровообігу — 1/2—1 таблетка нітрогліцерину залежно від віку, ваги хворого;
- змін кінцевої частини ЕКГ-комплексу шлуночків — 4—6 г калію хлориду (на 100 мл води);
- пароксизмальної тахікардії та ішемічної хвороби серця — індепрал у дозі 1 таблетка (0,04 г);
- ішемічної хвороби серця — дипіридамол у дозі 0,045 г на ізотонічному розчині внутрішньовенно;
- спазму коронарних судин з підоозрою на спонтанну стенокардію — ергометрину малеат в дозі 0,05 мг;
- ваготонії або запальних захворювань міокарду — атропіну сульфат у дозі 1 мл 0,1 % розчину підшкірно;
- пароксизмальної тахікардії — АТФ у дозі 2 мл 1 % розчину внутрішньом'язово;
- ішемічної хвороби серця — еуспіран у дозі 0,5 мг в 200 мл ізотонічного розчину.

Наведені дані дозволяють розробити просту методику визначення потреби в вищеперелічених лікарських засобах для діагностики, а також ставити питання про їх раціональну фасовку й упаковку.

Отже, проведений нами аналіз свідчить про наявність елементів переходу національного фармацевтичного ринку від планово-централізованого до функціонуючого на базі ринкової економіки.

Надійшла до редакції 28.11.94.

Б. Л. Парновский, О. Н. Залиская, Е. И. Рязанова, Г. Ю. Яцкова

**О ХОДЕ И ПЕРСПЕКТИВАХ ЭКОНОМИЧЕСКИХ РЕФОРМ
В АПТЕЧНОМ ХОЗЯЙСТВЕ**

Проведен анализ хода экономических реформ в аптечном хозяйстве Украины в переходной период от планово-централизованной к рыночной экономике.

B. L. Parnovsky, O. N. Zaliskaya, E. I. Rjazanova, G. J. Jatskova

**PROGRESS AND PERSPECTIVES OF ECONOMIC REFORMS IN
DRUG STORE MANAGEMENT**

SUMMARY

There has been carried out analysis of economic reforms in drug store system of Ukraine in the period of transition from the planned-centralized economy to the market one.

УДК 614.27

*Б. Л. ПАРНОВСЬКИЙ, д-р фармац. наук, проф.,
А. Й. ДАЦКО, канд. фармац. наук., доц.,
І. А. ТУПІС, провізор, К. І. РЯЗАНОВА, асп., О. О. ВАЛДАЄВА, провізор*

**НОВІ НАПРЯМКИ НАУКОВИХ ДОСЛІДЖЕНЬ
З ОРГАНІЗАЦІЇ ТА ЕКОНОМІКИ ФАРМАЦІЇ**

Львівський державний медичний інститут

Закономірності формування та розвитку методології досліджень з організації та економіки фармації проаналізовано у 1988 р. (2). Зокрема, у зазначеній роботі наводиться визначення об'єкту та предмету досліджень організації та економіки фармації (ОЕФ), а також розглянуті загальнонаукові та специфічні методи, які використовує ця дисципліна. До традиційних напрямів досліджень з ОЕФ належать питання організації та управління фармацевтичними закладами, потреба в лікарських засобах, економіка фармацевтичної системи, кадри фармацевтичної системи, фармацевтична інформація, соціальні питання фармації, історія фармації (3). З переходом фармацевтичної системи до ринкової економіки класичні роботи з визначення потреби на лікарські засоби доповнюються маркетинговим аналізом стану фармацевтичного ринку, можливостей розробки, диверсифікації чи позиціювання лікарського засобу як товару. Українською фармацевтичною академією розробляється відповідний напрямок з цих питань, а також об'єктом її досліджень є фармацевтична проблематика з організації та економіки фармації, а також доцільність впровадження страхової та родинної медицини.

Беручи до уваги магістральний напрямок роздержавлення народного господарства в Україні, у фармацевтичній системі для пошуку шляхів акціонування та приватизації фармацевтичних аптечних закладів так само розробляються специфічні аспекти даного процесу. Слід відмітити також, що останнім часом значно інтенсифікувалися дослідження історичного характеру, спрямовані на вивчення процесу становлення національної фармацевтичної системи. Зокрема, про результати таких історичних досліджень доповідалося на І Конгресі Світової Федерації Українських Фармацевтичних Товариств (Львів, 1994 р.).

Класичним предметом досліджень з ОЕФ є пошук закономірностей споживання специфічних лікарських засобів та широкого спектра

дії. Характерно, що у проекті Закону України «Про ліки» до лікарських належать і діагностичні засоби, які також надходять через аптечну мережу і які раніше як об'єкт досліджень в ОЕФ не вивчалися.

Останнім часом були проведені дослідження, спрямовані на розробку динамічних моделей потреби в реактивах для біохімічного та клінічного аналізів крові (1). Цікавим є напрямок (1), спрямований на вивчення потреби в таких реактивах при дослідженні крові в умовах функціонування родинної медицини. Аналогічні дослідження у цьому плані проводяться К. І. Рязановою для діагностичних засобів, що застосовуються в кардіологічній та онкологічній практиці.

У ряді розвинутих країн існує спеціалізація при підготовці фахівців з ветеринарної фармації. У вітчизняній вищій фармацевтичній школі лише розглядаються окремі ветеринарні лікарські форми, а організаційні та економічні дослідження лікарського забезпечення ветеринарної медицини не проводяться. Тому А. Й. Дацко, І. А. Тупіс на підставі аналізу стану та проблематики забезпечення України ветеринарними препаратами обґрунтують систему ветеринарної фармації. При цьому ряд методичних підходів, які вже широко застосовуються в ОЕФ, можуть використовуватися і для ветеринарної фармації. На нараді генеральних директорів виробничих об'єднань «Фармація» (Київ, вересень 1994 р.) прийнято рішення про створення фармацевтичних акціонерних товариств, доцільно розробити відповідні організаційно-правові моделі та провести економічне дослідження потенціальних витрат, дивідентів тощо. Взагалі комплекс економічних питань, пов'язаних з переходом аптечного господарства до функціонування в умовах ринку, є, на наш погляд, перспективним та цікавим для комплексних наукових досліджень.

1. Валдаєва О. О. // Фармац. журн.— 1994.— № 2.— С. 32—34.
2. Парновский Б. Л., Смирнова Л. П. // Фармация.— 1988.— № 2.— С. 10—13.
3. Смирнова Л. П., Шураєва Т. К. та ін. // Фармац. журн.— 1988.— № 3.— С. 70—73.

Надійшла до редакції 10.10.94.

**Б. Л. Парновский, А. И. Дацко, И. А. Тупис,
Е. И. Рязанова, О. А. Валдаєва**

НОВЫЕ ПУТИ НАУЧНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ ПО ОРГАНИЗАЦИИ И ЭКОНОМИКЕ ФАРМАЦИИ

Проведен анализ проблематики научных исследований по организации и экономике фармации. Рассмотрены следующие новые направления: организационно-правовые и экономические аспекты расгосударствления аптек, определения потребности в диагностических лекарственных средствах, система ветеринарной фармации.

УДК 614.27

**С. С. ХМЕЛЕВСЬКА, д-р фармац. наук, проф., В. С. КОМАР, канд. фармац. наук, доц.,
О. А. КОМАР, провізор**

ЧИ СТАНЕ АПТЕКА ЗА УМОВ РИНКУ ЛИШЕ ТОРГОВЕЛЬНИМ ЗАКЛАДОМ?

**Львівський державний медичний інститут,
науково-виробничий лікарсько-фармацевтичний центр «Оффіцина»**

І науковці, і практичні фармацевтичні працівники України ведуть постійні дискусії про напрями подальшого розвитку фармации та моральні аспекти лікарського забезпечення населення на шляху до «рин-

ку...» (3,5); стан виробництва медикаментів і можливості виходу з кризи для вітчизняної фарміндустрії (1,2); структурування аптечних закладів у багатопрофільні (державні, акціонерні) об'єднання (концерни) з виробниками і постачальниками ліків (13) та модифікації концепцій приватизації фармацевтичної служби країни (7); удосконалення системи управління якістю лікарських засобів у будь-яких аптеках різної форми власності (11); підготовку і підвищення кваліфікації кадрів, які будуть змушені працювати в нових умовах, виконувати свої професійні обов'язки на вищому рівні і більш грунтовної компетентності в галузі фармакотерапії фахівця державної або приватної аптечної мережі (4,16).

Але при цьому треба пам'ятати, що ще з часів Галена (131—201/210 р. н. е.) аптека була, є і буде найважливішою ланкою фармації при всіх формах економіки та власності в суспільстві і що професія фармацевта повинна бути престижною і у нас, а не тільки у розвинутих країнах світу. Зрозуміло, що реформування (і подальший розвиток) системи охорони здоров'я в Україні вимагає певних змін в організації діяльності аптечної служби. Аптеки, дійсно, сьогодні не можуть підтримувати сталість свого функціонування без внесення змін і застосування нових методів управління та організації всіх виробничих процесів.

Без знання сучасного фармацевтичного маркетингу і менеджменту неможливо забезпечити економічність та прибутковість діяльності аптек, ВО «Фармація» (10). А до того ж, ліки як особлива категорія товару вимагає ще й обізнаності з їхніми фармакологічними властивостями, перевагами «брэнднейм» перед «дженерік», специфікою застосування хворими різних вікових груп або ж при комплексній патології та ін. (14—17).

Хоча аптека в майбутній Україні їй уявляється нам як органічне поєднання фармацевтичного маркетингу, менеджменту, ергономіки, фармацевтичної географії, комп'ютеризації з клінічною фармацею, фармакотерапією, біофармацею, фармацевтичною інформатикою, фармакоепідеміологією, охороною навколишнього середовища, санітарною пропагандою, все ж вона не з'явиться на голому місці. Не можна під політичні гасла нашого часу зруйнувати все те позитивне, що було накопичено у фармації. Соціальна спрямованість нашої аптечної служби не повинна поступитися перед комерцією, конкурентією, прибутковістю сумнівного походження та іншими атрибутиами «розвинутого капіталізму».

Необхідно зберегти і надбання, і впроваджувати досвід запропонованих вперше в Україні принципів спеціалізації обслуговування (9): дітей (19), людей похилого віку (15, 18), створення міжлікарняних, фіто-, дерматологічних та інших профілізованих аптек (8), а також консультивних центрів по обслуговуванню певних груп населення (15).

Співпраця фармацевта з конкретним хворим, його лікарем — є основою, на якій будеться ефективність і безпека проведення сучасної фармакотерапії з урахуванням індивідуальності пацієнтів певного віку, статі, соціального стану, наявності супутньої патології, екологічної збудненості регіону та ін. (14).

В аптекі хворому мусять повідомити дозування ліків, спосіб і час їх прийняття, інтервали між вживанням препаратів та їжі, загальний курс застосування медикаменту, правила і термін його зберігання, режим поведінки під час лікування, симптоми при передозуванні, тактику запобігання ускладненням (14, 22). Звідси, аптека попри все, не повинна бути лише торговельним закладом і прибуток не повинен працювати за критерій діяльності її співробітників.

Зрозуміло, що і продаж ліків не пасивний процес у колі службових обов'язків фармацевта, бо 60 % хворих перебувають на прийомі у лікаря в стресовому стані, не пам'ятають вказівок, тому в аптекі фахівці мусять вміти інформувати пацієнта з усіх питань використання ліків (21).

Сучасні препарати занадто дорогі, їх пошук займає багато

років, у зв'язку з чим фірми-розробники витрачають до 10—17 % своїх інвестицій від виробництва препаратів на інформацію про них, навчання лікарів та фармацевтів раціональному використанню і запобіганню можливим ускладненням при їх вживанні (20). Тут не завадить нагадати, що така концепція фармацевтичної інформації розроблялась в Україні ще на початку 70-х років (6).

Аптеки проводять медикаментозне забезпечення не тільки населення, але і лікувально-профілактичних закладів, отже, можуть стати базою підготовки клінічних фармацевтів, в компетенцію яких входило б проведення аналізу медикаментозних історій хвороби (карт призначень ліків), участь в обході разом з лікарями, призначення найдоцільніших для даного пацієнта препаратів, ознайомлення лікарів з надходженням нових медикаментів, їх перевагами перед традиційними та особливостями безпечного їх використання (4, 14).

Необхідно враховувати і той факт, що, незважаючи на все більше широке впровадження в номенклатуру аптек готових лікарських засобів, індивідуальність хворих, підвищений алергентний настрій багатьох з них вимагають впровадження сучасних технологічних новацій і в екстемпоральне виготовлення, бо значна кількість стабілізаторів, консервантів, формоутворювачів у препаратах заводського виробництва небажана для великої групи пацієнтів. Зростає екстемпоральне виготовлення ліків навіть в лікарняних аптеках США, Німеччини. Отже, аптеки мусуть зберегти таку ланку, як рецептурно-виробничі відділки, бо виготовлення індивідуальних складних розчинів для парентерального харчування певних груп хворих, лікарських форм із цитостатичними активними речовинами (при протираковій хіміотерапії) повинно проводитися під постійним контролем фармацевта. Тобто поряд з розвитком аптек-фабрик по випуску готових форм (ін'єкційних розчинів, очних крапель, мазей, свічок, фітозасобів) малими серіями під постійним контролем аптечної аналітичної та бактеріологічної служби мусить розвиватися й установи з кабінетним (напівкабінетним) методом лікарського обслуговування населення (12), маленькі аптечки з індивідуальним ставленням до кожного пацієнта-відвідувача.

Підсумовуючи, треба наголосити, що майбутнє нашої аптеки — це не тільки торгівля медикаментами, але і досконала практика, навчання, пошук нового, віра в майбутнє, захист фахівця-фармацевта, а також важливість удосконалення процесу фармацевтичної освіти, бо проходження практики студентами, навчання інтернів, обмін досвідом роботи з курсантами факультетів удосконалення надають аптекам можливість спрямувати наукові пошуки вчених на розвиток сучасних методів діяльності аптечних закладів.

1. Батюк В. С. // Фармац. журн.— 1994.— № 3.— С. 3—5.
2. Георгієвський В. П., Крамар О. Ф., Ляпунов М. О. // Там же.— 1994.— № 3.— С. 6—15.
3. Жалко Є. О. // Там же.— 1994.— № 3.— С. 41—42.
4. Комар В. С., Каленюк Т. Г., Гром О. Л., та ін. // Там же.— 1994.— № 1.— С. 73—75.
5. Котенко О. М. // Там же.— 1993.— № 2.— С. 20.
6. Парновский Б. Л. // Фармация.— 1977.— № 1.— С. 58—60.
7. Парновский Б. Л. // Фармац. журн.— 1993.— № 1.— С. 20—22.
8. Парновский Б. Л., Волох Д. С., Знаевская А. В. Специализированная аптека.— К.: Здоров'я, 1988.— 96 с.
9. Пиняжко Р. М., Парновский Б. Л., Сингалевич Н. И. Тр. ВНИИФ.— 1978.— Т. 16.— С. 47—52.
10. Пономаренко М. С., Загоровська Л. Т., Москаленко Л. Г. // Фармац. журн.— 1993.— № 2.— С. 21—23.
11. Скулькова Р. С. // Там же.— 1993.— № 2.— С. 16—18.
12. Скулькова Р. С., Ладигіна Т. А. // Там же.— 1980.— № 6.— С. 49—51.
13. Узденіков О. М. // Там же.— 1993.— № 2.— С. 12—16.
14. Хмелевська С. С. // Там же.— 1983.— № 4.— С. 53—58.
15. Хмелевська С. С. // Фармация.— 1986.— № 2.— С. 27—33.
16. Хмелевська С., Сидорук Б., Сятиня А. // Фармац. журн.— 1994.— № 5—6.— С. 58.

17. Хмелевская С., Каленюк О., Вербинец А. и др. // Тез. III Нац. съезда фармацевтов Молдовы.—Кишинев, 1993.—С. 68—69.
18. Хмелевська С. С., Парновський Б. Л. // Фармац. журн.—1980.—№ 5.—С. 53—57.
19. Шевчук О. І. // Там же.—1967.—№ 6.—С. 63—70.
20. Фогель Х. Р. // Промедикум.—Берлин, 1993.—№ 1.—С. 3—5.
21. Jolich Y., Hartlová S. // Farm. obz.—1972.—N 2.—S. 49—52.
22. Kisoň S. // Ibid.—1972.—N 3.—S. 81—88.

Надійшла до редакції 20.11.94.

C. C. Хмелевская, В. С. Комар, Е. А. Комар

СТАНЕТ ЛИ АПТЕКА В УСЛОВИЯХ РЫНКА ТОЛЬКО ТОРГОВОЙ ОРГАНИЗАЦИЕЙ?

Еще со временем Галена аптека была, есть и будет важнейшим звеном фармации при всех формах экономики и собственности в обществе.

Будущая аптека в Украине видится нам как органическое единство фармацевтического маркетинга, менеджмента, эргономики, фармацевтической географии, компьютеризации с клинической фармацией, фармакотерапией, биофармацией, фармацевтической информатикой, фармако-эпидемиологией, охраной окружающей среды, санитарным просвещением. Социальная направленность нашей аптечной службы не должна поступиться конкуренции, коммерции, доходности сомнительного происхождения.

S. S. Khmelevskaya, V. S. Komar, O. A. Komar

WILL THE DRUG STORE BECOME A TRADING ORGANIZATION IN THE PERIOD OF MARKET DEVELOPMENT?

SUMMARY

The drug store of the future in Ukraine is expected to be an integral whole of pharmaceutical marketing, management, ergonomics, pharmaceutical geography, computerization with clinic pharmacy, pharmacological therapeutics, biopharmacy, pharmaceutical computer science, pharmacological epidemiology, environment protection, sanitary enlightenment. Social orientation should not yield to commercial competition and dubious profitability.

УДК 614.27

М. С. ПОНОМАРЕНКО, д-р фармац. наук, проф.

АПТЕКА СЬОГОДНІ І ЗАВТРА

Київський державний інститут удосконалення лікарів

У слухачів циклів підвищення кваліфікації кафедри організації та економіки фармації Київського інституту удосконалення лікарів МОЗ України часто виникає питання про подальшу реорганізацію, модернізацію та вдосконалення аптечної мережі, розвиток і втілення страхової фармациї, ціноутворення та ін. Гостру дискусію завжди викликають перспективи приватизації аптек, змін форм власності та їх співіснування в разі втілення ідеї відкриття приватних аптек, малих та спільних підприємств фармацевтичного профілю.

Куратор циклу старший викладач канд. фармац. наук В. В. Огородник та староста передаєстацийного циклу провізорів-організаторів (вересень—жовтень 1993 р.) завідуюча аптекою медико-санітарної частини № 3 м. Кузнецівська Рівненської області Н. П. Зайчик організували обговорення тематичних статей з цього питання, опублікованих у «Фармацевтичному журналі».

Слід зазначити, що склад слухачів досить різноманітний як за досвідом, так і за специфікою діяльності аптечних закладів та установ, в яких вони працують, охоплює багато регіонів України.

Серед них є представники міжлікарняних, відомчих і спеціалізованих, госпрозрахункових та бюджетних аптек. А тому і кожен має своє бачення на вирішення однієї і тієї ж проблеми.

Резюмуючи підсумки дискусії, можна виділити два основних напрямки вирішення цієї проблеми. Прихильники однієї з них категорично наполягають на тому, що аптеки повинні бути державними, приватними, колективними у вигляді акціонерних товариств закритого та відкритого типу, тобто визначають можливість існування аптек з різними формами власності, але при умові суворого збереження традицій аптеки як монопрофільної установи. Це означає, що аптека може і повинна займатися лише виготовленням, реалізацією, зберіганням ліків та інших засобів лікарського призначення, проводити санітарно-просвітницьку роботу і т. п. Іншими словами, аптека повинна, незалежно від форми власності, зберегти свій традиційний статус медичного закладу (з торговельними функціями), як це зафіксовано у «Положенні про аптеку», іншими чинниками на сьогоднішній день. Таку позицію підтримують і відстоюють слухачі курсів з достатньо великим стажем роботи, у яких сформувалось відношення до аптеки як медичної установи.

Прихильники іншого напрямку розвитку фармації в Україні вважають, що діяльність аптеки повинна бути поліпрофільною. Не відхиляючи ідею співіснування аптечних закладів з різною формою власності, вони впевнені, що аптека повинна займатися реалізацією, окрім притаманних їй товарів аптечного асортименту та медичного призначення і супутніх товарів, що необхідні або сприяють зміцненню здоров'я населення,— лікувальної білизни, спортивоварів, косметичних виробів, парфумів, різних виробів санітарії та гігієни, мінеральних напоїв, фруктових та овочевих соків, у тому числі і для дітей, фітопродукції як у дозованій упаковці, так і на розлив тощо.

При підготовці до приватизації аптек слід урахувати досвід спеціалістів, які в процесі своєї діяльності уже пройшли певні етапи зміни підпорядкування та форми господарчо-фінансової діяльності.

Значна кількість спеціалістів аптечного профілю є прихильниками створення акціонерних товариств. При цьому з метою створення належних умов для роботи аптек вони вважають за доцільне передати на баланс акціонерних товариств фармацевтичного профілю усі основні, обігові засоби, у тому числі приміщення, а де це доцільно — і земельні наділі.

Одночасно аптеки, які не комерціалізовані (де частково або повністю ціноутворення регулюється державою), при дефіциті валового доходу для забезпечення фінансово-господарчої діяльності повинні одержувати бюджетні чи страхові надходження на покриття частини збитків та формування бюджетного прибутку від місцевих органів влади.

Значна кількість слухачів провізорів-спеціалістів висловлює думку, що аптеки, які мають не державний статус (мале, спільне підприємство або ж приватні аптеки і т. п.), законодавчо повинні мати право широкої комерційної діяльності — виробництва і реалізації лікарських засобів, вирощування лікарських рослин, екологічно чистих продуктів харчування, у першу чергу для дітей, та іх реалізації, продажу товарів народного споживання, бартеру, клірингу, зовнішньоекономічної, посередницької та іншої діяльності, яка не суперечить чинному законодавству.

Такий підхід забезпечує аптекі матеріальну стабільність і без будь-яких дотацій від держави гарантує покриття усіх витрат, пов'язаних з реалізацією ліків. Як упереджений крок від свавілля та уникнення перепрофілізації аптек обов'язково умовою повинно бути збереження (або збільшення) фактичного обсягу фармацевтичної діяльності аптеки. Одночасно, можливо, було б доцільним проведення бартерних операцій для одержання вітчизняних або зарубіжних лікарських засобів.

При цій розбіжності поглядів на аптеку за умов ринкових відносин всі спеціалісти дотримуються єдиного підходу до створення та до-

тримання належних для зберігання, виготовлення, забезпечення добро-якісності лікарських засобів та вимог щодо відпуску ліків.

Учасники дискусії не претендують на абсолютну істину, а лише висловлюють свої думки і сподіваються на продовження обговорення проблеми вдосконалення організаційної справи у фармації.

Слід зазначити, що питання розвитку аптеки у майбутньому широко обговорюються міжнародною фармацевтичною громадськістю, найчастіше під загальною рубрикою «Аптека у 2000 році».

Однак проблема існування аптек з різними формами власності уже давно вирішена. У багатьох розвинених країнах Заходу існують аптеки власні, страхових компаній, державні, муніципальні, культові і т. п.

І мова здебільшого йде не про користь поліпрофільної діяльності аптеки, тобто надання її статусу закладу, який займається усіма видами комерційної діяльності (торгівля товарами широкого вжитку, харчовими продуктами та ін.), а про вдосконалення аптеки як лікувального закладу і поступові зміни фармацевтичної діяльності кадрового потенціалу, які б відповідали запитам охорони здоров'я.

Оскільки обговорення цих питань у «Фармацевтичному журналі» тільки розпочалось, ми не ставимо за мету робити якісь упереджуючі висновки, а лише наведемо деякі приклади бачення аптеки майбутнього, проаналізувавши велику кількість літературних джерел.

Основною темою є підготовка кадрів, які в змозі вирішувати конкретні завдання з урахуванням вимог часу і у зв'язку з передбаченими конкретними змінами самої функції спеціалістів фармацевтичного профілю, що детермінується змінами функцій та специфіки аптек. Йдеться, насамперед, про подальшу спеціалізацію аптеки і виконання нею функцій центру клінічної фармації незалежно від форми власності.

У зв'язку з цим сьогодні і завтра фармації визначається у комплексі національних програм охорони здоров'я будь-якої країни. Ще у 1975 р. на прикладі клінічної аптеки подружжя Ваууглер (фармацевт і медична сестра) показано, яка повинна бути фармацевтична служба мікрорайону або невеликого містечка у майбутньому (1). Ще тоді був впроваджений метод ведення у аптекі картки призначення лікарських засобів на кожного хворого, кімнати для інструктажу та консультації хворого, вимірювання кров'яного тиску, кабінету медичної сестри тощо. Автори експерименту вважають, що у 2000 р. будуть існувати центри для відпуску ліків за рецептами за допомогою ЕОМ та допоміжних працівників (можливо, в аптекі будуть фармацевтичні працівники для консультацій хворих), а також аптечна служба, пов'язана із сімейним центром здоров'я.

Більшість провізорів (фармацевтів) у 2000 р. буде працювати в клініках у тісному співробітництві з лікарями і збирати лікарський анамнез, тобто вести в аптекі досьє на хворого (Канада) або медикаментозний паспорт (ФРН) (8, 9, 11). Можливо, буде узаконено категорію ЛЗ, які будуть відпускатися фармацевтом самостійно, що дозволить йому ставити нескладний діагноз і призначати лікування з метою скорочення навантаження лікаря (12).

Деякі автори відзначають, що для максимального поліпшення лікарської допомоги у США необхідно розширювати функції клінічного фармацевта за умов амбулаторного лікування. На їх думку, клінічний фармацевт міг би виконувати 90 % функцій клінічного фармаколога (6).

За пропозицією державних органів в Австралії дозволяється широкий продаж нерецептурних лікарських засобів поза аптечною мережею (14).

На думку деяких авторів (5, 12), фармацевтичні працівники у 2000 р., окрім відпуску, зберігання та виготовлення ліків, будуть нада-

вати консультації, поради не лише щодо використання ліків, але і харчування дітей і дорослих. Через аптеки повинні розповсюджуватися бюлетені, які орієнтовані на пацієнтів, з питань охорони здоров'я, проводиться оцінка та сортuvання усіх відомостей щодо ЛЗ і охорони здоров'я населення. Провізори, вважають спеціалісти США, будуть розглянутись як експерти з медикаментозної терапії. Деяким провізорам, що матимуть спеціальні посвідчення, буде дозволено призначати лікарські засоби у рамках обмеженого переліку ліків (3). У майбутньому очікується поглиблення протиріч між фармацевтами, які усвідомлюють свою роль у сприянні ефективності лікарської терапії, і фармацевтами, які передбачають меркантильні інтереси. Функції фармацевта у 2000 р. розглядаються на рівні амбулаторного, стаціонарного і спеціалізованого лікування (3, 7).

У деяких країнах (Німеччині, Австрії, Швейцарії, Чехії і Словаччині) також існують два підходи. Їх умовно називають «німецький» і «французький» (4). Перший підхід — це коли аптечна служба ототожнюється із фармацевтичною промисловістю, другий — це визначення області фармації, яка включає клінічну діяльність, косметологічну промисловість, аналіз навколошнього середовища і т. п. Такий підхід характерний для Франції, Польщі, Бельгії, Голландії, Люксембургу, Іспанії, Японії та ін.

На даний час у США з фармацевтичної галузі виділена у самостійну ядерна фармація. Розглядається питання про виділення фармації харчування, психофармації і онкологічної (10). У зв'язку з цим у США відбуваються зміни у підготовці відповідних спеціалістів. Так, у фармацевтичних коледжах готуються спеціалісти двох професійних ступенів: бакалавра наук (після закінчення 5-річного курсу) і доктора фармації (після 6-річного курсу навчання з клінічною практикою). Передбачається присуджувати лише ступінь доктора фармації, який стане обов'язковою умовою для реєстрації і видачі фармацевтичними управліннями штатів ліцензії на практичну діяльність (13).

Як бачимо, за кордоном дискусія про майбутню аптеку здебільшого йде в іншому руслі.

У відповідності до законодавства США питання про виділення окремої спеціальності фармації рекомендується радою з фармацевтичних спеціальностей. Для цього треба підтвердити передбачений напрямок діяльності за 7 критеріями: потреба органів охорони здоров'я, необхідність у таких спеціалістах, їх кількість і зайнятість, спеціалізована область знань, навчання та перепідготовка.

Загальна кількість фармацевтів США, зайнятих клінічними питаннями, перевищує 5000, при цьому більш ніж 400 спеціалістів зайняті виключно клінічною фармацевтичною практикою. Розроблена та втілена спеціальна програма для навчання студентів і перепідготовки спеціалістів у області клінічної фармації. Клінічна фармація визнана як спеціальна дисципліна у 68 із 72 коледжів США (10).

1. Baugner D. R. // Drug. Intellegence.— 1975.— V. 9, N 8.— P. 420—425.
2. Berbatis C. G., Sunderland V. B. // Austr. J. Pharm.— 1985.— V. 66, N 780.— P. 169—174.
3. Issetts B. J. // Amer. Pharm.— 1986.— V. 26, N 5.— P. 26—34.
4. Dzis' i jutro farmacyi // Farm. pol.— 1985.— N 10.— P. 601—604.
5. Quo vadis Apotheke im Jahr 2000? // Pharm. ztg.— 1986.— N 12.— S. 683—688.
6. McLeod D. C. // Amer. J. hosp. Pharm.— 1976.— V. 33, N 1.— P. 29—38.
7. Mc Leod D. C. // Drug. Intellegence.— 1975.— V. 9, N 8.— P. 406—411.
8. Pharmacie Canadienne. Moniteur.— 1985.— N 1677.— P. 3392—3397.
9. Reisen P. // Pharm. Ztg.— 1978.— Bd. 129, N 36.— S. 1502—1507.
10. Rodman J. H., Elenbaas R. M., Evans W. E. // Amer. Pharm.— 1986.— V. 26, N 7.— P. 50—59.
11. Schaaf D. // Dtsch. Apth. Ztg.— 1976.— Bd. 116, N 9.— S. 283—286.
12. Schuffeis M. // Pharm. Ztg.— 1979.— Bd. 124, N 8.— S. 339—340.
13. Swintowsky I. V., Horkin H., Vogt D. D. // Amer. Pharm. Ass.— 1975.— V. 15, N 12.— P. 689—707.
14. Thomas R., Ortiz M. // Austr. J. Pharm.— 1986.— V. 66, N 790.— P. 57—64.

Надійшла до редакції 16.11.94.

АПТЕКА СЕГОДНЯ И ЗАВТРА

Рассматриваются материалы дискуссии, проведенной среди слушателей курсов повышения квалификации на кафедре организации и экономики фармации Киевского института усовершенствования врачей, о путях реорганизации, модернизации и усовершенствования аптечной системы, а также приведен краткий анализ фармацевтической деятельности в ряде стран Запада.

МЕНЕДЖМЕНТ І МАРКЕТИНГ

УДК 614.2+658.336.8

З. М. МНУШКО, д-р фармац. наук, проф., Н. М. КАЛЮЖНА, асп.,
Н. М. ОМЕЛЬЧЕНКО

ДОСЛІДЖЕННЯ ІНФОРМАЦІЙНИХ ПОТРЕБ КЕРІВНИХ ПРАЦІВНИКІВ АПТЕК

Українська фармацевтична академія

Ефективність роботи керівника значною мірою залежить від рівня його інформованості, вміння оперативно використовувати отримувану інформацію у процесі прийняття рішень і загальної організації діяльності підприємства.

Кількість інформації і виникаючі при управлінні проблеми збільшуються із зростанням розмірів підприємства. Проте навіть відносно невеликі організації до яких можна віднести аптечні заклади, змущені переробляти значні обсяги інформації. Водночас діяльність сьогоднішніх керівників ускладнюється необхідністю знання сучасних теорій управління, зокрема, менеджменту, основ ринкової економіки, принципів бізнесу і підприємництва.

З огляду на те, що діяльність завідуючих аптечними закладами також підволадна впливу ситуації, що склалася, нами проведено дослідження їх інформаційних потреб з метою подальшої розробки баз знань для автоматизованих навчаючих та інформаційно-управлінських систем. Використано метод анкетного опитування.

Анкета містила дві частини: перша — загальні відомості про анкетованого, друга — безпосередньо експертний аркуш, який включав 28 запитань закритого типу, оцінного типу і комбінованих. Опитувані повинні були виділити найбільш важливі події з усієї сукупності, визначити кількісні характеристики знань за окремими показниками, встановити пріоритет подій, рангів, послідовності.

Внаслідок обробки анкет був отриманий один з показників параметричної статистики — Х — середня арифметична, а також оцінний ступінь узгодженості експертів з кожного запитання за допомогою коефіцієнта конкордації (4), який може коливатися від 0 до 1 (чим більше коефіцієнт до 1, тим вище узгодженість думок експертів). Кількісно оцінені важливість питань менеджменту для практичної роботи; аспекти індивідуальної поведінки підлеглих; фактори зовнішнього середовища, які найбільше впливають на роботу аптеки; виникнення окремих видів обміну інформацією; значущість різних видів комунікацій; прийнятність використання комп'ютера.

Було опитано 112 керівних працівників аптечних закладів Харківської, Київської, Луганської, Донецької, Дніпропетровської, Полтавської, Сумської областей. Серед них — завідуючі центральних районних аптек, їх заступники, завідуючі аптеками різних категорій та їх

заступники, завідуючі відділами в аптеках I групи. Середній стаж роботи анкетованих за фахом досить високий — 19 років, середній стаж роботи на посаді керівника — 12 років. Виходячи з цього, можна припустити, що відповіді мають високий ступінь об'єктивності та вірогідності і подані з урахуванням умов навколошнього середовища, які змінилися, і переходу всіх аптечних закладів на нові умови господарювання.

Оскільки формування ринкової економіки потребує від фахівців уміння орієнтуватися в ній, важливе значення має постійне вивчення законів, урядових документів, економічної та управлінської літератури.

Виявлено, що найпопулярнішим джерелом інформації з теорії управління серед керівників аптек є періодична преса — газети і журнали (їх використовують майже 86 % опитаних), а також методичні рекомендації (використовуються у 83 % випадків). Рідше керівники користуються книгами з теорії управління і менеджменту. Про це зазначається в 72 анкетах, що становить 64,3 % від загальної кількості. Лише в 11 % анкет згадується про інші джерела літератури, і можна припустити, що ці керівники глибоко вникають у сучасні проблеми. Як інші джерела, необхідні для практичної роботи, вони використовують матеріали, отримані на факультеті вдосконалення провізорів, книги з психології, соціології, накази, інструкції, тести для самоконтролю.

Необхідну для роботи інформацію керівники аптек одержують найчастіше з повідомлень вищих органів (91,1 %), із спеціальних літературних джерел (71,4 %). Рідше інформація надходить з бесід з колегами (58,9 %) і під час обговорення питань на зборах у трудовому колективі. І вже зовсім рідко інформація черпається на заняттях у системі економічної освіти (19,6 %).

Незважаючи на новизну науки менеджменту, ті, хто працював керівниками ще до перебудови (64 % опитаних мають стаж керівника понад 7 років), вважають, що вони знайомі з основними поняттями менеджменту: 85,7 % дали позитивні відповіді, жоден — негативної і 14,3 % вагаються відповісти на це запитання.

Одним з фрагментів нашої роботи було з'ясування інформаційної потреби в основних питаннях менеджменту. Відповіді на те, з яких саме проблем менеджменту керівники аптечних підприємств відчувають брак знань і хотіли б їх поповнити, наведені в табл. 1.

З наведених у табл. 1 даних видно, що важливість інформації з кожного запитання дуже висока, а найбільш важливими і необхідними для практичної роботи є такі теми, як «Управління» і «Зовнішнє середовище організації». Однак слід зазначити, що коефіцієнт конкордації оцінок експертів низький і становить 0,18. Це свідчить про відсутність сформованих знань з теорії менеджменту. Значна частина позитивних відповідей отримана на запитання, деталізуючі теорію менеджменту. Так, 94,6 % опитаних цікавить поняття «організація» і наведені нижче запитання, пов'язані з цим.

Таблиця 1
Інформаційна потреба керівників в окремих питаннях менеджменту

Вид проблеми	Чи відчуваєте ви брак знань, кількість анкет	Важливість інформації (середній бал)
Організація як суб'єкт управління	68	32
Теорія управління	78	20
Внутрішнє середовище організації	66	30
Зовнішнє середовище організації	88	10
Комунікації	72	26
Процес прийняття рішення	70	30

Що таке складні організації?

Які загальні характеристики вони мають?

Які характеристики є критеріями успіху?

Які фактори є складовими успіху організації?

Більша частина опитаних керівників знайома з внутрішніми перевірками організації (80,3 %), спрямованими на досягнення рентабельності і продуктивності.

Менше 50 % керівників аптек мають поняття про класичні функції управління, сукупність яких являє собою закінчений алгоритм дій, що забезпечує ефективне управління виробничими процесами; 32 % опитаних вагаються дати конкретну відповідь на це запитання.

Велику зацікавленість сьогоднішні керівники виявляють до різних методів управління: понад 98 % з них хочуть навчитися правильно використовувати, згідно з конкретною ситуацією, організаційні, економічні та соціальні методи управління у практичній діяльності.

Сучасний темп змінювання і збільшення знань є настільки величим, що планування видається єдиним способом формального прогнозування майбутніх проблем і можливостей. Воно забезпечує засіб створення плану і основу для прийняття рішення. Ось чому майже 79 % керівників знають, як забезпечити єдине спрямування зусиль усіх членів організації і досягти загальних цілей. Проте більше 21 % керівників негативно відповідають на це запитання і, отже, недостатньо усвідомлюють значущість функції планування.

Тим часом більша частина завідуючих (83,9 %) знає, які елементи необхідно структурувати, щоб організація могла виконувати свої плани. Таких елементів два: робота, конкретне завдання організації і виконавець, котрий повинен виконувати конкретне завдання. Однак 16 % дає негативну відповідь, що, очевидно, позначається на доборі людей для конкретної роботи, делегуванні їм певних завдань і повноважень.

Характерно, що такий самий процент (83,9 %) керівників використовує у своїй роботі принцип делегування, ураховуючи, що делегування означає передавання завдань і повноважень особі, яка бере на себе відповідальність за їх виконання (3).

При плануванні й організації роботи керівник визначає, що конкретно повинна виконати дана організація, коли, як і хто, на його думку, повинен це робити. Якщо вибір цих рішень зроблений ефективно, керівник отримує можливість координувати зусилля багатьох людей і спільно реалізувати потенційні можливості групи працівників.

Щоб продуктивно рухатися назустріч меті, керівники повинні координувати роботу й організовувати її виконання. При цьому вони втілюють свої рішення у справи, застосовуючи на практиці основні принципи мотивації (1).

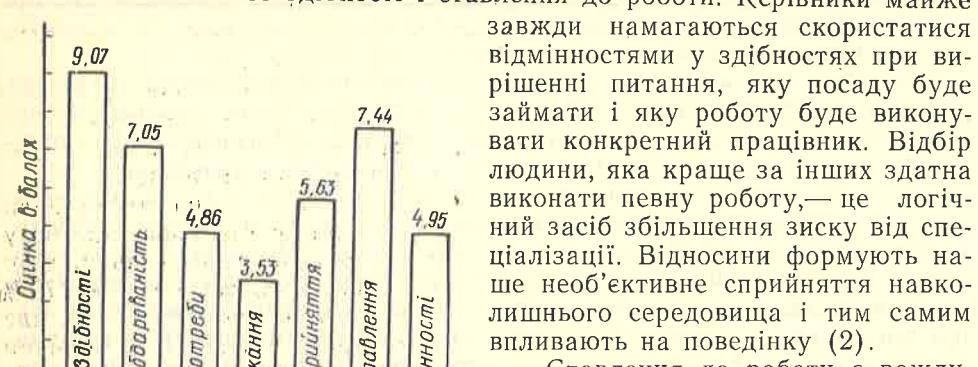
Установлено, що понад 64 % опитаних, на їх думку, вміють мотивувати своїх працівників і розуміють завдання функції мотивації; 34 % вагаються в оцінці своїх можливостей і лише близько 2 % негативно відповідають на це запитання.

Позитивної оцінки заслуговує той факт, що в сукупності процесного, системного, ситуаційного підходів до управління найбільшою мірою керівників цікавить ситуаційний підхід. Центральним моментом останнього є ситуація, тобто конкретний набір обставин, які дуже впливають на організацію в даний конкретний час. Оскільки в центрі уваги опиняється ситуація, ситуаційний підхід підкреслює значущість «ситуаційного мислення». Використовуючи цей підхід, керівники можуть краще зрозуміти, які заходи більшою мірою сприятимуть досягненню цілей організації в конкретній ситуації (3).

Кожному керівникові необхідно розуміти важливість і значущість такої внутрішньої перевірки організації, як люди. Якщо керівництво не визнає, що кожний працівник є особистістю з її неповторними перевживаннями і запитами, здатність організації досягти накреслених цілей буде поставлена під загрозу (3).

Те, як поводить себе людина в суспільстві і на роботі, є наслідком складного поєднання індивідуальних характеристик особистості і зовнішнього середовища. Ми запропонували керівникам аптечних підприємств оцінити деякі аспекти індивідуальної поведінки людей, які мають для них найбільше значення. Результати їх оцінки наведені на діаграмі (див. рис.).

Оцінюючи отримані результати, можна зробити висновок, що найбільш важливими аспектами індивідуальної поведінки людей завідуючі аптеками вважають здібності і ставлення до роботи. Керівники майже завжди намагаються скористатися відмінностями у здібностях при вирішенні питання, яку посаду буде займати і яку роботу буде виконувати конкретний працівник. Відбір людини, яка краще за інших здатна виконати певну роботу,— це логічний засіб збільшення зиску від спеціалізації. Відносини формують наше необ'єктивне сприйняття навколошнього середовища і тим самим впливають на поведінку (2).



треби і чекання. Коєфіцієнт конкордації дорівнює 0,75.

З факторів зовнішнього середовища найбільший вплив на роботу аптечних підприємств справляє стан економіки (9,14 бала), що цілком закономірно, тому що він впливає на вартість ресурсів і здатність споживачів купувати певні товари і послуги, а також може дуже вплинути на можливість одержання капіталу для своїх потреб. Велике значення для аптечних підприємств України, на думку керівників, мають такі фактори прямого впливу зовнішнього середовища, як закони та державні органи (8,27 бала), а також споживачі (7,91 бала). Найменше значення мають такі фактори, як конкуренти (3,63 бала), що, мабуть, пояснюється тотальним дефіцитом лікарських препаратів і поки що відсутністю серйозної конкуренції.

Низьку оцінку отримав такий фактор, як технологічні нововведення (3,95 бала). Немає конкуренції — нема і нових технологій. Середню оцінку дають керівники соціокультурним (4,88 бала) і політичним (4,46 бала) факторам.

Усіх без винятку керівників аптек цікавить проблема комунікації — процесу обміну інформацією, у якому кожний з них бере участь щодня. Ледве не все, що роблять керівники, потребує ефективного обміну інформацією. Дані про важливість різних видів комунікації для аптечних закладів наведена в табл. 2.

З даних, наведених у табл. 2, видно, що найбільш важливими видами комунікації для керівників аптечних закладів є комунікації керівник і група співробітників та керівник — підлеглий, що дозволяє підвищити ефективність і продуктивність роботи аптек. Найчастіше керівник і підлеглі обговорюють проблеми ефективності роботи (8,30 бала), сповіщають підлеглих про майбутні зміни (6,5 бала), з'ясовують завдання, пріоритети і очікувані результати (6,36 бала), а також керівники забезпечують заоччення підлеглих до вирішення завдань підприємства (6,18 бала). Рідше керівники збирають інформацію про назриваючі проблеми, конфлікти (5,64 бала), удосконалюють і розвивають здібності своїх підлеглих (5,39 бала), одержують відомості про ідеї вдосконалення і пропозиції (5,27 бала). І вже зовсім мало, порівняно з іншими видами обміну інформацією, завідуючих цікавить питання про

досягнення ними визнання і винагороди своїх підлеглих (4,68 бала). Коефіцієнт конкордації дорівнює 0,52.

Розуміння процесу міжособистісного обміну інформацією і методів удосконалення вміння спілкуватися повинно сприяти зростанню ефективності управлінської діяльності. На додаток до міжособистісних контактів керівник повинен мати уявлення про способи удосконалення інформаційного обміну і використовувати їх у практичній діяльності. Найчастіше керівники використовують або хотіли б використовувати такий спосіб удосконалення інформаційного обміну, як зворотний зв'язок — переміщення людей і опитування працівників-експертів (50 %) та сучасні інформаційні технології — комп'ютери, електронна пошта (46,4 % анкетованих).

Таблиця 2
*Рівень оцінки керівниками
аптек видів комунікацій*

Вид комунікації	Середня оценка, бали
За післядніою	6,14
За висідніою	5,98
Між різними відділами	6,52
Керівник — підлеглий	7,20
Керівник — група співробітників	9,13

Таблиця 3
Оцінка напрямків використання комп'ютерів в аптечках

Вид використання комп'ютера	Середня оценка, бали
Автоматизоване робоче місце, що містить необхідну інформацію з усіх видів діяльності і дозволяє ефективно приймати управлінське рішення	6,60
Використання комп'ютера для вирішення окремих проблем (визначення потреб, ціновутворення)	6,23
Використання комп'ютера для інформаційної роботи	5,64
Комп'ютеризація окремих місць співробітників	4,43

Незважаючи на те, що керівники рідше, ніж хотілося б, обмінюються інформацією зі своїми підлеглими про назриваючу проблему або конфлікт, 92,9 % з них цікавить проблема конфлікту і способи реагування на конфліктну ситуацію.

Усвідомлюючи, що прийняття рішення — це невід'ємна частина будь-якої управлінської функції, понад 95 % керівників цікавляться процесом прийняття рішень. Необхідність прийняття рішення пронизує все, що робить керівник, формулюючи цілі і домагаючись їх досягнення. Тому розуміння природи прийняття рішення надзвичайно важливе для всякого, хто хоче процвітати в мистецтві управління.

Обробка потоку інформації, що надходить ззовні, полегшення прийняття рішення можуть бути забезпечені використанням ЕОМ, зокрема, створенням інформаційно-управлінської системи. Нашим дослідженням виявлено, що більше як 86 % керівників зацікавлені в комп'ютеризації свого робочого місця. На запитання: «Яке використання комп'ютера найбільш прийнятне для Вашої роботи?» експерти дали дуже неузгоджені відповіді. Коефіцієнт конкордації дорівнює 0,4. Результати наведені в табл. 3.

Комп'ютеризації підлягають робочі місця провізора-інформатора, провізора-технолога з приймання рецептів і відпуску ліків.

Отримані дані дозволяють зробити висновок про ступінь інформованості і найбільш значущі інформаційні відомості, необхідні керівним працівникам аптек, що визначає подальшу роботу з навчально-методичного забезпечення фахівців і автоматизації їх робочих місць.

1. Кричевский Р. Л. Если Вы — руководитель ... элементы психологии менеджмента в повседневной работе.— М. : Дело, 1993.— 352 с.
2. Любимова Н. Г. Менеджмент — путь к успеху.— М. : ВО «Агропромиздат», 1992.— 159 с.
3. Мескон М. Х., Альберт М., Хедоури Ф. Основы менеджмента : Пер. с англ.— М. : Дело, 1992.— 702 с.
4. Шиган Е. Н. Методы прогнозирования и моделирования в социально-гигиенических исследованиях.— М. : Медицина, 1986.— 208 с.

Надійшла до редакції 17.08.94.

З. Н. Мнушко, Н. Н. Калюжная, Н. М. Омельченко

ИССЛЕДОВАНИЕ ИНФОРМАЦИОННЫХ ПОТРЕБНОСТЕЙ РУКОВОДЯЩИХ РАБОТНИКОВ АПТЕК

Проведен анализ информационной потребности в вопросах менеджмента среди руководителей аптечных предприятий. Выявлено значение различных источников информации, а также проблемы менеджента, по которым заведующие аптек испытывают недостаток знаний. Проанализирована заинтересованность в компьютеризации рабочего места, использование руководителями принципов делегирования и мотивации, важность различных аспектов поведения людей.

Z. N. Mnushko, N. N. Kaljuzhnaya, N. M. Omelchenko

INVESTIGATION OF DATA NEEDS FOR DRUG STORE EXECUTIVES

SUMMARY

There has been carried out analysis to study what information on management is necessary for drug store executives. There has been revealed acute need in different sources of data. It has been found out that some drug store managers are lacking knowledge and skills in management. It is necessary to introduce computers, to use the principle of delegating functions and consider motivation factor for drug stores and personnel to operate efficiently.

УДК 614.2+658.336.8

**З. М. МНУШКО, д-р фармац. наук, проф., О. П. ГУСАРОВА,
О. М. БОЯРКО, Н. М. КАЛЮЖНА, асп.**

ОСОБИСТІСТЬ КЕРІВНИКА І КОЛЕКТИВ АПТЕКИ

Українська фармацевтична академія

З переходом аптечної мережі на ринкові відносини виникає необхідність аналізу ефективності діяльності фахівців підприємств фармацевтичного профілю залежно від соціально-психологічних характеристик трудових колективів і особистості керівника.

Соціально-психологічний клімат — це продукт взаємодії керівника і підлеглих, який зумовлює у той же час і діяльність керівника (8). Тому найважливішим у цьому питанні є вплив особистості керівника на психологічний клімат колективу, на його сприятливість.

Для створення в колективі клімату, що сприяє розвиткові здорових взаємостосунків, свідомої дисципліни трудових відносин, закріплення у людей почуття задоволеності працею керівник повинен задовільняти певним, цілком об'єктивним вимогам, мати відповідні ділові і морально-психологічні якості (6, 7).

Метою нашого дослідження стало вивчення особистісних характеристик керівника, що вплинули на його просування і стиль керівництва.

Використані методи експертних оцінок, анкетування та інтерв'ювання керівників аптек Харківської, Сумської, Луганської, Полтавської та Кримської областей (опитано 48 осіб) зі стажем роботи за фахом від 5 до 28 років.

Дослідження проведено за такими напрямками:

— виявлення факторів, які сприяють просуванню на вищий рівень керівництва,

— визначення найважливіших якостей, що складають комплекс вимог до особистості керівника, й оцінка ступеня відповідності завідуючих аптеками цим якостям,

— вивчення впливу особистості керівника на ситуацію в колективі.

Первісне усне опитування керівників аптечних установ і вивчення даних літератури дозволили визначити основні фактори, що сприяють призначенню на керівну посаду.

Потім керівникам було запропоновано оцінити за десятибалльною шкалою ключові фактори, які визначали розвиток їхньої кар'єри. Одержані результати наведено в таблиці 1.

Як свідчать дані табл. 1, просуванню на вищий рівень керівництва насамперед сприяють:

- високий рівень професійної підготовки,
- готовність ризикувати і брати за це на себе відповідальність,
- уміння працювати з людьми.

Акцент зроблено на вмінні працювати з людьми у поєднанні з готовністю до ризику.

Далі йдуть: особисте бажання зайняти високу посаду (людина, яка не прагне до вдосконалення, не ставить перед собою високих цілей, як правило, не докладає особливих зусиль щодо підвищення своєї кваліфікації, просування службовими сходинками), набуття значних навичок керівної роботи і виконання різноманітних функцій до 35-річного віку.

Для дослідження ділових і особистісних якостей керівників та інших працівників використовуються різні методи, які умовно можна поділити на три групи. До першої групи належать методи описового характеру, що відтворюють якості працівників без кількісного вираження, так звані якісні методи.

Друга група — проміжна. Тут поряд з описовими присутні і якісні вимірювачі, у зв'язку з чим ці методи називають комбінованими.

До третьої групи належать методи, застосування яких дає можливість отримати з достатнім ступенем об'єктивності числову оцінку рівня ділових якостей фахівця, тобто ці методи ґрунтуються на кількісних показниках (6).

Питання складу оцінюваних якостей досить широко висвітлені в літературі з питань економіки.

У літературі з фармації відсутні наукові дані про категорії відбору таких якостей, не вирішенні питання значущості кожної якості для керівних працівників. Виходячи з цього, ми спробували виявити основні якості, які повинні бути притаманні керівним працівникам, і оцінити їх за ступенем важливості для успішної управлінської діяльності.

На першому етапі дослідження за даними літератури і шляхом опитування завідуючих аптеками були відіbrane найважливіші якості, які повинен мати керівник.

Таблиця 1

Аналіз факторів, які сприяють просуванню на вищий рівень керівництва

№ п/п	Фактори, що сприяють просуванню	Оцінка, бали
1	Високий рівень професійної підготовки	7,46
2	Готовність ризикувати і брати за це на себе відповідальність	7,13
3	Уміння працювати з людьми	6,63
4	Особисте бажання зайняти високу посаду	6,30
5	Набуття значних навичок керівної роботи	5,57
6	Виконання різноманітних функцій до 35-річного віку	5,54
7	Спеціальна управлінська підготовка	5,00
8	Здатність генерувати більше ідей у порівнянні з колегами	4,92
9	Уміння в разі необхідності змінювати стиль управління	4,67

На другому етапі загальна сукупність якостей була поділена на три блоки: 1) професійні якості, що включають компетентність і наявність загальних та спеціальних знань; 2) ділові якості, що включають уміння працювати з кадрами і раціонально їх використовувати; 3) особистісні якості, що включають різні властивості розуму та характеру. Керівникам було запропоновано проранжувати зазначені якості за ступенем важливості для успішного управління й оцінити ступінь прояву в них кожної з визначених якостей.

Для визначення ступеня відповідності оцінним критеріям застосовували числову оцінку з використанням коефіцієнтного методу (5, 6). Результати дослідження наведені в таблиці 2.

Як свідчать дані, наведені в табл. 2, найбільш важливими для успішного управління є такі професійні якості, як висока професійна

Таблиця 2

Аналіз професійних, ділових і особистісних якостей керівників аптек

№ п/п	Перелік якостей	Оцінка за ступенем важливості для керівника, бали	Коефіцієнт відповідності оцінним критеріям
Професійні якості			
1	Висока професійна компетентність	9,46	0,73
2	Знання основних принципів лікарського забезпечення населення	8,78	0,66
3	Знання основних принципів управління	8,69	0,70
4	Добре знання системи фінансування	8,67	0,80
5	Проведення маркетингових досліджень	7,79	0,69
6	Уміле планування діяльності аптечних підприємств	6,58	0,71
7	Планування асортименту лікарських засобів	6,46	0,90
Середній показник			0,74
Ділові якості			
1	Почуття особистої відповідальності за доручену справу	8,79	0,85
2	Прагнення до підвищення рівня знань	8,56	0,69
3	Уміння створювати і підтримувати сприятливу психологічну атмосферу в колективі	8,52	0,66
4	Уміння управлюти людьми	8,50	0,85
5	Чітке уявлення про завдання, що стоять перед аптекою (соціально-економічні)	8,47	0,72
6	Оперативне вирішення виникаючих проблем	8,42	0,88
7	Уміння делегувати повноваження	7,08	0,83
8	Здатність до прийняття рішень	6,54	0,75
9	Координація дій співробітників	6,04	0,75
10	Уміння добре розподіляти робочий час	5,92	0,78
Середній показник			0,78
Особистісні якості			
1	Висока комунікаційність	8,50	0,85
2	Чемність, тактівність	8,26	0,84
3	Наявність чітких цілей, прагнення до них	7,70	0,83
4	Справедливість і чуйне ставлення до підлеглих	7,13	0,81
5	Чесність і правдивість	7,00	0,68
6	Аналітичні здібності	6,95	0,60
7	Уміння бути в злагоді	6,75	0,74
8	Гнучка поведінка	6,70	0,73
9	Послідовність у вчинках	6,50	0,80
10	Володіння різnobічними здібностями	6,41	0,67
11	Самокритичність, уміння робити правильні висновки з критики на свою адресу	5,82	0,79
12	Чарівність	4,96	0,73
13	Лідерування	4,08	0,62
14	Уміння співчувати	3,83	0,66
15	Здатність до творчості	3,67	0,63
Середній показник			0,73

компетентність, знання основних принципів лікарського забезпечення населення, принципів управління, системи фінансування і планування діяльності аптечних закладів і асортименту лікарських засобів на основі проведення маркетингових досліджень.

До розряду високооцінюваних ділових якостей були віднесені: почутия особистої відповідальності за доручену справу, прагнення до підвищення рівня знань, уміння створювати і підтримувати сприятливу психологічну атмосферу в колективі, управляти людьми, чітке уявлення про соціально-економічні завдання, що стоять перед аптекою, і оперативне вирішення виникаючих проблем.

Найбільш цінними особистісними якостями, на думку керівників; є висока комунікабельність, членість і тактовність, наявність чітких цілей і прагнення до них, справедливе і чуйне ставлення до підлеглих, чесність і правдивість, аналітичні здібності, вміння бути в злагоді з людьми і гнучка поведінка; послідовність у вчинках і різnobічні здібності.

За даними дослідження, низьку оцінку отримали якості, які вважаються важливими складовими сучасного управління, це — уміння делегувати повноваження, здатність до прийняття рішень, уміння добре і раціонально розподіляти робочий час і координувати дії співробітників. Можливо, це пов'язано з тим, що робота працівників аптек значною мірою регламентована.

Керівникам аптек було запропоновано оцінити також за десятибалльною шкалою ступінь прояву в них зазначених якостей: якщо вони проявляються стійко — 9—10 балів; часто — 7—8 балів, проявляються іноді — 5—6 балів; рідко — 3—4 бали; не проявляються — 2 бали. За одержаними даними нами були розраховані коефіцієнти відповідності оцінним критеріям по кожній з зазначених якостей для керівників, що являють собою максимально можливу суму нормативних оцінок.

Коефіцієнти відповідності оцінним критеріям позначали як К_п, К_д, К_о — коефіцієнт відповідності професійним, діловим і особистісним якостям.

$$K = \frac{\sum_{i=1}^n a_i f_i}{\sum_{i=1}^n a_i f_S}, \text{ де}$$

a_i — вага критерію, вираженого в балах (1—10), f_i — кількість оцінюваних якостей, S — максимальна кількість якостей в анкеті.

Коефіцієнт може мати значення від 0,1 до 1.

Усі перелічені якості (усього 32) визначають ступінь перспективності працівника.

Нами були розраховані підсумкові показники коефіцієнтів з усього переліку якостей, значення яких наведені в таблиці 2.

Ступінь відповідності професійних, ділових і особистісних якостей зайнаній посаді визначається за допомогою спеціально розрахованої шкали оцінок (5): К_п, К_д, К_о — 1,0—0,8 — надто перспективний, 0,79—0,6 — перспективний, 0,59—0,4 — малоперспективний, 0,39—0,1 — не-перспективний.

За нашими даними, група опитаних керівників належить до категорії перспективних працівників.

Наведений комплекс критеріїв і коефіцієнтний метод оцінки професійних, ділових і особистісних якостей можуть бути використані при проведенні атестації завідуючих аптеками, кадрового резерву і присвоєнні кваліфікаційної категорії, тому що на сьогоднішній день у практиці атестаційних комісій майже не використовуються тестування і методи експертних оцінок при доборі та розміщенні кадрів, що не дозволяє об'єктивно оцінити працівника. Пропонована методика найбільш прийнятна для проведення атестації кадрового резерву, тому що дозволяє

більш ефективно оцінювати працівників з урахуванням конкретних наслідків діяльності. За результатами попередньої атестації можуть прийматися рішення про конкретну категорію, на яку може претендувати працівник, який атестується; крім того, йому можуть бути дані рекомендації щодо підвищення рівня загальних знань, поглиблення окремих галузей знань, набуття спеціальних навичок роботи з підлеглими, виправлення стилю керівництва та ін.

До позитивних сторін методики можна віднести і високу об'єктивність, зіставленість показників і чіткість наслідків.

На наступному етапі нами вивчено вплив особистості керівника на психологічний клімат колективу. При цьому враховувалося, що вирішальне значення у формуванні соціально-психологічного клімату мають відносини по вертикальній, тобто «керівник — підлеглий» (3, 4, 8).

Вважається, що діяльність керівника і колективу успішна, якщо керівник є реальним, а не лише формальним лідером колективу (2,7). За даними нашого дослідження, завідуючі аптеками дають низьку оцінку значенню лідерування (4,08 бала) як однієї з якостей, необхідних для успішного управління. Ступінь прояву цієї якості в опитуваних керівників невеликий ($Ko=0,62$).

Більш високу оцінку у керівників одержали такі якості, як комунікабельність (8,50 бала), чесність і тактовність (8,26 бала), справедливість і чуйне ставлення до підлеглих (7,13 бала). Ступінь прояву цих якостей у опитуваних керівників найвищий ($Ko=0,85; 0,84; 0,83$ відповідно).

Основою сприятливого соціально-психологічного клімату є такі якості керівників, як уміння створювати і підтримувати сприятливу психологічну атмосферу в колективі та самокритичність (6,8).

Низько були оцінені значення самокритичності і вміння робити правильні висновки з критики на свою адресу (5,82 бала) при високому ступені прояву цих якостей ($Ko=0,79$). Високу оцінку самих керівників отримало вміння створювати і підтримувати сприятливий психологічний клімат у колективі (8,52 бала) на фоні більш низького ступеня прояву цієї якості в опитуваних керівників ($Kd=0,66$).

Завідуючі аптеками додержуються думки, що керівник повинен допомагати підлеглим у підвищенні рівня професійної підготовки, у виробленні вміння приймати рішення, підтримувати їх у питаннях планування й управління, сприяти їх моральному і деонтологічному вихованню, систематично вдосконалювати організацію й умови роботи працівників.

На підставі проведених досліджень може бути запропонований комплекс заходів з удосконалення кадрової роботи і формування стабільних аптечних колективів. Такими заходами можуть бути:

— професійне вдосконалення (просування по горизонталі), тобто вдосконалення особистості як фахівця (враховуючи при цьому ставлення до справи, відповідальність, ініціативу, можливість творчої активності);

— формування з числа фахівців резерву керівних кadrів (вертикальне просування), що передбачає поряд з уже викладеним реалізацією здатності до управління;

— вивчення характеристики їхньої діяльності залежно від соціально-психологічних характеристик шляхом вивчення особливостей особистості.

При цьому слід використовувати такі методи: оцінка результатів діяльності, кількість і якість виконуваної роботи, групова оцінка особистості, самооцінка особистісних якостей і здібностей. Усі ці критерії повинні забезпечувати управлінський апарат вихідними даними, що дозволяють раціонально використовувати кадри.

При відборі до резерву на заміщення керівних посад необхідно використовувати різні складові:

- оцінку особистості фахівця з боку безпосереднього керівництва;
- соціально-психологічні установки особистості;
- професійно необхідні якості особистості.

Така робота потребує широкого використання соціально-психологічних методів, розробки соціально-економічних критеріїв.

При організації роботи стосовно підвищення кваліфікації провізорів-організаторів особливу увагу слід приділяти психологічній перебудові керівників.

Таким чином, ураховуючи велике значення особистості завідуючого аптекою, стилю керівництва, необхідно проводити цілеспрямовану підготовку керівників до роботи з підлеглими колективами на всіх етапах навчання, добору і призначення кадрів.

1. Антонова Е. Н. // Фармация.— 1992.— № 2.— С. 53—56.
2. Базарный В. Л., Борисова И. В., Степанов Н. С. и др. // Там же.— 1987.— № 4.— С. 57—60.
3. Васильева Н. А., Криков В. И. // Там же.— 1987.— № 2.— С. 45—50.
4. Донцов А. И. Психология коллектива.— М.: Изд-во МГУ, 1984.
5. Кудряшова Л. Д. Системно-психологическая оценка кадров руководителей.— Кишинев, 1983.
6. Омаров А. М. Руководитель: размышления о стиле управления.— 2-е изд. дополн.— М.: Политиздат, 1987.
7. Петровский А. В. Личность. Деятельность. Коллектив.— М., 1982.
8. Прыгин Б. Д. Социально-психологический климат коллектива.— Л.: Наука, 1981.

Надійшла до редакції 08.08.94.

З. Н. Мнушко, А. П. Гусарова, Н. Н. Калюжная, О. Н. Боярко

ЛИЧНОСТЬ РУКОВОДИТЕЛЯ И КОЛЛЕКТИВ АПТЕКИ

Рассматривается влияние личности руководителя на психологический климат коллектива. Даны результаты исследований по выявлению факторов, способствующих продвижению на высший уровень руководства, а также по определению важнейших качеств, составляющих комплекс требований к личности руководителя, и оценка степени соответствия заведующих аптеками этим качествам. Рассматриваются три группы методов для исследования деловых и личностных качеств руководителей. Предлагаются направления совершенствования кадровой работы и формирования стабильных аптечных коллективов.

Z. N. Mnushko, A. P. Gusarova, N. N. Kaljzhnaya, O. N. Bojarko

A MANAGER AS A PERSONALITY AND DRUG STORE PERSONNEL

SUMMARY

This article addresses such issue as experience and skills of a manager in creating a favourable rapport with the personnel. Some findings of the investigation connected with the ascertainment of a number of requirements which every manager of a drug store should satisfy to be promoted to the top-level position. Here you are able to find some information about a manager job performance evaluation and his/her compliance with the proper requirements. Three groups of methods for analysing business and personal abilities of a manager are being considered. They show the ways of work improvement to create favourable climate among the employees and to have a drug store efficiently operated.

УДК 665.58.003.1.4/9

О. Л. ГРОМ, канд. фармац. наук, проф., Б. П. ГРОМОВИК, канд. фармац. наук

ТЕНДЕНЦІЇ РИНКУ КОСМЕТИЧНИХ ЗАСОБІВ ЗА КОРДОНОМ

Львівський державний медичний інститут

Косметичні засоби (КЗ) застосовуються для поліпшення зовнішності, уповільнення процесу старіння шкіри, профілактики, маскування і лікування косметичних недоліків. Низку КЗ у зв'язку з їх біологічною активністю використовують як лікарські засоби (61).

© О. Л. Гром, Б. П. Громовик, 1995

Успіх конкретного КЗ у найбільшої кількості споживачів з різних верств суспільства залежить від оптимального співвідношення факторів, які впливають на їх позитивну реакцію, а саме: функціональних, сенсорних і образних (64).

Серед КЗ найкращий прогноз споживання мають засоби догляду за волоссям (2). На ринку цих засобів домінують чотири основні групи: шампуні, обполіскувачі, лаки та гелі (36). Динамічно розвивається виробництво ампульованих засобів (для шкіри голови) і засобів інтенсивного догляду за волоссям, приріст яких у Франції в 1990—1991 рр. становив 35 і 42 % відповідно. Зростаюча популярність шампунів типу «два в одному» зумовила зниження споживання обполіскувачів на 2 % (53).

Відмічається безперервний ріст обсягу виробництва і збути засобів догляду за шкірою (42,57). У США їх продаж збільшується щорічно на 12 % (23). Згідно з даними європейці на споживання засобів догляду за шкірою у 1994 р. затратили майже удвічі більше коштів, ніж у 1989 р. (10,5 млрд. дол. проти 5,8 млрд. дол.)

У зв'язку з загальною для всіх країн тенденцією до збільшення кількості населення середніх і старших вікових груп змінюється стратегія виробників КЗ. Особливу увагу приділяють засобам уповільнення старіння і висихання шкіри (22,57), а також догляду за шкірою у похилому віці (10). Прогнозується значний ріст споживання цих засобів у найближчі роки (9, 20, 46).

Спостерігається також постійний ріст виробництва і реалізації фотозахисних препаратів (43, 51, 56). При цьому фотозахисні компоненти включають не тільки у спеціальні засоби, але й у шампуні, губні помади тощо (32, 35). Активно розвивається виробництво фотозахисних засобів для дітей та підлітків, осіб з чутливою шкірою від опіків (28, 43).

Прогнозується ріст потреби і споживання КЗ індивідуального призначення (36), особливо для чоловіків (20, 27, 40, 63).

Набувають популярності КЗ багатофункціональної дії (22), зокрема у вигляді набору ампул, в кожній з яких міститься засіб певного призначення, що дозволяє комбінувати дію в конкретному випадку (11).

Найбільшими виробниками КЗ в ЄС є ФРН, Франція, Італія і Великобританія. Споживання на душу населення максимальне у Франції і ФРН, тоді як найбільший темп росту споживання КЗ відмічається в Голландії, Греції та Португалії (27, 39).

Збут КЗ в Іспанії становить 3,5 % всього обсягу торгівлі у країні, у ФРН, Великобританії, Франції та ще восьми європейських країнах — п'яту частину збути КЗ в усіх державах Європи (31).

В Італії спостерігається тенденція до щорічного росту виробництва КЗ на 7—8 % у грошовому вираженні. 10 % продукції експортується, а імпорт становить 12 % споживання КЗ у країні (52).

Щорічно у Швейцарії продається на 1 млрд. франків КЗ, 50—60 % яких надходить за імпортом в основному з Франції (38).

Ринок збути КЗ у США щорічно розширюється на 3 %, і такий приріст очікується щонайменше до 2000 року (3).

Американський і західноєвропейський ринки КЗ характеризуються, з однієї сторони, посиленням конкуренції в рамках окремої держави (23), внаслідок чого йде поглинання дрібних і середніх фірм великими (25) з подальшою концентрацією косметичної промисловості в обмеженій кількості транснаціональних компаній (48), з другої — проникненням японських фірм, які щонайбільше через десять років розпочнуть активне завоювання західного ринку КЗ (1, 20).

У свою чергу, все більше західних мультинаціональних компаній активно освоюють азіатський ринок, зокрема Сінгапур, Індонезію, Малайзію, Таїланд, Тайвань і Філіппіни. Географічна різниця на континентах знаходить відображення у підходах до створення КЗ. В результаті у цих країнах зменшується власне виробництво КЗ (5, 12).

У зв'язку з посиленням конкуренції, інтернаціоналізацією ринку та впровадженням нових технологій провідні фірми в галузі косметики роз-

почали формування комплексних дослідницьких груп. Об'єднуючи спеціалістів різних галузей, ці групи сприяють орієнтації фірм на нові напрями роботи (62). Науково-дослідні розробки щодо КЗ за останні роки (29) були спрямовані на пошук засобів догляду за шкірою і волоссям (32 і 31 % від усіх розробок відповідно), засобів декоративної косметики (9 %), фотозахисних препаратів (6 %), дезодорантів, лаків для нігтів і засобів догляду за порожниною рота (10 %), нових видів сировини (12 %). Слід відмітити, що низка компаній, ураховуючи необхідність відповідати вимогам споживачів і законодавчим актам, а також значні затрати на розробку нових КЗ, спрямовує свої зусилля на переоформлення відомих КЗ або внесення порівняно невеликих змін у рецептуру вже існуючих засобів (3, 23).

При розробці нових КЗ перевага надається натуральним видам сировини (4, 18, 20, 44, 58), оскільки природні продукти мають вищий ступінь біологічного розпаду і не завдають шкоди навколошньому середовищу (20, 54). З огляду на це іноземні фірми створюють відділення, спеціалізовані на розробці і випуску екологічно чистих КЗ (18).

З 1976 р. в ЄС введені Директиви щодо КЗ, обов'язкові для всіх членів співтовариства. Вони включають перелік заборонених, дозволених і дозволених при певних умовах речовин для виготовлення КЗ (19). У ФРН з 1978 р. законом про КЗ заборонено використовувати низку речовин у косметичній промисловості, а також дозволені лише певні барвники, консерванти й абсорбенти УФ-випромінювання (34). Виникає думка про впровадження єдиних європейських стандартів для всіх природних та ідентичних природним речовин, що застосовуються при виробництві КЗ (55).

Будь-який новий вид сировини незалежно від походження (натурального або синтетичного) повинен оцінюватися на біологічну активність (47), безпечність для людини і навколошнього середовища (14, 45, 55).

Безпечність нових КЗ на сьогодні встановлюється попереднім скринінгом на тваринах (50). Однак багато косметичних компаній виступає за відмову від таких випробувань (3) і рекомендує альтернативну експериментальну модель на клітинних культурах людини *in vitro* (41). Це дозволяє виключити екстраполяцію між різними видами, визначити біологічну дію субстрату і розрахувати ефект «доза—результат» (33). Заключним етапом випробувань КЗ є дослідження на добровольцях (8).

З огляду на вищесказане комісія ЄС з КЗ прийняла рішення про заборону з 1998 р. випробувань нових КЗ на тваринах і зменшення числа таких досліджень до зазначеного терміну. Виробникам КЗ запропоновано вказувати, які показники не перевірені на тваринах, і подавати відповідне обґрунтування, яке включає дані про раніше перевірені на тваринах інгредієнти, що входять до складу КЗ (6, 24).

На сьогодні неможливо наперед оцінити всі негативні реакції організму людини на КЗ у силу високої їх індивідуальності (37). Тому назріла необхідність у декларації компонентів КЗ. Запропоновані різні типи: повна, часткова, відкрита і шифрована (17, 49).

Одним з важливих критеріїв завоювання популярності у споживачів є упаковка КЗ (23). Аналіз затрат на упаковку в п'яти основних державах Європи і Бенілюксі показує, що Франція і ФРН цьому питанню приділяють найбільше уваги (15). Критеріями якості упаковки є нешкідливість вихідного матеріалу, його сумісність із вмістом, властивість забезпечити збереження КЗ. Упаковка повинна бути зручною у користуванні, стійкою до хімічної і фізичної дії (7). Значна увага приділяється екологічним проблемам упаковки. Компанії йдуть шляхом використання багатооборотної тари і утилізації використаної упаковки (16).

У зв'язку з посиленням вимог споживачів і загостренням конкуренції у косметичній промисловості виникла необхідність створення сучасних, орієнтованих на майбутнє систем забезпечення якості КЗ (13, 21). Принцип таких систем полягає у попереджені будь-яких порушень тех-

нологічного регламенту на більш ранніх етапах виробництва косметичних засобів (30, 59).

Європейські держави, які не є членами ЄС, зокрема Австрія, Фінляндія, Швеція, Норвегія і Швейцарія, для полегшення збути своєї продукції у країни ЄС керуються вказівками співтовариства про КЗ. Угорщина, Чехія і Словаччина також прийняли їх до керівництва. Очікується введення аналогічних вказівок в інших державах Східної Європи (60).

Таким чином, ринок КЗ за кордоном формують три групи факторів: вимоги споживачів, екологічні і токсикологічні аспекти, корпоративні інтереси. Відмічається посиленій інтерес до КЗ на основі природних продуктів. Активно розвивається пошук, виробництво і продаж засобів догляду за волоссям і шкірою, зокрема КЗ для уповільнення старіння і запобігання висиханню шкіри та з фотозахисними компонентами. Інтенсивного розвитку набувають КЗ для чоловіків і людей похилого віку.

1. A yen for the UK? // Soap, Perfum. and Cosmet.— 1991.— N 11.— P. 26—27.
2. Ainsworth J. S. // Chem. and End. News.— 1990.— N 48.— P. 25—28, 30, 35, 36, 38—40, 42.
3. Ainsworth J. S. // Idem.— 1992.— N 16.— P. 31, 32, 37, 40—42, 44—48.
4. Alexander P. // Manuf. Chem.— 1990.— N 10.— P. 33, 35, 37—40.
5. All go on the asian front // Soap, Perfum. and Cosmet.— 1991.— N 12.— P. 33, 35.
6. Animal test ban // Chem. Brit.— 1992.— N 9.— P. 791.
7. Akasaka K. // Hoso gijutsu-JPI J.— 1991.— N 1.— P. 1200—1226.
8. Ausgewählte biophysikalische Funktionsprüfungen an der menschlichen Haut Schrader Karl—Heinz // Parfüm. und Kosmet.— 1991.— N 1.— P. 6—7.
9. Billek D. E. // Idem.— 1990.— N 11.— P. 792—794.
10. Billek D. E. // Idem.— 1990.— N 12.— P. 864, 866—870.
11. Binella Ampullen-Programm Multicoplex // Idem.— 1990.— N 6.— P. 433.
12. Blühende Wirtschaft und Urbanisierung heizen den Kosmetik — und Toiletteartikelverkauf in Thailand an // Idem.— 1990.— N 8.— P. 558—559.
13. Bryce D. M. // Cosmet. and Toilet.— 1990.— N 3.— P. 83—84, 86—89.
14. Bunte T. // Parfüm. und Kosmet.— 1990.— N 6.— P. 390.
15. Chanaron S. // Embalh. mag.— 1991.— N 482.— P. 49—51.
16. Chanaron S. // Idem.— 1992.— N 490.— P. 41.
17. Charlet E. // Parfüm. und Kosmet.— 1990.— N 4.— P. 247, 248, 250, 252.
18. Cosmetics industry faces its own «green revolution» // Chem. and End. News.— 1990.— N 46.— P. 26, 27.
19. Dahinger A. // Cosmet. and Toilet.— 1990.— N 9.— P. 95—98.
20. Deborah G. // Chem. Brit.— 1989.— N 29.— P. 853—854.
21. Die praktische Umsetzung Kuno // Parfüm. und Kosmet.— 1991.— N 4.— P. 242, 244, 246, 247.
22. Disapio A. J., Zeliner D. N. // Soap. Cosmet. Chem. Spec.— 1991.— N 2.— P. 24—26, 28, 29, 77.
23. Erickson G. // Pakaging.— 1990.— N 4.— P. 36.
24. ES compromises on ban // Chem. and Ind.— 1992.— N 22.— P. 845.
25. Europa — El Dorado für Parfüm- und Kosmetikanbieter // Parfüm. und Kosmet.— 1990.— N 7.— P. 494.
26. Europäer bemühen sich, jung schön auszusehen // Idem.— 1990.— N 8.— P. 557.
27. Europas «neper Mann» bringt den Parfümeriermarket in Bewegung // Idem.— 1990.— N 7.— P. 497.
28. Finkel P. // Idem.— 1991.— N 6.— P. 399—403.
29. Fox C. // Cosmet. and Toilet.— 1990.— N 8.— P. 78—82, 84—86, 88—90, 92—94, 96.
30. Groll D. // Parfüm. und Kosmet.— 1990.— N 8.— P. 526—528, 530.
31. «Grün» wird zum Thema bei Kosmetikchemikalien // Idem.— 1991.— N 3.— P. 202.
32. Henderson C. // Soap, Perfum. and Cosmet.— 1992.— N 1.— P. 22—23.
33. Hofmann B. H. // Cosmet. and Toilet.— 1990.— N 9.— P. 85, 88, 89, 90—93.
34. Hofmann B. // Parfüm. und Kosmet.— 1990.— N 8.— P. 554, 556, 577.
35. Janousek A. // Seifen—Öle—Fette—Wachse.— 1991.— N 10.— P. 392—396.
36. Jouhar A. J. // Soap, Perfum. and Cosmet.— 1991.— N 2.— P. 51, 53, 55.
37. Kemper F. // Parfüm. und Kosmet.— 1990.— N 1.— P. 37.
38. Kosmetik-markt Schweiz // Idem.— 1990.— N 10.— P. 732.
39. La cosmetique europeenne en 1989 // Parfums, cosmet., arômes.— 1990.— N 94.— P. 24.
40. La parfumerie touchee par la crise // Idem.— 1991.— N 100.— P. 22, 24.
41. Life without animal tests // Chem. and Ind.— 1991.— N 20.— P. 744.
42. Matthews I. // Soap, Perfum. and Cosmet.— 1990.— N 7.— P. 18, 19, 21, 23.
43. Matthews I. // Idem.— 1991.— N 2.— P. 20, 21.
44. Marti M. E. // Seifen—Öle—Fette—Wachse.— 1991.— N 16.— P. 629—632.
45. Motitschke L. // Cosmet. and Toilet.— 1990.— N 8.— P. 67, 69, 70.

46. Mit zunehmendem Alter werden die «grauen Panther» in den USA verstrkts Toiletteartikel und Kosmetika kaufen // Parfum. und Kosmet. — 1990. — N 9. — P. 640.
47. Morelle J., Zanzanne E. // Parfums, cosmet., romes. — 1990. — N 95. — P. 77—86.
48. Novak G. A. // Parfum. und Kosmet. — 1990. — N 11. — P. 798—800, 802—804, 806.
49. Otto F. // Idem. — 1991. — N 2. — P. 112.
50. Otto F. // Idem. — 1991. — N 3. — P. 181.
51. Otto F. // Idem. — 1990. — N 8. — P. 566.
52. Plinio J. // Imballaggio. — 1991. — N 422. — P. 54—59.
53. Robinson F. // Soap., Perfum. and Cosmet. — 1991. — N 12. — P. 14, 15, 17.
54. Spengler J. // Parfum. und Kosmet. — 1990. — N 6. — P. 390.
55. Spengler J. // Idem. — N 9. — P. 624—626, 628.
56. Spengler J. // Idem. — 1991. — N 4. — P. 236, 238, 248.
57. Stateside story // Soap, Perfum. and Cosmet. — 1991. — N 11. — P. 42—43.
58. Steinberg D. C. // Cosmet. and Toilet. — 1991. — N 2. — P. 73—74.
59. Schweikert K. // Parfum. und Kosmet. — 1990. — N 12. — P. 871—874.
60. Strömblad H. // Idem. — 1990. — N 9. — P. 81—83.
61. Tranello S., Cavalletti T. // Pharm. Belg. — 1991. — N 4. — P. 266—270.
62. Trenwende in der Kosmetikentwicklung // Parfum. und Kosmet. — 1990. — N 10. — P. 732.
63. Twardawa W. // Seifen-Öle-Fette-Wachse. — 1988. — N 5. — P. 117—118.
64. Williams A. A. // Parfum. und Kosmet. — 1990. — N 11. — P. 766, 768, 769, 772, 774, 776—778, 782, 784, 785.

Надійшла до редакції 20.06.94.

О. Л. Гром, Б. П. Громовик

ТЕНДЕНЦІИ РИНКА КОСМЕТИЧЕСКИХ СРЕДСТВ ЗА РУБЕЖОМ

Дана характеристика основным направлениям развития зарубежного рынка косметических средств и факторам, формирующими его..

O. L. Grom, B. P. Gromovik

TENDENCIES OF COSMETIC PREPARATION MARKET ABROAD

SUMMARY

Basic trends of development of cosmetic preparation market have been characterized. Factors influencing the market formation have been analyzed.

**А Т ФАРМАЦЕВТИЧНА ФІРМА
„ДАРНИЦЯ“
ПРОПОНУЄ**

СПЛЕНІН

(SPLEНИNUM)

*Препарат, що отримують із селезінки
великої рогатої худоби*

Дія. Нормалізує білковий обмін, підвищує знешкоджуючу функцію печінки, стимулює виробництво інтерферону.

Показання. Ранні токсикози вагітних, гіпопаратиреоз, променева хвороба.

Застосування. Внутрішньом'язово або підшкірно по 2—4 мл щоденно. Курс лікування 10—15 днів.

Форма випуску. Ампули по 1 мл, по 10 ампул в упаковці.

Адреса фірми: Україна 253093, м. Київ, вул. Бориспільська, 13.
Тел. (044) 556-00-72, факс 556-76-46. Телетайп 131593 «Ампула».

СЛОВНИК ТЕРМІНІВ РИНКОВОЇ ЕКОНОМІКИ
(продовження) *

«ПАБЛІК РІЛЕЙШНЗ» — процес формування сприятливої суспільної думки про фірму, товар, послуги і т. д. Заходи «паблік рілейшнз» спрямовані головним чином не на пропаганду споживчих властивостей товарів, а на пояснення позитивного значення даного товару для суспільства, споживача. За допомогою «паблік рілейшнз» пробують реалізувати ідею про те, що найвище фірма ставить інтереси суспільства і окремого споживача. На відміну від рекламиування «паблік рілейшнз» проводиться переважно не на комерційній основі.

ПАСИВ (недіючий) — одна з двох частин бухгалтерського балансу, в якій на визначену дату у грошовому вираженні відображаються джерела утворення наявних засобів підприємства. Підсумок пасиву балансу повинен бути рівним підсумку його активу.

ПАСИВНА ЧАСТИНА ОСНОВНИХ ФОНДІВ — виробничі основні фонди, які не беруть безпосередньої участі у виробництві продукції, але створюють умови для процесу праці і нормального функціонування активної частини основних фондів, захищають людину і засоби виробництва від впливу навколишнього середовища. До них належать будинки і споруди, передавальні пристрої, господарський інвентар.

ПАСИВИ СТІЙКІ — оборотні засоби, які не належать підприємству, але прирівнені до його власних засобів, оскільки постійно знаходяться в його обороті. Стійкі пасиви — це заборгованість по оплаті праці з моменту закінчення конкретної роботи і нарахування за неї заробітної плати до дати її виплати; відрахування на державне соціальне страхування, відрахування по обов'язковому медичному страхуванню; платежі по обов'язковому страхуванню майна; резерви на покриття передбачених витрат і платежів, включені в собівартість продукції (робіт, послуг), хоча витрати будуть проведені пізніше; заборгованість постачальникам по невідфактурованих поставках і акцептованих розрахункових документах, термін оплати яких ще не настав, аванси покупців і т. д.

ПАСИВНІ РАХУНКИ — бухгалтерські рахунки, призначенні для обліку джерел засобів підприємств, їх змін і контролю за станом.

ПАТЕНТ — документ, який видається державою приватній особі (фірмі) і залишає визнання за нею прав на виключне використання винаходу протягом встановленого терміну.

ПАУШАЛЬНИЙ ПЛАТИЖ — це визначена, твердо зафікована сума ліцензійної винагороди.

ПЕНЯ — санкція за несвоєчасне виконання фінансових зобов'язань; нараховується у процентах до суми невиконаних зобов'язань за кожний прострочений день. Застосовується при простроченні оплати і податкових платежів, при затримці оплати одержаних товарів, наданих послуг і виконаних за контрактом робіт.

ПЛАН — визначений порядок, послідовність здійснення накресленої на конкретний період програми (роботи) з оговоренням її мети, змісту, обсягу, методів та засобів, послідовності і термінів виконання.

ПЕРЕДПЛАТА НА АКЦІЮ — один з етапів укладання акціонерного товариства. Передплата на акції є договором, в рамках якого кожен, хто зробив передплату, зобов'язаний внести певну суму до уставного фонду акціонерного товариства як свій пай або частину його. Якщо передплата не перекриває визначену статутом величину статутного фонду, то акціонерне товариство вважається не здійсненим.

ПІДПРИЄМЕЦЬ — індивідуум, який розпочинає свою справу, володіє нею, залишає її фінансування і бере на себе зв'язаний з цим ризик.

ПІДПРИЄМНИЦТВО — ініціативна, самостійна діяльність громадян по виробництву продукції, виконанню робіт, наданню послуг і зайняттю торгівлею, спрямована на отримання прибутку або особистого доходу, здійснюється від своєї особи, на свій

* Початок словника див. журнали № 1—3, 1994 р.

ризик і під свою майнову відповідальність або від імені і під майнову відповідальність юридичної особи — підприємства.

ПІДПРИЄМСТВО — самостійний господарюючий суб'єкт, який має права юридичної особи і здійснює виробничу, науково-дослідну та комерційну діяльність з метою отримання відповідного прибутку (доходу). Підприємство має самостійний баланс, розрахунковий рахунок та інші рахунки в банках, печатку зі своєю назвою, а промислове підприємство — товарний знак.

ПІДПРИЄМСТВО ДОЧІРНЕ — підприємство з правами юридичної особи, контрольний пакет акцій або статутний капітал якого належить іншому підприємству. Якщо дочірнє підприємство придбає контрольний пакет або створить більш дрібне підприємство, останнє вважається внуватим підприємством відносно першого (підприємства-матері). Дочірні та внуваті підприємства можуть знаходитись як у межах своєї країни, так і в інших країнах.

ПІДПРИЄМСТВО КОМЕРЦІЙНЕ — самостійний господарюючий суб'єкт з правами юридичної особи, який діє в умовах самофінансування і ставить за мету отримання максимального прибутку. До комерційних підприємств належать орендні, акціонерні, кооперативні, спільні підприємства, а також підприємства малого бізнесу, в тому числі власнопідприємницькі.

ПІДПРИЄМСТВО МАЛЕ — самостійний господарюючий суб'єкт з правами юридичної особи, характерними ознаками якого є обмеження, щодо чисельності працюючих або обсягу господарчої діяльності. При цьому обмежень на форми власності не передбачається. Мале підприємство може бути власним, кооперативним, державним або змішаним залежно від складу його засновників.

ПІДПРИЄМСТВО НЕКОМЕРЦІЙНЕ — самостійний господарюючий суб'єкт з правами юридичної особи, діяльність якого не має мети отримання прибутку і спрямована на виконання соціально значущих функцій. Такими є, наприклад, організацій (в області охорони здоров'я, освіти та ін.), діяльність яких фінансується з бюджету, а також інші безприбуткові організації (деякі акціонерні товариства, асоціації, різноманітні благодійні та інші фонди), які реалізують свою продукцію (послуги) з метою компенсації витрат на їх виробництво (здійснення).

ПЛАТОСПРОМОЖНІСТЬ — можливість фізичної або юридичної особи своєчасно виконувати свої фінансові зобов'язання в міру їх настання. Зумовлюється наявністю власних або позичених коштів, достатніх для оплати боргів, оплати продукції, що надійшла, наданих послуг, виконаних робіт.

ПІДПРИЄМСТВО ОРЕНДНЕ — самостійно господарюючий суб'єкт з правами юридичної особи, який на основі використання організацією орендаторів орендованого майна виробляє і реалізує продукцію, виконує роботи, надає послуги і функціонує відповідно до законодавства про оренду.

Суттевими умовами договору оренди для орендних підприємств є: встановлені на договірних началах партнерські відносини між орендатором (суб'єктом господарювання) й орендодавачем (власником майна), термін оренди, склад та вартість орендованого майна, розміри та порядок виплати орендних платежів та ін.

ПЛАТЕЖІ У БЮДЖЕТ — система встановлених законодавством внесків і відрахувань юридичних та фізичних осіб, що складають доходи державного бюджету країни.

ПЛАТИЖНА ВИМОГА — розрахунковий документ, який застосовується при акцептній формі розрахунків і являє собою вимогу отримувача засобів платнику про оплату йому певної суми через банк.

ПЛАТИЖНЕ ДОРУЧЕННЯ — розрахунковий документ. Являє собою доручення підприємства, організації, установи-платника обслуговуючій установі банку перерахувати (перевести) певну суму з його рахунку на рахунок отримувача. Застосовується при розрахунках за товари та послуги, погашенні кредиторської заборгованості, а також для перерахунку засобів по нетоварних операціях та фінансових зобов'язаннях.

ПОВНЕ ТОВАРИСТВО — вид господарського товариства, коли всі його учасники займаються спільною підприємницькою діяльністю і несуть солідарну відповідальність за зобов'язання товариства всім своїм майном.

ПОГОДИННА ОПЛАТА ПРАЦІ — форма оплати праці в залежності від відпрацьованого часу, кваліфікації працівника та якості його праці. Застосовують дві системи погодинної оплати праці: просту та погодинно-преміальну.

ПОДАТКИ — обов'язкові платежі, які беруться державою в різноманітних формах з фізичних та юридичних осіб у державний та місцевий бюджет. Податки розподіляються на : 1) прямі — податки, які беруться державою безпосередньо з доходів або майна платника податків: подоходний податок, податок на прибуток підприємства, податок з успадкувань та дарувань; 2) непрямі податки — податки на товари та послуги, встановлені у вигляді надбавки до ціни або тарифу, безпосередньо не з'язані з доходом платника податків: акциз, податок на добавлену вартість.

ПОДАТКОВА ІНСПЕКЦІЯ — державний орган, що здійснює контроль за правильністю нарахування й виплати податків та інших обов'язкових платежів у бюджет, а також дотримування податкового законодавства.

ПОДАТКОВІ ПІЛЬГИ — переваги, часткове звільнення від виконання встановлених зобов'язань щодо виплати податків; економічний механізм державного впливу на вибір юридичними особами напрямків діяльності і використання чистого прибутку.

ПОДАТОК НА ДОБАВЛЕНУ ВАРТІСТЬ (ПДВ) — частина новоствореної вартості, сплачується до державного бюджету на кожному етапі виробництва товарів, виконання робіт, надання послуг. Ставки податку встановлюються у процентах від вартості реалізованих товарів, робіт, послуг.

ПОДАТОК НА ДОХОДИ підприємств і організацій — податок, при якому об'єктом оподаткування є валовий прибуток підприємства, що становить суму доходів від реалізації продукції (робіт, послуг), інших матеріальних цінностей та майна (включаючи основні фонди), нематеріальних активів, брокерських місць (крім реалізації біржами) і доходів від позареалізаційних операцій, зменшених на суму витрат за цими операціями.

ПОЗИЦІЮВАННЯ ТОВАРУ — визначення місця на ринку в ряду інших аналогічних йому товарів з позиції самого споживача.

ПОКУПНА ЗДАТНІСТЬ — характеристика грошей, яка відбиває товаронаповнення національної грошової одиниці. Покупна здатність показує, який об'єм представлених на ринку товарів та послуг можна придбати на кожну одиницю паперових грошей, що знаходяться в обігу.

ПОЛІПОЛІЯ — ситуація на ринку, при якій існує обмежена кількість, як правило, крупних продавців. При цьому їх кількість є достатньою для підтримання конкуренції і суперництва між собою.

ПОЛІТИКА РИНКОВИХ КОМУНІКАЦІЙ — сукупність дій на ринку, спрямованих на створення позитивного образу товару та його виробників. Основана на широких знаннях про умови та мотиви поведінки споживача на конкретних товарних ринках. До класичних інструментів політики ринкових комунікацій належить реклама, стимулювання продажів, зв'язку з громадськістю («паблік рілейшнз»), спонсорство та ін.

ПОРТО-ФРАНКО — порт, портове місто або приморський район, в межах якого іноземні товари ввозяться або вивозяться без мита.

ПОРТФЕЛЬ ЗАМОВЛЕНЬ — сукупність замовлень споживачів, на основі яких із урахуванням виробничих можливостей складається асортиментна програма виробництва.

ПОСЕРЕДНИК — особа, фірма або організація, які стоять між виробниками та споживачами товарів і сприяють продавцям і покупцям в укладанні та виконанні контрактів.

Укладачи: В. М. ТОЛОЧКО, д-р фармац. наук, проф., А. В. КАБАЧНА, д-р фармац. наук, проф., Т. В. ҚОЖУХОВА, канд. фармац. наук, доц. К. Ю. ЗВЕРЄВА, канд. економ. наук, доц., І. О. СУХОМЛІНОВА, канд. фармац. наук, Д. Л. ВЕЛИКИЙ, канд. фармац. наук, О. Г. ОМЕЛЬЧЕНКО, канд. фармац. наук, проф.

Українська фармацевтична академія

Надійшла до редакції 25.10.94.

(Продовження див. у наступних номерах журналу)

УДК 615.32

Л. І. ДРАНІК, канд. фармац. наук, Л. Г. ДОЛГАНЕНКО, канд. фармац. наук,
О. С. АМОСОВ, канд. фармац. наук

ФІТОТЕРАПІЯ СЬОГОДНІ

Державний науковий центр лікарських засобів

За сторіччя існування людини багато рослин, вибраних інтуїтивно або методом проб та помилок, використовувалися для боротьби з людськими хворобами. Стародавні медичні школи, наприклад, індійська Аюрведа або тібетська система повністю спиралися на досвід застосування ліків з природних продуктів. Медичні препарати вироблялися у формі висушеніх трав або витяжок і були сумішшю біологічно активних та супутніх їм речовин. З початку XIX сторіччя багато рослин підлягало обробці з метою виділення активних компонентів. Більша частка ліків рослинного походження була відкрита та введена у фармакопеї з 1850 по 1950 рік (11). З розвитком поглядів Ерліха про хемотерапію був даний поштовх до синтезу лікарських речовин. З тих пір різко збільшилась активність досліджень у цьому напрямку та з'явилися синтетичні препарати для лікування хвороб людини і тварин. За період з 1950 по 1970 рік коли, наприклад, на ринок США надійшло більше 100 нових лікарських препаратів, лише п'ять з них (резерпін, десерпідин, ресцинамін, вінblastин та вінкристин) було одержано з вищих рослин, проте поява вінblastину та вінкристину стала значною подією у фармації.

У сімдесяті роки при начебто зниженні інтересу до фітохімії близько 50 % ліків в індустріально розвинутих країнах вироблялися з природних продуктів, у тому числі з вищих рослин (11). Аналіз рецептів, що були вписані у 1973 р. в США, показав, що 41 % з них включає одну або кілька речовин природного походження, а з 3000 прописів 25 % представлені метаболітами вищих рослин (2). У 1978 р. 25 % з 200 ліків, що найбільш часто прописувались у США, були природного походження. В інших країнах, включаючи Індію, у ці роки спостерігалася аналогічна ситуація, а для Німеччини, Італії та Радянського Союзу ця цифра була ще вища.

Вісімдесяті роки характеризуються розвитком синтетичної хімії. У цей час лікування, що ґрунтувалося на використанні народних прописів, вважали застарілим, але 75 індивідуальних речовин, виділених з вищих рослин, вже застосовувалися в медицині. При цьому такі речовини, як ефедрин, емітин, кофеїн, теобромін, теофілін та папаверин, з економічних міркувань стали виробляти шляхом синтезу (11, 14, 23, 32).

У наш час, коли досягнення терапії синтетичними лікарськими засобами через побічну дію породили ріст ускладнень, світ знову повертається до досвіду траволікування, переосмислюючи його у світлі можливостей сучасної науки (2, 6, 9, 10, 17, 20, 21, 26, 30, 31, 32). Пошук природних продуктів для застосування в медицині йде трьома основними шляхами:

- 1) Шляхом виділення гормонів, біорегуляторів, ферментів та їх інгібіторів внаслідок вивчення біохімії та фізіології ссавців, краще людини.
- 2) Шляхом випадкового пошуку та хемотаксономічних досліджень.
- 3) Шляхом вивчення народних і традиційних систем лікування (11, 27).

Удосконалення рослинних препаратів здійснюється в напрямку вивчення біологічно активних речовин рослин, оптимізації виділення природних комплексів та індивідуальних речовин, досліджень можливості комплексного використання рослин, стандартизації сировини та препа-

ратів, а також синтетичної модифікації природних біологічно активних речовин з метою посилення або коректування їх терапевтичних властивостей.

Переконливим підтвердженням цінності фітохімічних досліджень є той факт, що половина з 20 найбільш широко застосовуваних у світі препаратів — природні продукти або їх похідні. Так, серцеві глікозиди наперстянки є основою сучасних лікарських засобів, нестероїдний протизапальний засіб ібупрофен є похідним саліцину, що виділяється з листя та кори верби. Протипухлинні препарати вінкристин та вінblastин також рослинного походження. Користується підвищеним попитом активний м'язовий релаксант з кураре. За основу антиастматичного сальбутамолу та гіпотензивного атенолу взято природний ефедрин.

Аналіз наукової літератури останніх років дозволяє умовно виділити два напрямки розвитку фітотерапії: по-перше, використання рослин у вигляді сумарних та стандартизованих настойок, екстрактів та чаїв як лікувальних, лікувально-профілактичних засобів та харчових добавок; по-друге, застосування нативних або модифікованих біологічно активних речовин як сучасних субстанцій або в складі композицій, що посилюють або пролонгують дію останніх.

За даними ВООЗ у наш час у 73 країнах світу з лікувальною метою використовується близько 10 000 видів лікарських рослин, в офіційні видання 38 країн входить лише 1884 види (30). Половина з цього числа припадає на види, що дозволені до медичного використання більше ніж в одній країні, і тільки 143 з них входять у фармакопеї та реєстри більше 10 країн світу.

У 1978 р. експертами ВООЗ був складений «Перелік лікарських рослин», що найбільш широко використовуються в усьому світі, який включає 235 найменувань, офіційних в п'яти або більше країнах. 52 види рослин зустрічаються як в «Переліку», так і в «Державному реєстру лікарських засобів СРСР» на 1 січня 1990 р. У виданому в 1992 р. «Покажчуку іноземних фірм, зайнятих розробкою та виробництвом фітохімічних лікарських препаратів» (7), який містить 498 найменувань фірм 29 країн, виділені фірми, що займаються виключно виробництвом та імпортом-експортом лікарської рослинної сировини. З «Покажчука» випливає, що Албанія, Греція, Іспанія, Португалія і Туреччина є виключно постачальниками рослинної сировини для фітохімічного виробництва інших країн. Масштабними виробниками лікарських рослин є Бельгія (9 з 10 фітофірм), Італія (10 з 31), Нідерланди (14 з 22), Франція (16 з 43), Німеччина (27 з 97), Югославія (7 з 11), Китай.

Традиційне місце в номенклатурі фітохімічних препаратів до нашого часу займають найстаріші лікарські форми — настойки та екстракти. І хоча в каталогах офіциальних лікарських засобів галенові препарати мають тенденцію до скорочення кількості найменувань, в ряді країн кількість фітохімічних фірм, які виробляють ці препарати, ще велика (див. табл.). Слід відзначити, що найбільш крупними фірмами-виробниками галенових препаратів є італійські Бономеллі СпА та Інверні Делла Беффа СпА, французька Тинксірол та югославська Галеніка.

У «Фармацевтичному інформаторі» Італії в 1988 р. описано 250 рідких, густих, сухих та олійних екстрактів, що становить 10 % фармацевтичного ринку цієї країни (12). Використання сучасних аналітичних методик, достатньо точних та специфічних, дозволяє проводити коректну нормалізацію та стандартизацію рослинних екстрактів, гарантуючи певний та стабільний терапевтичний ефект (24).

В останні роки великою популярністю користуються поліфіточай у вигляді гранульованих швидкорозчинних продуктів. У 1980 р. у світі випускалося близько 40 000 моно- та поліфіточай. Провідною фірмою, що виробляє цю продукцію, стала транснаціональна компанія Рон-Пулленк Рорер після того, як у неї увійшла німецька фірма-родоначальник фіточай Наттерманн. У наш час випускаються «Бронхікум» — чай від кашлю, «Холафлюкс» — жовчогінний чай, «Депурафлюкс» — проносної дії, «Нервофлюкс» — заспокійливий та «Урофлюкс» — сечогінний фіточай.

Крім трьох фірм Німеччини, виробництво фіточайів освоїли Польща (фірма Хербапол), Японія, Марокко, 15 фірм Франції, Югославія, Болгарія (див. табл.). В ряді країн, наприклад у США, Великобританії, Італії, сухі гранульовані фіточайі реалізуються як умовно харчові, профілактичні засоби. В останні роки ці продукти експортуються в країни СНД. Ведеться розробка гранульованих фіточайів у Росії та в Україні.

Історія індійської медицини має глибоке коріння. Вже в священних Ригведах згадується використання рослин для полегшення людських страждань. У книзі «Чараха самхіта» (I сторіччя до н. е.) дається описання медицини в тому вигляді, в якому її знали індуси. З тих пір багато ліків, описаних у ній, місцо увійшли в світову медицину. Компанія «Хімалайя» поставила собі за мету дослідити якомога більшу кількість лікарських рослин та, використовуючи сучасні технології, виготовити з них препарати, тобто поєднати стародавню медицину із сучасною. Як наслідок цього приблизно 40 років тому «Хімалайя» дала світу свій перший лікувальний засіб для зниження кров'яного тиску, розкривши лікувальні властивості стародавньої раувольфії. Наступними препаратами були: цистон, що включає екстракти 13 рослин та застосовується при сечокам'яній хворобі, та ЛІВ-52 у формі крапель, сиропу і таблеток, який попереджує і виправляє гепатичні порушення. Вони пройшли всі випробування. За ними були: луколь (таблетки), що містить витяжки 10 рослин і виліковує функціональні маткові кровотечі; пайлекс (таблетки, мазь), що містить соки та відвари 6 рослин і полегшує страждання при геморої; румалая (таблетки, крем) — для комбінованого лікування ревматичних порушень; спеман — таблетки для застосування при хворобах простати; бонісан — рідина для немовлят загальнозміщуючої дії, одержана з екстрактів 12 рослин і кропової олії, та ін.

Сьогодні в Індії 7 фірм зайняты розробкою і виробництвом препаратів на основі місцевої рослинної сировини (25). Провідною фірмою залишається «Хімалайя драг Ко».

Багато з рослин, наведених у трактатах Аюрведи та його послідовників, привертають увагу хіміків Індії, але тільки в останні роки були розроблені дві програми скринінгу індійської флори для визначення біологічної активності її представників.

Особливо слід відзначити специфіку продукції німецької фірми Хель. Розроблена доктором Реквігом теорія гомотоксикології — поєднання традиційної медицини та гомеопатії — разом з одержаними на

Характеристика розвитку фітохімічної промисловості провідних країн світу

Назва країни, провідної в галузі фітохімії	Загальна кількість фітофірм у країні	Кількість фірм, що експортують — імпортують лікарську рослинну сировину	Кількість фірм, що виробляють				Кількість виданих охоронних документів (з 1980 р.)
			галенові препарати	гранульовані фіточай	рослинну олію	оригінальні фітохімічні препарати	
Бельгія	10	9	1	*	*	*	*
Великобританія	12	5	*	*	*	7	6
Угорщина	10	4	*	*	*	6	7
Індія	7	*	*	*	*	7	9
Італія	31	10	18	*	*	*	5
Китай	2 (об'єд.)	2	2	*	2	2	*
Нідерланди	22	14	8	*	*	*	2
Болгарія	3	2	2	2	*	2	*
Польща	4	*	*	1	*	3	1
Румунія	5	1	4	*	35	30	4
США	105	10	28	*	*	*	18
Франція	43	16	2	15	*	*	28
Німеччина	97	27	36	2	4	*	36
Чехословаччина	4	*	4	*	4	4	3
Швейцарія	42	7	32	*	5	10—12	2
Югославія	11	7	1	2	5	*	1
Японія	66	10	5	3	*	*	38

* Точних даних немає.

підставі цієї теорії науковими розробками фірми відіграли важливу роль в її розвитку.

Згідно з поглядами доктора Реквіга, хвороби є відбиттям цілеспрямованого біологічного захисту організму від екзогенних та ендогенних гомотоксинів або спробою компенсації токсичної втрати.

Фундаментальний принцип головної захисної системи полягає у гармонійній взаємодії гуморальних або гормональних та невральних факторів, що дозволяє організму зберегти свою цілісність за рахунок регуляції екзогенних та ендогенних гомотоксичних ефектів.

Асортимент препаратів фірми Хель має широкий спектр з більше як 2200 гомеопатичних рецептів. Класичні гомеопатичні препарати випускаються фірмою Хель в ін'єкційних формах, а гомеопатичні комбінації пропонуються у вигляді мікстур, таблеток, свічок, мазей та ампул. Медичні препарати фірми Хель експортуються в 25 країн світу. Фірма має представництво в Австрії (фірма Др. Пайтнер КГ) та в США (фірма «Біологічні гомеопатичні заводи»).

Важливе місце в лікуванні ревматичних хвороб, хвороб верхніх дихальних шляхів та ін. займають ефірні олії, найбільш ефективні з яких — евкаліптова, лавандова, лимонна, м'ята, ромашкова.

Активними виробниками рослинних олій є США, Чехословаччина, Швейцарія та Німеччина (див. табл.).

В останнє десятиріччя спостерігається пожвавлення інтересу провідних фармацевтичних фірм до пошуку та виділення біологічно активних і потенціально цінних природних сполук з метою створення на їх основі оригінальних сучасних лікарських засобів (3—5).

Цікава історія лікування малярії раніше хіною, а в наш час — препаратом артемізином на основі ще більш ефективної речовини, яка виділяється з кореня полину.

Відоме використання у фармації природних алкалоїдів та інших азотвмісних сполук, наприклад, квісквалінової кислоти, N-ізобутил-декатранс-2-транс-діенаміду, виділеного з перцю, який виявив властивості виключно активного інгібітора імплантації і являє інтерес для створення контрацептивних засобів (5).

Слідом за ефедрином японські вчені спромоглися виділити з ефедри ефедроксан, маоконін, ефедадрин з вираженою протизапальникою, гіпо- та гіпертензивною дією. З перуанської рослини *Groton lechleri* виділений бензилізохіноліновий алкалоїд таспін з цінними протизапальними властивостями; ехітовенідин, одержаний з плодів *Alstonia cepapata* (Aposupasaeae), має антидепресивну активність; з різних видів *Gardneria* (loganiaceae) виділено 18 алкалоїдів, багато з яких мають нейром'язову активність.

Істотний вклад у фармацію внесли природні терпеноїди. Серед відкриттів останніх років — терпеноїди *Artemisia* з анальгетичною (ізотуон) та гіпоглікемічною (тауремізин) діями, два гермакраноліди зексебревини А та В з сильною імуностимулюючою дією з мексиканської рослини *Leximennia brevifolia*.

У 1993 р. на фармацевтичний ринок США та Великобританії випущений новий препарат таксол, одержаний на основі речовини, виділеної з тихоокеанського тису, який має особливі противухлини властивості. Оскільки вихід біологічно активного дiterпеноїду становить лише 0,02 % ваги кори тису, проводиться активний пошук можливості створення культури тканини тису або напівсинтетичного одержання таксолу (16).

В літературі останніх років повідомляється про вилучення з коренів *Faga xanthoxyloides* Lam. 2,2-диметил-2Н-1-бензопіран-6-масляної кислоти, що має унікальну властивість усувати серпоподібність еритроцитів у хворих серпоподібноклітинною анемією. Є відомості про вилучення з рослини «кабека не негра», яка зустрічається у джунглях Амазонки, кабенегринів — протиутрут від укусів зміїв, про нові фітоалексини.

ни з солодкої картоплі, враженої патогенами, антимутагенів з рослин, імуностронних полісахаридів рослинного походження (20).

З рослинами пов'язують і пошук засобу лікування СНІДу. Вважається, що для виявлення протипухлиної та протиснідової активності необхідно випробувати близько 50 000 рослин.

Важливість і необхідність фітохімічного напрямку підтверджується тим, що чверть сучасних препаратів містить хоча б одну сполуку рослинного походження (26).

Аналізуючи виробництво оригінальних фітохімічних препаратів по країнах та фірмах, відзначимо, що провідними країнами в цьому напрямку є Німеччина, США, Польща, Угорщина, Франція, Індія, Великобританія та Японія (див. табл.). Характерним є те, що фітохімічним виробництвом стали займатися фірми, які раніше випускали синтетичні лікарські засоби.

Здавна провідними фітохімічними фірмами світу вважалися німецькі Мадаус, Дегусса АГ, Наттерманн, Хель, індійська Хімалайя, швейцарська Сандоз, американська Елі Ліллі, польські Хербапол та Польфа.

Характеристику інтенсивності фітохімічних досліджень в різних країнах світу дає аналіз патентних документів. Кількість охоронних документів, виданих країнам з 1980 р., наведено в одній із граф таблиці. Аналіз патентної ситуації дозволяє зробити висновок про те, що провідними в галузі фітохімічних досліджень є Японія, Німеччина, Франція, США, Індія та Китай.

Для виходу фірми на світовий ринок її частка в обсязі фармацевтичної продукції повинна становити не менше 2 %. На сьогодні таких крупних фірм тільки 12, останньою фірмою, що досягла «критичної маси» стала транснаціональна компанія Рон-Пулленк Рорер. Злиття фірм Рон-Пулленк та Рорер, а потім приєднання фірми Наттерман дозволило фірмі посилити свою присутність на ринках Європи, Азії та Американського континенту.

Фармацевтична промисловість Німеччини використовує лікарські рослини 177 родів та близько 250 видів. У довідниках цієї країни описано 1200 найменувань фітохімічних препаратів, які належать до 49 фармацевтичних груп. Серед препаратів дев'яностих років на фармацевтичний ринок Німеччини виведені антивіскозин фірми Фарма — збір лікарських рослин для схуднення, таблетки Цефахол, фірми Цефак, Хепа-лоджес, фірми Лоджес, Панкреплекс, фірми Шабер Бруммер — препарати для лікування печінки, жовчних шляхів та шлунковошишкового тракту, які включають поряд з іншими екстракт плодів *Cardui mag. Cholarist* фірми Штайнер — спазмолітичний засіб в таблетках з сухим екстрактом чистотілу, мазь Хамамеліс сейбл фірми Дігнос, що містить екстракт гамамелісу, капсули Ремігерон фірми Шабер Бруммер — урологічний засіб з екстрактом плодів *Sabal serrulat* та ін. (4).

Фармацевтичні фірми Японії використовують близько 200 видів лікарських рослин з перевагою ефіроолійних. При цьому в японській фармакопеї зареєстровано 116 лікарських рослин та 48 олій. Важкими наслідками споживання в Японії талідоміду та квіноформу пояснюється підвищення попиту населення країни на засоби китайської медицини. З 66 основних фірм Японії 18 працюють у галузі китайської медицини. Міністерством охорони здоров'я та соціального забезпечення Японії в дев'яності роки дозволено 210 найменувань засобів китайської медицини та 165 засобів японської народної медицини. Слід відзначити великий інтерес, який проявляється в Японії до вивчення виробництва корисних речовин з використанням трансформованих клітин лікарських рослин. Основними розробниками цього напрямку є фірми Канебо, Сісайдо, Цумура дзютендо, Фармакологічний інститут професора Тояма.

Японія, поряд із США, Францією, Німеччиною, Великобританією та Швейцарією, є одним з основних імпортерів лікарської сировини з Індії.

Своєрідна структура фітохімічної промисловості Китаю. Вона представлена двома об'єднаннями, створеними в 1978 р., — Донфенг

Каунт Фармасьютікел фекторі та Чайна Нейшнл Корпорейшн оф Хербал Медіайн, які включають 600 підприємств. Об'єднання щорічно випускають близько 700 тис. тонн продукції (5700 видів лікарських рослин, понад 3000 найменувань готових лікарських форм — засобів народної медицини). За останні роки в Китаї створено близько 20 спільніх з іноземними (переважно японськими) фірм. Однією з проблем китайської фармацевтичної промисловості є якість продукції, що випускається. З цією метою в країні створено 1400 центрів контролю якості. Плантації лікарських рослин в Китаї займають 34 000 гектарів. Активно ведуться роботи по виділенню терапевтично ефективних інгредієнтів рослин, що ростуть у цій країні.

На відміну від Китаю, у США налічується 105 фірм, які працюють з лікарською рослинною сировиною. При цьому спостерігається вузька спеціалізація фірм. Так, 8 фірм виробляють виключно препарати аloe, фірма Брістоль-Майєрс випускає лише карантамін з карантуса рожевого. Одним з напрямків роботи фірми Ціанотех, заснованої в 1983 р., є вивчення можливості одержання геноінженерних препаратів на основі продуктів життедіяльності синьо-зелених водоростей. Фірма Елі Ліллі спеціалізується на виробництві протипухлинних препаратів рослинного походження.

Найкрупніша фірма Франції Рон-Пуленк в 1977 р. займала шосте місце серед хімічних компаній західної Європи по випуску препаратів з лікарських рослин. Як уже відзначалося, вона приєднала до себе фірму Рорер, а потім німецьку фірму Наттерманн і стала транснаціональною компанією. Французькі фірми запатентували ряд оригінальних фітохімічних препаратів, серед яких особливий інтерес являють препарати на основі екстрактів бурих та червоних водоростей, що мають тонізуючу дію на судини та знижують злипання тромбоцитів крові.

Головним напрямком роботи фірми ЛЕК Любляна є виробництво гідророзчинів алкалойдів ріжків (редергін, дитамін, сінепрес та ін.), у тому числі біотехнологічними методами. ЛЕК випускає також препарати наперстянки (белікор), унікальний ферментний препарат лекозим з латексу динного дерева, тріанол з кори Рудечії афіканум, а також фітотерапевтичні засоби під назвою «домашня аптека ЛЕК», куди входить ряд препаратів, які поставляються в наш час в аптеки України. Серед них таблетки ліпоцін, які регулюють обмін речовин і включають екстракт артишоку, флорокаміл — розчин з екстрактом ромашки, драже персен з екстрактами валеріани, м'яти, меліси, таблетки депрім, проносний засіб проректал та ін.

За останніх 15 років зрос інтерес до використання натуральних продуктів в косметичних виробах (1, 18, 13, 22, 29). Амінокислоти та протеїни, джерелами яких є рослини, вводяться в шампуні та креми. Косметичні вироби, які містять протеїн вівсяної муки, мають зволожуючі властивості.

Буглеводи — основне джерело енергії живої клітини, необхідні для забезпечення пластичних процесів. Сахари соків та настойок рослин знайшли широке застосування як пом'якшуючі, заспокоюючі і тонізуючі компоненти косметичних засобів. Органічні кислоти — нетоксичні компоненти, які забезпечують оптимальний показник pH.

Полісахариди рослинного походження з успіхом застосовуються косметологами як загусники, структуроутворюючі компоненти, стабілізатори та емульгатори.

Природні сапоніни використовуються у виробництві рідких мил, шампунів, очищувальних кремів.

У фітокосметиці використовуються таніди шавлії, звіробою, чебрецю, кульбаби, що мають в'яжучу, антисептичну та протизапальну дію. Рослинні олії, які містяться, в основному, в насінні та плодах рослин завдяки присутності в них ненасичених жирних кислот беруть участь у кисневому та жировому обміні шкіри, усувають запальні процеси. При цьому фосфатиди рослинних олій мають поверхнево-активні властивості.

і є хорошими емульгаторами, що з успіхом використовуються при розробці кремів для гоління, очищаючих кремів, губних помад.

Високу біологічну активність у складі косметичних засобів мають рослинні гормони, одержані переважно з зародків пшениці, ячменю, кореню женшеню, СО₂ — екстрактів хмеля.

Найбільш важливі для шкіри як водогін, так і жиророзчинні вітаміни. У косметичних препаратах вітаміни групи В, наприклад, знижують запальну реакцію шкіри, сприяють росту волосся, пом'якшують шкірний покрив, поліпшують тургор тканин. Вони містяться у пшениці, вівсяній, гречці. Багатим джерелом вітаміну РР є дріжджі та висівки.

Цінні властивості для косметики мають ефірні олії.

Найбільш ефективні для косметичних виробів — екстракти куркуми, ромашки, берези, ліпофільна фракція нагідок, гель алое, моркв'яна та злакова олії, складні комплекси з пророслого насіння ячменю, пшениці, жита, кукурудзи, гвоздики, камідь акації, гідроколоїд з цитрусових, препарати лецитину, фітоконцентрати водоростей, висівок, хмелю, ромашки, липи, алое та ін.

Аналіз наукової літератури та діяльності фірм дозволяє відзначити відродження інтересу до використання лікарських рослин у терапії. В основному, це пояснюється впевненістю населення у відносній безпеці засобів народної медицини.

Всесвітньою організацією охорони здоров'я організовано 21 науково-дослідницький центр по вивченю засобів народної медицини, у тому числі 2 в Європі і 3 в Америці. У 1975 р. у Чікагському центрі створена база даних, яка на сьогоднішній день налічує понад 800 млн. біт інформації про лікарські рослини (зареєстровано 23 000 вищих рослин). За даними центру виробництво більшості лікарських засобів з рослин потребує менше витрат, ніж виробництво їх синтетичних аналогів. Тут же слід відзначити, що одержання біологічно активних сполук з перспективних морських безхребетних більш складне і дороге, ніж з рослин. За даними журналу «Doctor» (Великобританія), особливе значення в країнах, що розвиваються, надається проектам використання місцевих рослин для одержання нових лікарських препаратів. 10 лікарських засобів такого філіппінського проекту, розробленого в 1977 р., вже випускається. В їх числі відхаркувальні, анальгезуючі, діуретичні, протидіарейні та інші засоби (2).

Під егідою ВООЗ та ЮНЕСКО міжнародні та державні організації об'єднують зусилля по реалізації потенціалу біологічної активності речовин рослинного походження. Завдяки досягненням в галузі аналізу речовин, способів їх виділення та молекулярної біології стали можливі скринінгові дослідження, що значно полегшує завдання фітохіміків.

Нове покоління фармацевтичних продуктів повинно з'явитися завдяки геній інженерії, технології клітинних культур, ферментативного синтезу.

Таким чином, фіtotерапія, що відроджується сьогодні, включає одержання унікальних біологічно активних сполук для лікування найважчих хвороб, високоефективних очищених комплексів речовин, що входять до складу оригінальних лікарських препаратів, стандартизованих сумарних продуктів у вигляді водних, водно-спиртових витяжок, ефірних масел та жирних олій, ряду лікувально-профілактичних чаїв та бальзамів, харчових добавок в сучасних формах, а також нешкідливих та цінних компонентів для дерматології та косметики.

1. Вольфензон И. Н., Коральник С. И. // Обзорная информация «Парфюмерно-косметическая и эфирномасличная промышленность». — М.: Госагропром СССР, НИИ информации и ТЭИ пищевой пром-сти. — 1986. — № 8. — 32 с.
2. Лекарственные средства, получаемые из растений // Экспресс-информация «Химико-фармац. производство за рубежом». Мин. мед. и микроб. пром-ти СССР, ЦБНТИ. — 1987. — Вып. 4. — С. 22—23.
3. Литвиненко В. И., Комисаренко М. Ф., Макаревич И. Х. и др. // Фармаком. — 1994. — № 4 (21). — С. 6—9.

4. Новые лекарственные вещества на рынке Германии. // Экспресс-информация «Химико-фармац. производство за рубежом.— М. : НПО «Медбюроэкономика», ВНИИСЭНТИ.— 1991.— Вып. 20.— С. 14—16.
5. Новые природные вещества, представляющие фармакологический интерес. // Обзорная информация «Химико-фармац. пром-сть».— М. : М-во мед. пром-сти, ЦБНТИ.— 1981.— № 1.— С. 7—10.
6. Противоопухолевые средства ведущих капиталистических стран. // Обзорная информация «Химико-фармац. пром-сть».— М. : М-во мед. пром-сти, ЦБНТИ.— 1985.— Вып. 11.— 49 с.
7. Указатель зарубежных фирм, занятых разработкой и производством фитохимических лекарственных препаратов.— М. : НПО «Медбюроэкономика», ВНИИСЭНТИ.— 1992.— 110 с.
8. Фитопрепараты для косметических изделий. // Обзорная информация серии 21 «Парфюмерно-косметическая и эфирномасличная промышленность».— М. : М-во пищевой пром-сти СССР, ЦНИИПТЭИ пищепром.— 1984.— Вып. 3.— 44 с.
9. Китанов Г. // Природа (НРБ).— 1986.— Т. 35, № 6.— С. 64—65.
10. Chawla A. S., Handa S. S., Sharma Ashor K. et al. // J. Sci. and Ind. Res.— 1987.— Vol. 46, N 5.— P. 214—223.
11. Dev S. // Curr. Sci.— 1983.— Vol. 52, N 20.— P. 947—956.
12. I Farmaci Della Medicina Pratica.— Prontuario, 1987—1988.— 980 p.
13. Fauli Frillo D. C., Iglesias Angelis D. J. // Rev. Real Acad. Form Barcelona.— 1976.— N 14.— P. 5—38.
14. Gaignault J. C., Marchandea C. // L'actualite chimique.— 1982.— Mai.— P. 7—15.
15. Herbal medicines.— Chem. Brit.— 1992.— Vol. 28, N 7.— P. 599.
16. Hunt J. A. // The Pharmaceutical Journ.— 1993.— Vol. 251.— December 18/25.— P. 865—866.
17. Husson H. P. // Bulletin de la Societe de pharmacie de lille.— 1983.— Vol. 39, N 1—2.— P. 65—74.
18. Jean D. // Actual pharm.— 1986.— N 230.— P. 63—64.
19. Klarsfeld A. // J. int. med.— 1993.— N 273.— P. 43—47.
20. Koji Naranishi // Acta Pharm. Nord.— 1992.— Vol. 4, N 4.— P. 319—328.
21. Montes M. A. // Acta Farm. Bonaerense.— 1990.— Vol. 9, N 2.— P. 131—138.
22. Paris M. R. // Labo-pharma. Probl. et techn.— 1978.— Vol. 26, N 275.— P. 322—325.
23. Phillipson J. D., Anderson L. A. // Pharm. J.— 1987.— Vol. 239, N 28.— P. 662.
24. Pifferi G. // Boll chim. farm.— 1990.— Vol. 129, N 2.— P. 51—55.
25. Prabhakar Y. S., Suresh Kumar D. // Fitoterapia.— 1990.— Vol. 61, N 5.— P. 395—416.
26. Prospecting for drugs. // Technol. Rev.— 1992.— Vol. 95, N 7.— P. 16—17. z
27. Samuelsson G. // Bull. Chem. Soc. Ethiopia.— 1987.— Vol. 1, N 1.— P. 47—54.
28. Schilcher H. // Arzner. Naturheilverfahren.— 1991.— Vol. 32, N 10.— P. 775—776.
29. Schmidiger O. // Parfume, cosmet. aromes.— 1986.— N 69.— P. 51—54.
30. Silvo F. // Manuf. Chem.— 1990.— Vol. 61, N 10.— P. 43—44.
31. Spilkova J., Krčová M., Hubíř J. // Cs. farm.— 1989.— Vol. 38, N 10.— P. 454—459.
32. Totte J., Vlietinck A. J. // J. pharm. belg.— 1989.— Vol. 41, N 5.— P. 330—361.

Надійшла до редакції 08.07.94.

Л. И. Драник, Л. Г. Долганенко, А. С. Аммосов

ФИТОТЕРАПИЯ СЕГОДНЯ

Обзор литературных сведений, характеризующих тенденции и направления развития фитотерапии. Отмечено возрождение интереса к использованию лекарственных растений для создания фармацевтических средств. Подчеркнуты особенности организации фитохимической промышленности и отмечены достижения ведущих в области фитохимии стран.

L. I. Dranik, L. G. Dolganenko, A. S. Ammosov

PHYTOTHERAPY AT PRESENT

SUMMARY

The review of articles covering the information on the tendencies and trends of phytotherapy development is presented. It has been stated that people are getting more and more interested in application of drug plants to produce pharmaceutical agents. They touch on peculiarities of phytochemical industry creation and achievements made by some countries leading in the area of phytochemistry.

УДК 615.13

Н. П. МАКСЮТИНА, д-р хім. наук, проф., Л. Б. ПИЛІПЧУК, канд. фармац. наук,
В. В. ЛУКАЧИНА, д-р хім. наук

ВИВЧЕННЯ ВЗАЄМОДІЇ КВЕРЦЕТИНУ З ГЛЮКОЗОЮ У ВОДНИХ РОЗЧИНАХ

Київський державний інститут удосконалення лікарів,
Інститут колоїдної хімії та хімії води АН України

Для вивчення взаємопливу кверцетину, пектину яблучного і глюкози в новій лікарській формі «Гранули кверцетину» ТФС 42-2042-91 [3] нами вивчено процес взаємодії кверцетину (І) і глюкози (ІІ) у водних розчинах шляхом використання методів розчинності, електронної спектроскопії і ПМР.

Експериментальна частина

У роботі використаний І, виробництва Ташкентського ХФЗ, ФС 42-1325-79 і ІІ, ФС 42-2419-86.

Взаємодію І і ІІ у водних розчинах оцінювали методом розчинності. Для цього були виготовлені серії водних розчинів із змінною концентрацією ІІ: 0,111; 0,222; 0,333; 0,444; 0,555; 0,833; 1,11; 1,39; 1,67; 1,94; 2,22 моль/л. У кожний рочин додавали наважку І (0,01 г) і перемішували 30 хв магнітною мішалкою при температурі 20, 40 і 70 °С. Час досягнення рівноважної концентрації (30 хв) встановлено експериментально. Потім розчини фільтрували через подвійний сухий складчастий фільтр і у фільтраті визначали концентрацію І. Для цього точно вимірювали об'єм фільтрату висушували в сушильній шафі при температурі 100 °С до постійної маси. Сухий залишок розчиняли в точному об'ємі диметилформаміду і реєстрували оптичну густину одержаного розчину на спектрофотометрі СФ-46 у кюветі з товщиною шару 1 см при довжині хвилі 378 нм. Як розчин порівняння використаний диметилформамід. Концентрацію кверцетину у водному розчині розраховували за формулою:

$$C = \frac{A \cdot B}{\varepsilon}, \text{ де}$$

C — концентрація І у воді після фільтрації, моль/л;

A — оптична густина;

B — співвідношення об'ємів розчину диметилформаміду і водного розчину;

ε — 21762,72 молярний коефіцієнт вбираання І у диметилформаміді при довжині хвилі 378 нм.

Спектри ПМР розчинів ІІ в D_2O одержано на приладі «Gemini-200». Як внутрішній стандарт використаний гексаметилдисилоксан.

Дослідження показали, що присутність у водних розчинах глюкози значно впливає на розчинність кверцетину і залежить від температури (рис. 1). Навіть при низьких концентраціях ІІ (0,111—0,555 моль/л) І помітно переходить у розчин. Подальше підвищення концентрації ІІ (0,555—2,22 моль/л) також сприяє переведенню І у розчин. Однак такий ріст розчинності значно нижчий, ніж в інтервалі концентрацій 0,111—0,555 моль/л. Відсутність граничного значення розчинності І від концентрації ІІ свідчить про те, що дане сповільнення не пов'язане з обмеженою розчинністю сполуки І з ІІ, може поясннюватись зміною стану в розчині ІІ, а саме проявом полімеризаційних процесів.

Для перевірки даного припущення досліджені спектри ПМР II в D_2O залежно від її концентрації. Одержані результати показують, що при підвищенні концентрації II, що перевищує 0,555 моль/л, має місце зміщення сигналів нелабільних протонів II в область сильних полів (рис. 2). Таме зміщення характерне для полімеризаційних процесів органічних сполук, зумовлених формуванням міжмолекулярних водневих зв'язків [1].

На підставі одержаних даних були вивчені склад і стійкість молекулярних комплексів I і II в умовах відсутності полімеризації II при $20^\circ C$.

Розрахунки показали, що I утворює з II молекулярні комплекси у співвідношенні 1 : 2 (рис. 3).

За даними розчинності розрахована константа рівноваги (K_p) утвореного комплексу при $20^\circ C$:

$$K_p = \frac{(I \cdot II_2)}{(I) \cdot (II)^2},$$

де $(I \cdot II_2)$, (I), (II) — рівноважні концентрації комплексу, кверцетину і глюкози.

У зв'язку з тим, що рівноважні концентрації II помітно не відрізняються від загальної при взаємодії з I, при розрахунку констант рівноваги можна використовувати загальну концентрацію II. Як видно з

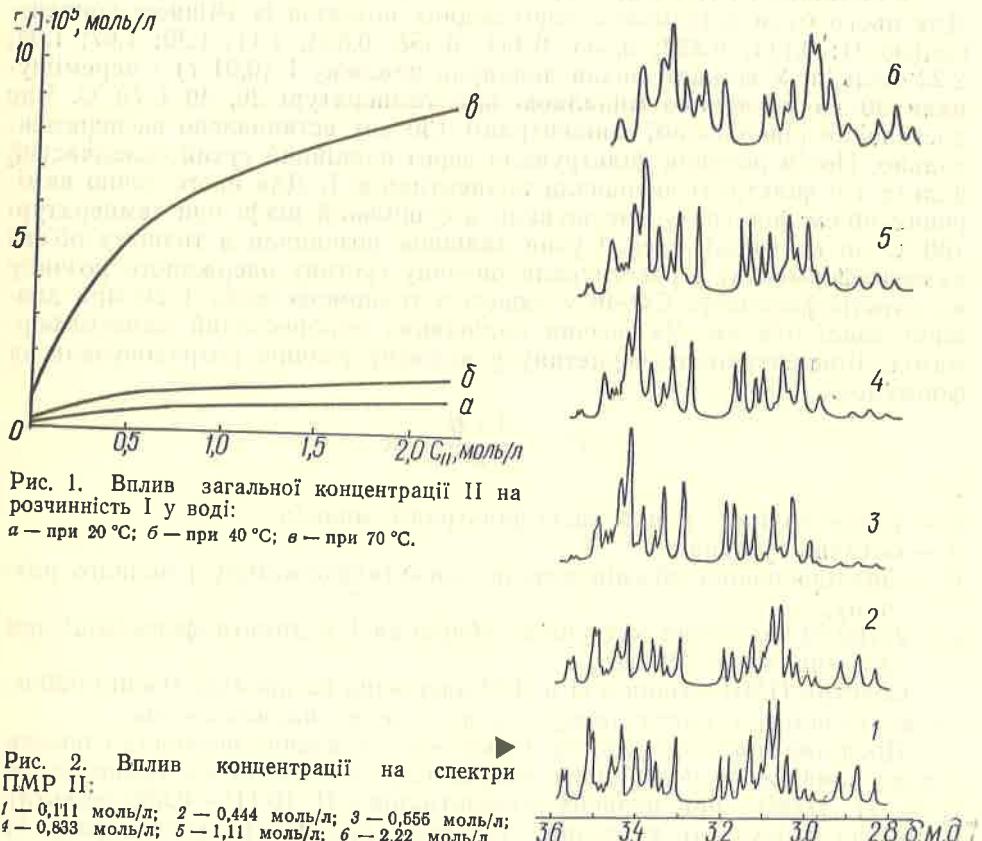


Рис. 1. Вплив загальної концентрації II на розчинність I у воді:
— при $20^\circ C$; — при $40^\circ C$; — при $70^\circ C$.

Рис. 2. Вплив концентрації на спектри ПМР II:

1 — 0,111 моль/л; 2 — 0,444 моль/л; 3 — 0,556 моль/л;
4 — 0,883 моль/л; 5 — 1,11 моль/л; 6 — 2,22 моль/л.

таблиці, середнє значення K_p глюкозо-кверцетинового комплексу становить $25,7 \pm 5,1$.

Використовуючи рівняння Гіббса: $\Delta G = RT \ln K$, де R — універсальна газова стала, рівна 8,31 Дж/моль·К; T — абсолютна температура, розрахована вільна енергія (ΔG) комплексу I з II при $20^\circ C$ становить 3,4 кДж/моль.

Розрахунок константи рівноваги комплексу I з II у воді при температурі 20 °C

C _{II} , %	C _{II} , моль/л	[I].10 ⁶ , моль/л	[I.II].10 ⁶ , моль/л	K _p
2	0,111	1,01	0,28	31,1
4	0,222	1,75	1,02	28,4
6	0,333	2,76	2,03	25,1
8	0,444	4,06	3,33	23,1
10	0,555	5,42	4,69	20,9
				K _p 25,7±5,1

Одержанна величина вільної енергії помітно менша, ніж у більшості молекулярних комплексів, основний вклад у формування яких становлять міжмолекулярні Н-зв'язки. Частіше ці величини знаходяться в інтервалі 10—40 кДж/моль. Таку відмінність у величинах ΔС можна пояснити тим, що формування міжмолекулярних Н-зв'язків у комплексі I.II має місце не між вільними атомами водню і кисню у трицентровому фрагменті — O—H···O, а між гідратованими функціональними групами, що вміщують атоми кисню і місткового протона, як це показано в (4). Тому одержана величина вільної енергії є різницю між повною вільною енергією молекулярного комплексу I.II і вільних енергій гідратованих форм I і II.

Вивчення впливу температури на кінетику розчинності I у водних розчинах II (рис. 1, б, в) показало, що вже при 40 °C процес розчинення I йде приблизно в 1,5 раза швидше, ніж при кімнатній температурі, а при 70 °C — у 9 раз.

Дослідження впливу температури на розчинність I необхідно вивчити більш детально, оскільки одержані результати не можуть пояснюватись звичайною зміною

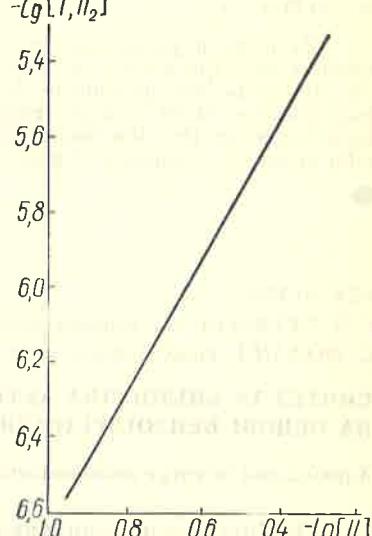


Рис. 3. Визначення складу комплексу I з II у воді при 20 °C методом розчинності

кінетики процесів, що відбуваються під дією температури. Справа в тому, що формування всіх відомих в літературі молекулярних комплексів, які містять міжмолекулярні Н-зв'язки, в досліджуваному нами інтервалі температур (20—70 °C) — процеси екзотермічні (2).

Суперечність двох аспектів (значне підвищення розчинності з температурою і екзотермічність реакцій утворення всіх відомих в літературі Н-комплексів у вивченому інтервалі температур) змушують нас шукати справжні причини дещо незвичайного, більшого в порівнянні з очікуваним, впливом температури на розчинність I у розчинах II, і це буде об'єктом наших майбутніх досліджень.

Висновок

Фізико-хімічними методами вивчено вплив глукози на розчинність кверцетину у водних розчинах шляхом утворення молекулярних комплексів. Розраховано склад глукозо-кверцетинового комплексу при 20 °C у співвідношенні глукоза — кверцетин (1 : 2). Встановлено значний вплив температури на розчинність кверцетину у водних розчинах глукози.

- Джон Р. Дайер. Приложения абсорбционной спектроскопии органических соединений / Пер. с англ.— М., 1970.— 164 с.
- Лукачина В. В. Лиганд-лигандное взаимодействие и устойчивость разнолигандных комплексов.— К., 1988.— 184 с.
- Максютина Н. П., Пилипчук Л. Б. // Фармац. журн.— 1991.— № 5.— С. 72.
- Хобза П., Заградник Р. Межмолекулярные комплексы / Пер. с англ.— М., 1989.— 376 с.

Надійшла до редакції 12.10.93.

Н. П. Максютина, Л. Б. Пилипчук, В. В. Лукачина

ИЗУЧЕНИЕ ВЗАЙМОДЕЙСТВИЯ КВЕРЦЕТИНА С ГЛЮКОЗОЙ В ВОДНЫХ РАСТВОРАХ

Физико-химическими методами изучено влияние глюкозы на растворимость кверцетина в воде путем образования молекулярных комплексов. Рассчитан состав глюкозо-кверцетинового комплекса при 20 °C в соотношении кверцетин — глюкоза (1 : 2). Установлено значительное влияние температуры на растворимость кверцетина в водных растворах глюкозы.

N. P. Maksjutina, L. B. Pilipchuk, V. V. Lukachina

STUDY OF INTERACTION OF QUERCETINUM WITH GLUCOSUM IN AQUEOUS SOLUTIONS

SUMMARY

By using physical and chemical methods it has become possible to study how glucosum effects the process of solution of quercetinum in water forming molecular complexes. It has become possible to determine the composition of the glucosum and quercetinum complex at 20 °Celcius regarding quercetinum and glucosum ratio as 1 : 2. It has been found out that the temperature greatly effects the process of solubility of quercetinum in aqueous solutions of glucosum.



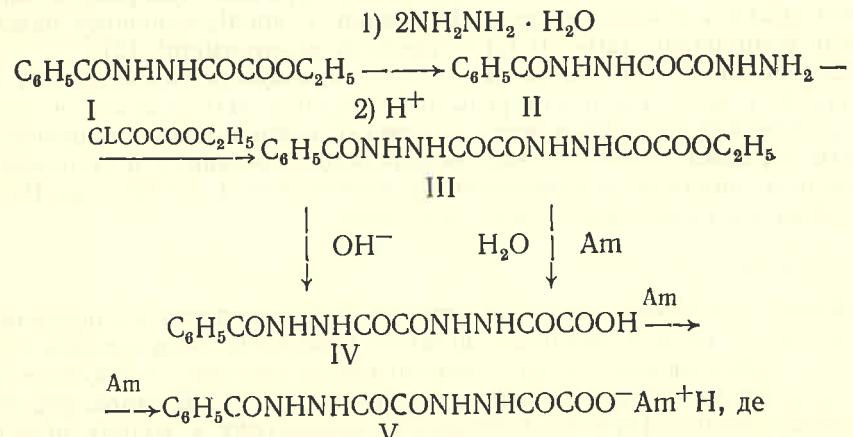
УДК 547.472.4

Г. П. ПЕТЮНІН, д-р фармац. наук, проф., Ж. В. ДМИТРІЄВСЬКА, канд. фармац. наук,
С. ФОФАНА, канд. фармац. наук

СИНТЕЗ ТА БІОЛОГІЧНА АКТИВНІСТЬ СПОЛУК НА ОСНОВІ БЕНЗОІЛГІДРАЗИДУ ЩАВЛЕВОЇ КИСЛОТИ

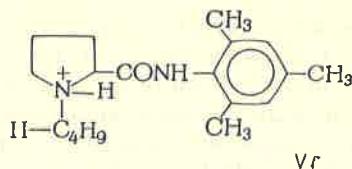
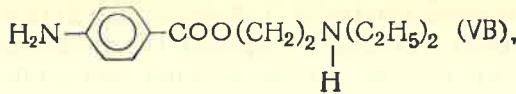
Харківський інститут удосконалення лікарів

Раніше нами були вивчені солі етоксалілгідразидів ацилгідразинощавлевої кислоти з амінокислотами (3). У даній роботі здійснено синтез етоксалілгідразиду бензоілгідразинощавлевої кислоти і вивчені деякі його перетворення, які представлені на схемі



© Колектив авторів, 1995

Am⁺-H-1-адамантиламоній (Va),
2-етокси-6,9-діаміноакридиній (Vб),



3,6-діаміноакридиній (Vд),

Гостра токсичність сполук Va — Vд становить 950, 1300, 1310, 1330, 550 мг/кг відповідно.

Синтез вихідного етилового ефіру бензоілгідразинощавлевої кислоти I проводили відомим способом (2).

Гідразинолізом ефіру I був одержаний гідразид бензоілгідразинощавлевої кислоти II. Ацилування останнього хлорангідридом моноетилоксалату в середовищі диметилформаміду приводить до утворення етоксалілгідразиду бензоілгідразинощавлевої кислоти III. Це біла кристалічна речовина, розчинна в етанолі, діоксані, нерозчинна у воді.

Спектральні характеристики ефіру III підтверджують його структуру. УФ-спектр має один максимум вбирання при 242 нм і аналогічний спектру вихідного гідразиду II.

В ІЧ-спектрі ефіру III, знятому у твердому стані, виявлені смуги валентних коливань гідразидних, карбонільних і складноефірних груп.

Ефір III має кислі властивості й іонізує за двома ступенями ($pK_{a1}=7,5$; $pK_{a2}=9,6$).

Лужним гідролізом III було одержано бензоілгідразинооксалілгідразинощавлену кислоту IV. Вона являє собою білу кристалічну речовину, легко розчинну в розчинах лугів, важко у спиртах.

УФ-спектр кислоти IV наближається за параметрами до вихідного ефіру III.

ІЧ-спектр кислоти IV за кількістю смуг валентних коливань і їх положенням підтверджує її структуру.

Визначення констант іонізації кислоти IV показало, що вона триосновна ($pK_{a1}=6,8$; $pK_{a2}=8,4$; $pK_{a3}=9,6$).

Кислота IV була використана для синтезу солей з деякими біологічно активними амінами — основами мідантану, флавакридину, новокаїну, пірамекаїну.

Реакції проводились у середовищі етанолу, реагенти використовувались в еквівалентних кількостях.

Одержані солі Va, Vb, Vg являють собою білі кристалічні речовини, солі Vб, Vд — оранжево-жовті, розчинні у воді, диметилформаміді (табл. 1).

Таблиця 1

Фізико-хімічні характеристики солей N-(бета-бензоілгідразидооксаліл) гідразиду щавлевої кислоти (V)

Сполучки	%, вихід.	Т. топл. °C	Знайдено №, %	Емпірична формула	Вираховано, №, %	Rf в системах *	
						1	2
Va	59	179—181	15,71	$\text{C}_{21}\text{H}_{27}\text{N}_5\text{O}_6$	15,77	0,44	0,56
Vб	56	224—226	17,88	$\text{C}_{26}\text{H}_{25}\text{N}_7\text{O}_7$	17,96	0,51	0,62
Vb	65	138—140	15,80	$\text{C}_{24}\text{H}_{30}\text{N}_6\text{O}_8$	15,89	0,48	0,72
Vg	63	98—99	16,79	$\text{C}_{29}\text{H}_{38}\text{N}_6\text{O}_7$	16,88	0,46	0,80
Vд	49	184—185	19,10	$\text{C}_{25}\text{H}_{21}\text{N}_7\text{O}_6$	19,08	0,35	0,58

* Rf визначали на пластинах сульфол UV-254 в системах: 1. н-Бутанол — оцтова кислота — вода (4 : 1 : 1); 2. Етилацетат — етанол (4 : 1).

Структуру солей V доводили спектральними методами і зустрічним синтезом. Для цього було використано аміни з просторово утрудненою аміногрупою — 1-аміноадамантан і 2-етокси-6,9-діаміноакридин. Реакцію між зазначеними амінами та ефіром III проводили при кип'ятінні розчинів у водному етанолі до досягнення нейтральної реакції середовища.

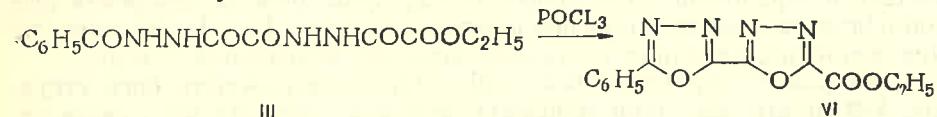
Взаємодія з 2-етокси-6,9-діаміноакридином йде значно швидше (протягом 10 хв), ніж з іншими амінами (до 10 год), з чого можна зробити висновок, що в першому випадку має місце нуклеофільний каталіз реакції гідролізу, в інших — загальномензанний (4).

Константи солей V, одержаних обома способами, ідентичні, а змішані пробы топлення депресії не показали.

Сполука Va має слабку противірусну, сполуки Vb, Vd — слабку антибактеріальну активність.

Відомо, що діацилгідразини є вихідними продуктами у синтезі оксадіазолів (1), тому цікаво було вивчати поведінку ефіру III в умовах реакції циклізації.

Встановлено, що при нагріванні ефіру III з хлорокисом фосфору в реакцію вступають обидві гідразидні групи й утворюється похідне біск-1,3,4-оксадіазолу VI



Сполука VI являє собою білу кристалічну речовину, розчинну у спирті, диметилформаміді, ацетоні, хлороформі.

Експериментальна частина

УФ-спектри знімали на спектрофотометрі СФ-26 у водних та спирто-водних розчинах ($c=10^{-5}$ м і 10^{-6} м), ІЧ-спектри — на спектрофотометрі UR-20 в таблетках з бромідом калію (концентрація речовин 0,5 %). Значення R_f визначали на пластинах силуфол UV-254 чехословацького виробництва, проявники — пари йоду, УФ-світло.

Етиловий ефір N-(бета-бензоілгідразидооксаліл) гідразиду щавлевої кислоти (III). До спиртового розчину 4,70 г (0,02 моля) этилового ефіру бензоілгідразиду щавлевої кислоти додають 2 мл (0,04 моля) гідразингідрату в 3 мл этилового спирту, відразу ж випадає осад, значення pH стає рівним приблизно 7, реакційну суміш розводять водою, осад, що випав, відфільтровують і кристалізують з водного 40 % етанолу (т. топл. 215—216 °C).

До суміші 2,22 г (0,001 моля) одержаної бензоілгідразинощавлевої кислоти з 5 мл диметилформаміду додають по краплях 1,4 г (0,01 моля) хлорангідриду моноетилюксалату, суміш сильно розігрівається. Реакційну масу підігрівають до розчинення осаду, після чого розводять водою; осад, що випав, відфільтровують, промивають водою, сушать на повітрі, кристалізують.

Сполука III. Знайдено, %: С 48,12, Н 5,00

Вираховано, %: С 48,30, Н 4,68

Бензоілгідразидооксалілгідразинощавлева кислота (IV). До 3,22 г (0,01 моля) этилового ефіру N-(бета-бензоілгідразидооксаліл) гідразиду щавлевої кислоти додають 10 мл 2 % розчину гідроокису натрію. Одержаній розчин підкислюють 10 % розчином хлористоводневої кислоти, осад, що випав, відфільтровують, кристалізують.

Сполука IV. Знайдено, %: С 45,07, Н 3,93

Вираховано, %: С 44,80, Н 3,66

1-Адамантиламоній N-(бета-бензоілгідразидооксаліл)-гідразиду щавлевої кислоти (Va, табл. 2). Змішують етанольні розчини 1,47 г (0,005 моля) N-(бета-бензоілгідразидооксаліл) гідразиду щавлевої кис-

лоти та 0,75 г (0,005 моля) 1-аміноадамантану. Осад, що випав, відфільтровують та кристалізують з водного етанолу.

Сполучка Va. Знайдено, %: С 56,50, Н 7,01

Вираховано, %: С 56,24, Н 6,74

Аналогічно одержують сполучки Vб, Vв, Vг, Vд (табл.).

Таблиця 2

УФ-спектри та ІЧ-спектри солей N-(бета-бензоїлгідразидоксаліл) гідразиду щавлевої кислоти (V)

Сполучки	УФ-спектри λ, нм (lg e)	ІЧ-спектри, см ⁻¹			
		νNH	+ νNH ₂	νCO амід	νCOO-
Vа	230 (4,20)	3480—3110	3000	1680—1660	1640,1430
Vб	235 (4,49)	3450—3350	2990	1680—1660	1640,1450
	270 (4,71)				
Vв	220 (4,41)	3500—3350	3000	1680—1660	1640,1440
	295 (4,42)	3230—3150		1680—1660	
Vг	295 (3,92)	3300—3200	3000	1680—1660	1630,1450
				1680—1660	
Vд	265 (4,90)	3450—3300	3000	1680—1660	1640,1430
		3250—3150		1680—1660	1645,1430

2 - (2' - карбетокси - 1'3',4'-оксадіазоліл-5')-5-феніл-1,3,4 - оксадіазол (VI). 0,32 г. (0,001 моля) етилового ефіру N-(бета-бензоїлгідразидоксаліл) гідразиду щавлевої кислоти в 10 мл хлорокису фосфору нагрівають на водяному огорівнику до розчинення, охолоджують і виливають одержаний розчин у воду; осад, що випав, відфільтровують, кристалізують і сушать на повітрі.

Висновок

Здійснено синтез і вивчено властивості нових сполучок на основі гідразиду бензоїлгідразинощавлевої кислоти.

- Бартон Д., Олліс У. Д. Общая органическая химия.— М.: Химия, 1986.— Т. 9.— 800 с.
- Павлій А. И., Нажи Эль-Таїб Мустафа, Петюнин П. А. Эфиры N-R-оксамоилгідразидов щавлевої кислоты, синтез и свойства.— Харків, 1987.— 22 с.— Деп. в УкрНИИНТИ 29.07.87, № 2226.
- Петюнин Г. П., Фофана Сори, Дмитревская Ж. В. и др. Свойства и биологическая активность солей этилового эфира N-(бета-бензоилгідразидооксалил) гідразона щавлевої кислоты с аминокислотами.— 1991.— Деп. в філіале НІЙТЭИ г. Черкаси.— № 112.-XII 91.
- Соломойченко Т. Н., Савелова В. А., Литвиненко Л. Е. // Журн. орган. химии.— 1974.— Т. 10, вып. 3.— С. 534—541.

Надійшла до редакції 03.01.94.

Г. П. Петюнин, Ж. В. Дмитревская, С. Фофана

СИНТЕЗ И БИОЛОГИЧЕСКАЯ АКТИВНОСТЬ СОЕДИНЕНИЙ
НА ОСНОВЕ БЕНЗОИЛГІДРАЗИДА ЩАВЛЕВОЇ КИСЛОТЫ

Осуществлен синтез этоксалилгідразида бензоїлгідразинощавлевої кислоты и на его основе получены новые соли с биологически активными аминами; изучены их физико-химические свойства и биологическая активность.

Путем реакции циклизации этоксалилгідразида бензоїлгідразинощавлевої кислоты получено новое производное — 2-(2'-карбетокси-1', 3', 4'-оксадіазоліл-5')-5-феніл-1,3,4-оксадіазол.

G. P. Petjunin, Zh. V. Dmitrievska, S. Fofana

SYNTHESIS AND BIOLOGICAL ACTIVITY OF SUBSTANCES ON THE
BASIS OF OXALIC ACID BENZOILHYDRAZID

SUMMARY

There has been synthesized ethoxalilhydrazid of benzoilhydrazino-oxalic acid and new salts with biologically active amines have been obtained on its basis; their physical and chemical properties and biological activity have been studied.

A new derivative has been obtained through the reaction of cyclization of ethoxalilhydrazid of benzoilhydrazino-oxalic acid. It is 2-(2'-carbetoxy-1', 3', 4'-oxadiazolil-5')-5 phenyl-1,3,4-oxadiazol.

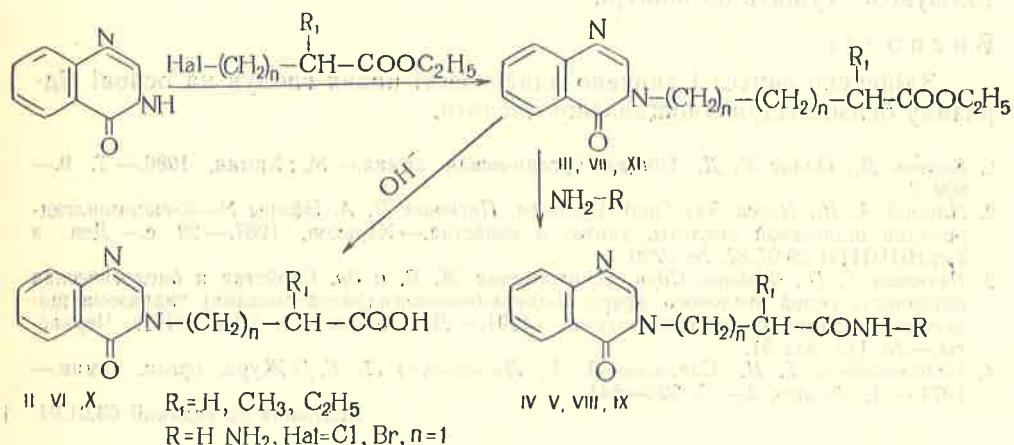
АНТИОКСИДАНТНА АКТИВНІСТЬ ПОХІДНИХ (3,4-ДИГІДРОХІАЗОЛІЛ-3-ОН-4)КАРБОНОВИХ КИСЛОТ

Запорізький медичний інститут

Складність механізмів перекисного окислення ліпідів (ПОЛ), участь у ньому багатьох зв'язаних між собою причинно-слідчими відносинами факторів передбачають пошук антиоксидантів серед багатьох класів хімічних сполук і біологічно активних речовин (селенітів, комплексів, тіолів, амінокислот та ферментів).

Відомо (1, 2, 4, 5), що похідні хіазолону виявляють виражену дію на обмінні процеси в організмі, у зв'язку з чим доцільний пошук нових біологічно активних сполук з антиоксидантною дією в ряду похідних (3,4-дигідрохіазоліл-3-он-4) карбонових кислот.

Внаслідок взаємодії хіазолону-4 (I) з етиловими ефірами α -, β -галогенкарбонових кислот у середовищі етилату натрію одержані етилові ефіри (3,4-дигідрохіазоліл-3-он-4) карбонових кислот (III, VII, IX), які при кип'ятінні в лужному середовищі переведені у відповідні кислоти (II, VI, X). Внаслідок дії на етилові ефіри вищезазначених кислот аміаком та гідразин-гідратом одержані відповідні аміди (IV, VIII) і гідразиди (V, IX) (схема, табл. 1).



Одержані сполуки — білі кристалічні речовини, сполука XI — масло, без запаху.

Хімічна будова речовин встановлена за допомогою даних елементного аналізу та ІЧ-спектроскопії. В ІЧ-спектрах одержаних сполук знайдено характеристичні частоти валентних коливань у ділянці 1690—1670 cm^{-1} (CO-група хіазолінового ядра). Карбонільна група ацильного залишку зміщена в низькочастотну ділянку і знаходитьться в інтервалі 1720—1690 cm^{-1} . Чистоту контролювали методом тонкошарової хроматографії в різних системах розчинників.

Експериментальна частина

ІЧ-спектри сполук знято на приладі «Specord-IR-75» у таблетках. калію броміду, концентрація — 1 %. Значення R_f вивчали на пластинах силуфол UV-254 чехословацького виробництва.

Етилові ефіри (3,4-дигідрохіазоліл-3-он-4) карбонових кислот (III,

VII, XI). До розчину, одержаного з 0,01 моля металічного натрію і 20 мл абсолютноого спирту, додають 0,01 моль хіназолону-4, і 0,01 моль відповідного етилового ефіру галогенкарбонової кислоти. Реакційну суміш кип'ятять протягом 2 год, натрію бромід відфільтровують, розбавляють водою, після охолодження осад відфільтровують, промивають водою, кристалізують, сушать. Сполуку XI після розбавлення водою відокремлюють, зневоднюють і використовують у наступній реакції.

Таблиця 1

Синтезовані похідні (3,4-дигідрохіназоліл-3-он-4) карбонових кислот

Сполуки	R ₁	R	n	Вихід, %*	Т. топл., °C**	Знайдено N, %	Емпірична формула	Вирахувано N, %
II	H	OH	1	68,3	194—196	12,3	C ₁₁ H ₁₀ N ₂ O ₃	12,8
III	H	OC ₂ H ₅	1	40,7	61—63	11,6	C ₁₃ H ₁₄ N ₂ O ₃	11,4
IV	H	NH ₂	1	80	211—213	19,6	C ₁₁ H ₁₁ N ₃ O ₂	19,4
V	H	NH—NH ₂	1	98	190—192	24,5	C ₁₁ H ₁₂ N ₄ O ₂	24,2
VI	CH ₃	OH	0	71	223—225	12,5	C ₁₁ H ₁₀ N ₂ O ₃	12,8
VII	CH ₃	OC ₂ H ₅	0	50	104—106	12,0	C ₁₃ H ₁₄ N ₂ O ₃	11,6
VIII	CH ₃	NH ₂	0	30	191—193	19,8	C ₁₁ H ₁₁ N ₃ O ₂	19,4
IX	CH ₃	NH—NH ₂	0	77,2	213—215	24,2	C ₁₁ H ₁₂ N ₄ O ₂	24,1
X	C ₂ H ₅	OH	0	99	203—205	12,6	C ₁₂ H ₁₂ N ₂ O ₃	12,1
XI	C ₂ H ₅	OC ₂ H ₅	0	38,3	Масло			

* Сполуки II, IV, V, VI, VIII, IX, X кристалізують з води, сполуки III, VII, XI — з 50 % етанолу.

** Сполуки II, IV, V, VI, VIII, IX, X розчинні у воді, водних розчинах лугів, спиртів, ДМФА; сполуки III, VII, XI нерозчинні у воді, розчинні у спирті, ефірі.

(3,4-дигідрохіназоліл-3-он-4) карбонові кислоти (II, VI, X). До 0,01 моля етилових ефірів (III, VII, XI) додають 10 мл 10 % розчину гідроксиду натрію і кип'ятять протягом 1 год. Реакційну суміш охолоджують, підкислюють хлористоводневою кислотою до pH 4. Осад відфільтровують, промивають невеликою кількістю холодної води, сушать, кристалізують.

Аміди (3,4-дигідрохіназоліл-3-он-4) карбонових кислот (IV, VIII). Розчини 0,01 моля ефірів (III, VII) у 10 мл етанолу насичують аміаком і залишають на 24 год. Реакційну суміш вносять у 10 мл холодної води, підкислюють хлористоводневою кислотою до pH 4. Осади відфільтровують, сушать, кристалізують.

Гідразиди (3,4-дигідрохіназоліл-3-он-4) карбонових кислот (V, IX). До розчинів 0,01 моля етилових ефірів (III, VII) у 15 мл етанолу додають 2,5 г (0,05 моль) гідразин-гідрату. Реакційну суміш залишають при кімнатній температурі протягом 18—20 год, осад відфільтровують, промивають невеликою кількістю холодної води, сушать, кристалізують.

Антиоксидантна активність (АОА) *in vitro* синтезованих речовин оцінювалась двома шляхами, які відрізняються механізмом ініціювання перекисного окислення ліпідів (ПОЛ) — методами оцінки АOA при ферментативному та неферментативному ініціюванні ПОЛ.

Ферментативне моделювання ПОЛ проводили шляхом додавання надлишку нікотинаміденідинуклеотид фосфату, відновленого (НАДФ·Н₂), в гомогенат тканини мозку щурів (6), АOA оцінювали за ступенем гальмування утворення кінцевого продукту ПОЛ — малонового діальдегіду (МДА).

Неферментативне ініціювання ПОЛ моделювали в суспензії яйцевих ліпопротеїдів шляхом додавання солі заліза (II) (3). АOA оцінювали також за ступенем гальмування утворення кінцевого продукту ПОЛ—МДА. Досліджувані речовини додавали в систему ініціювання ПОЛ у кількості, кратній їх молекулярній масі.

Дослідження антиоксидантної активності похідних хіназолону-4 показало, що всі синтезовані речовини проявляють даний вид активності на моделі ферментативного ініціювання ПОЛ (табл. 2). Введення в третє положення хіназолону-4 залишку пропіонової кислоти (II) збуджує антиоксидантну активність, вищу, ніж у метіоніну. Утворення ети-

лового ефіру (III) та гідразиду (V) призводить до зниження даної активності, аміду цієї кислоти (IV) — до її збільшення. Серед похідних (3,4-дигідрокіназоліл-3-он-4)- α -пропіонової кислоти виражену активність має сама кислота (VI); утворення аміду (VII) призводить до незначного зниження, а гідразиду (IX) — до різкого зниження активності. Подальше збільшення залишку карбоксилу в третьому положенні і утворення (3,4-дигідрокіназоліл - 3-он-4)- α -масляної кислоти (X) призводить до зниження антиоксидантного ефекту порівняно із сполуками II та VI.

На неферментативній моделі ПОЛ похідні хіназолону-4 проявляють значну антиоксидантну активність, перевищуючи таку дібунолу (табл. 3). З ряду похідних (3,4-дигідрокіназоліл -3- он-4)- β -пропіонової кислоти найбільша активність була виявлена у самої кислоти (II) та її аміду (IV). За силою антиперекисного ефекту дані сполуки вірогідно перевищують дібунолу. Етиловий ефір (III) та гідразид (V) цієї кислоти за ефективністю поступаються дібунолу, але перевищують таку α -токоферолу. Серед похідних (3,4-дигідрокіназоліл -3- он-4)- α -пропіонової кислоти (VI, VII, VIII, IX) активність зменшується, хоча сама кислота (VI) за силою дії не відрізняється від кислоти (II). Введення залишку масляної кислоти (X) збуджує антиоксидантну активність, вищу, ніж у дібунолу, але меншу, ніж у сполуки II.

Таблиця 3

Антиоксидантна активність похідних (3,4-дигідрокіназоліл-3-он-4) карбонових кислот в умовах *in vitro* при неферментативному ініціюванні ПОЛ

Сполуки	Доза, мкм/мл	МДА, ммоль/мл	АОА, %
Fe ²⁺ — ПОЛ*	—	0,27±0,008	—
Контроль	—	3,92±0,131	—
II	0,30	1,78±0,05	52,3
III	0,30	2,91±0,051	25,7
IV	0,30	2,35±0,05	40,0
V	0,30	3,1±0,03	20,9
VI	0,30	1,78±0,03	52,1
VII	0,30	2,94±0,029	25,0
VIII	0,30	2,45±0,03	37,7
IX	0,30	3,2±0,04	18,3
X	0,30	2,39±0,05	39,2
Дібулон	3,0	2,93±0,02	25,3
α -Токоферол	2,5	3,28±0,01	16,4

* Fe²⁺ — ПОЛ — залізо, ініційоване перекисним окисленням ліпідів.

ється введеннем в третє положення хіназолону-4 залишків алкілкарбоксилу, алкілкарбоксиламіду та гідразиду.

При ферментативному ініціюванні процесів ліпопероксидації похідні хіназолону-4 на відміну від антиоксидантів «прямого типу дії», вірогідно, реалізують свій ефект завдяки високим комплексоутворюючим властивостям.

Таблиця 2

Антиоксидантна активність похідних (3,4-дигідрокіназоліл-3-он-4) карбонових кислот в умовах *in vitro* при ферментативному ініціюванні перекисного окислення ліпідів (ПОЛ)

Сполуки	Доза, мкм/мл	МДА, ммоль/мл	АОА, %
НАДФ.Н ₂ — ПОЛ*	0,40	0,268±0,007	—
Контроль	—	0,61±0,017	—
II	1,25	0,472±0,004	22,7
III	1,25	0,56±0,012	8,19
IV	1,25	0,464±0,011	23,9
V	1,25	0,602±0,02	1,6
VI	1,25	0,47±0,05	22,9
VII	1,25	0,52±0,01	14,8
VIII	1,25	0,48±0,011	21,4
IX	1,25	0,55±0,01	9,9
X	1,25	0,50±0,03	18,1
Метіонін	0,76	0,51±0,01	16,3

* НАДФ.Н₂ — нікотинамідаденіндинуклеотид фосфат відновлений, ініційований перекисним окисленням ліпідів.

стивостям карбоксилів та високим акцепторним властивостям амідів і гідразидів, здатних «гасити» активні форми кисню (1).

Висновки

1. Синтезований ряд похідних (3,4-дигідрохіназоліл-3-он-4) карбонових кислот і вивчені їх фізико-хімічні властивості.

2. Проведені фармакологічні дослідження показали перспективність пошуку антиоксидантів серед похідних хіназолону-4, встановлено деякі закономірності «будова—дія».

1. Беленичев И. Ф. Целенаправленный поиск веществ с антиоксидантной активностью в ряду производных 1,2,4-триазола и хиназолина: Автореф. дис. ... канд. фармац. наук.— Львов, 1991.— 21 с.
2. Коваленко С. И. Синтез, физико-химические и биологические свойства 1,4-замещенных хиназолина: Автореф. дис. ... канд. фармац. наук.— Львов, 1991.— 23 с.
3. Клебанов Г. И., Бабенкова И. В., Телесин Ю. О. и др. // Лабор. дело.— 1988.— № 5.— С. 59—62.
4. Машковский М. Д. Лекарственные средства : В 2-х т.— М. : Медицина, 1986.— Т. 1.— 621 с.; Т. 2.— 575 с.
5. Синяк Р. С. Синтез, превращения, физико-химические и биологические свойства п- и о-замещенных хиназолина: Автореф. дис. ... д-ра фармац. наук.— Харьков, 1989.— 41 с.
6. Al-Timimi D. J., Dormandy T. L. // Biochem. J.— 1977.— Vol. 168, N 2.— P. 283—288.

Надійшла до редакції 02.11.93.

*И. А. Мазур, В. В. Дунаев, Р. С. Синяк, С. И. Коваленко,
И. Ф. Белиничев, В. И. Носаченко, Н. В. Соколова, Д. В. Иванова*

АНТИОКСИДАНТНАЯ АКТИВНОСТЬ ПРОИЗВОДНЫХ (3,4-ДИГИДРОХИНАЗОЛИЛ-3-ОН-4) КАРБОНОВЫХ КИСЛОТ

Синтезирован ряд производных (3,4-дигидрохиназолил-3-он-4) карбоновых кислот и изучены их физико-химические свойства, проведены фармакологические исследования, которые показали перспективность поиска антиоксидантов среди производных хиназолина-4.

*I. A. Mazur, V. V. Dunaev, R. S. Sinjak, S. I. Kovalenko,
I. F. Belinichhev, V. I. Nosjachenko, N. V. Sokolova, D. V. Ivanova*

ANTIOXIDATIVE ACTIVITY OF DERIVATIVES (3,4-DIHYDROCHINASOLIL-3-OH-4) OF CARBONIC ACIDS

SUMMARY

There has been synthesized a number of derivatives (3,4-dihydrochinasolil-3-OH-4) of carbonic acids and studied their physical and chemical properties, carried out pharmacological analysis which shows that antioxidant search among chinasolil derivatives has some prospects.

УДК 615.45:615.074

В. О. ШАПОВАЛОВА, канд. фармац. наук, доц., Л. Ю. ВАСИЛЕНКО

ВІВЧЕННЯ ОСНОВ АЛКАЛОЇДІВ, ПОХІДНИХ ФЕНАНТРЕНІЗОХІНОЛІНУ

Українська фармацевтична академія, контрольно-аналітична лабораторія (Харків)

До алкалоїдів, похідних фенантренізохіноліну належать морфін та його ефіри: кодейн (метиловий ефір) і етилморфін (етиловий ефір).

Аналіз рецептури аптек м. Харкова показав, що коли морфін відпускається у вигляді готових лікарських форм (таблетки, ампули, шприц-тюбики), то його ефіри входять до складу екстремпоральних багатокомпонентних порошкових сумішей анальгетичної (частіше кодейн) і протикашльової (етилморфін, кодейн) дії.

© В. О. Шаповалова, Л. Ю. Василенко, 1995

У продовження дослідження (1,5) ми поставили собі за мету виявити особливості аналізу основи кодеїну у складних лікарських сумішах нижчевикладеного складу.

Пропис 1

Кодеїну 0,015
Фенобарбіталу 0,01
Кофеїну-бензоату натрію 0,1
Анальгіну 0,25

Пропис 2

Кодеїну 0,01
Фенобарбіталу 0,01
Димедролу 0,025
Кофеїну-бензоату натрію 0,1
Анальгіну 0,5

Кількісне визначення кодеїну в лікарських сумішах вимагає переднього відокремлення його від інших інгредієнтів шляхом добування хлороформом (4).

Кодеїн ($pK_b=6,05$) у порівнянні з основами кофеїну ($pK_b=13,39$) і димедролу ($pK_b=5,80$) є більш сильнішим і тому може титруватися хлористоводневою кислотою у спирто-водному розчині (індикатор метиловий червоний) (3).

Експериментальна частина

Пропис 1. У ділильну лійку вносять 5—10 мл води, точну наважку 1 порошку і збовтують до повного його розчинення. Далі додають 10 % розчин натрію гідроксиду до лужної реакції і 5—10 мл хлороформу. Ділильну лійку струшують протягом 2—3 хв і залишають для розділення шарів. Після відстоювання хлороформові витяжки фільтрують у суху колбу через фільтр з безводним натрієм сульфатом. Екстракцію проводять 2—3 рази. Хлороформ відганяють на водяному огірнику. До сухого залишку додають 5 мл спирту, нейтралізованого за метиловим червоним, і титрують 0,1 М розчином хлористоводневої кислоти.

1 мл 0,1 М розчину хлористоводневої кислоти відповідає 0,0317 г кодеїну.

Точну наважку 1 порошку відмивають на фільтрі ефіром (по 2—3 мл 2—3 рази). До ефірних витяжок додають 5 мл води, 0,2 г натрію карбонату і титрують 0,1 М розчином срібла нітрату. 1 мл 0,1 М розчину срібла нітрату відповідає 0,0232 г фенобарбіталу.

Залишок з фільтром переносять у ділильну лійку, розчиняють у 10 мл води, додають 5 мл ефіру, 2 краплі метилового оранжевого, 1 краплю метиленового синього і титрують 0,1 М розчином хлористоводневої кислоти, добре струшуючи.

1 мл 0,1 М розчину хлористоводневої кислоти відповідає 0,0232 г кофеїну-бензоату натрію.

Ефірний шар відкидають, до водного додають надлишок 0,1 М хлористоводневої кислоти (2—3 мл) крохмаль і титрують 0,1 М розчином йоду. 1 мл 0,1 М розчину йоду відповідає 0,01757 анальгіну.

Пропис 2. Точну наважку 1 порошку розчиняють у підігрітому хлороформі, охолоджують, фільтрують, залишок на фільтрі промивають хлороформом двічі по 5 мл. Хлороформ відганяють, сухий залишок розчиняють у 5 мл спирту, нейтралізованого за метиловим червоним, і далі визначають кодеїн, як у пропису 1.

Залишок, що не розчинився у хлороформі, разом з фільтром переносять у ділильну лійку, додають 10 мл води і далі визначають кофеїну-бензоат натрію й анальгін, як у пропису 1.

Точну наважку 1 порошку розчиняють у 5—10 мл розведеного азотної кислоти, додають 5 мл 0,1 М розчину срібла (V_1 мл, КП₁) і якомога швидше відтитровують надлишок срібла нітрату 0,1 М розчином амонію тіаціанату (індикатор залізоамонійні галуни) (V_2 мл, КП₂).

1 мл 0,1 М розчину срібла нітрату віповідає 0,02918 г димедролу.

Точну наважку 1 порошку розчиняють у 5 мл нейтралізованого за тимолфталейном спирту і титрують 0,1 М розчином натрію гідроксиду (V_3 мл КП₃). 1 мл 0,1 М розчину натрію гідроксиду відповідає 0,0232 г фенобарбіталу.

Розрахунок фенобарбіталу (x) в грамах в 1 порошку проводять за формулою:

$$x = \frac{[V_3 \cdot K\pi_3 - (V_1 \cdot K\pi_1 - V_2 \cdot K\pi_2)]}{m_n} \cdot T m_{\text{пр.}}, \text{де}$$

T — титр 0,1 М розчину натрію гідроксиду за фенобарбіталом,

$m_{\text{пр.}}$ — маса 1 порошку за прописом,

m_n — маса наважки.

Результати кількісного визначення компонентів прописів 1 та 2 наведені в таблиці.

Результати кількісного визначення компонентів у лікарських сумішах

Назва компоненту	Вміст препарату у наважці, г	Знайдено		Метрологічні характеристики
		г	%	
<i>Пропис 1</i>				
Кодеїн	0,0149	0,0145	96,67	$\bar{X} = 98,00; S^2 = 1,7689; S = 1,3300;$
	0,0150	0,0149	99,33	$S_{\bar{x}} = 0,7679; \Delta \bar{X} = 3,30; \bar{X} \pm \Delta \bar{X} =$
	0,0150	0,0147	98,00	$= 98,89 \pm 3,30; \bar{\varepsilon} = 3,37.$
Фенобарбітал	0,0092	0,0100	100,00	$\bar{X} = 98,67; S^2 = 10,3334; S = 3,2146;$
	0,0105	0,0101	101,00	$S_{\bar{x}} = 1,8559; \Delta \bar{X} = 7,98; \bar{X} \pm \Delta \bar{X} =$
	0,0096	0,0095	95,00	$= 98,67 \pm 7,98; \bar{\varepsilon} = 8,08.$
Кофеїн-бензоат натрію	0,1010	0,1000	100,00	$\bar{X} = 98,47; S^2 = 14,1067; S = 3,7559;$
	0,0905	0,0954	95,40	$S_{\bar{x}} = 2,1684; \Delta \bar{X} = 9,32; \bar{X} \pm \Delta \bar{X} =$
	0,0900	0,1000	100,00	$\pm \Delta \bar{X} = 96,67 \pm 9,32; \bar{\varepsilon} = 9,46;$
Анальгін	0,2500	0,2501	100,04	$\bar{X} = 100,01; S^2 = 0,0006; S = 0,02335;$
	0,2500	0,2500	100,00	$S_{\bar{x}} = 0,0135; \Delta \bar{X} = 0,06; \bar{X} \pm \Delta \bar{X} =$
	0,2490	0,2500	100,00	$= 100,01 \pm 0,06; \bar{\varepsilon} = 0,06.$
<i>Пропис 2</i>				
Кодеїн	0,0100	0,0099	99,00	$\bar{X} = 98,67; S^2 = 1,4577; S = 1,2074;$
	0,0100	0,0097	97,00	$S_{\bar{x}} = 0,6971; \Delta \bar{X} = 2,99; \bar{X} \pm \Delta \bar{X} =$
	0,0100	0,0100	100,00	$= 96,67 \pm 2,99; \bar{\varepsilon} = 3,04.$
Фенобарбітал	0,0101	0,0100	100,00	$\bar{X} = 98,00; S^2 = 6,0000; S = 2,4495;$
	0,0100	0,0095	95,00	$S_{\bar{x}} = 1,4142; \Delta \bar{X} = 6,08; \bar{X} \pm \Delta \bar{X} =$
	0,0102	0,0099	99,00	$= 98,00 \pm 6,08; \bar{\varepsilon} = 6,21.$
Димедрол	0,0248	0,0251	100,40	$\bar{X} = 100,00; S^2 = 2,0800; S = 1,4422;$
	0,0250	0,0253	101,20	$S_{\bar{x}} = 0,8326; \Delta \bar{X} = 3,58; \bar{X} \pm \Delta \bar{X} =$
	0,0250	0,0246	98,40	$= 100,00 \pm 3,58; \bar{\varepsilon} = 3,58.$
Кофеїн-бензоат натрію	0,1000	0,1011	101,10	$\bar{X} = 100,83; S^2 = 0,4134; S = 0,6429;$
	0,0990	0,1001	100,10	$S_{\bar{x}} = 0,3712; \Delta \bar{X} = 1,59; \bar{X} \pm \Delta \bar{X} =$
	0,1010	0,1013	101,30	$= 100,83 \pm 1,59; \bar{\varepsilon} = 1,58.$
Анальгін	0,5005	0,5010	100,20	$\bar{X} = 100,23; S^2 = 0,0634; S = 0,2517;$
	0,5000	0,5025	100,50	$S_{\bar{x}} = 0,1453; \Delta \bar{X} = 0,62; \bar{X} \pm \Delta \bar{X} =$
	0,4995	0,5000	100,00	$= 100,23 \pm 0,62; \bar{\varepsilon} = 0,62.$

Висновки

Досліджено особливості кількісного визначення основи кодеїну у складних лікарських сумішах.

1. Василенко Л. Е., Шаповалова В. А. // Тез. докл. Респ. науч.-практ. конф.: Современные проблемы фармации. Харьков, 1993.— С. 85—86.
2. Государственная фармакопея СССР.— 11-е изд.— М.: Медицина, 1987.— Т. 1.— 336 с.
3. Максютина Н. П., Каган Ф. Е., Кириченко Л. А. и др. Методы анализа лекарств.— К.: Здоров'я, 1984.— 224 с.
4. Химические методы анализа / Под ред. В. И. Посыпайко.— М.: Высш. шк., 1989.— 448 с.
5. Шаповалова В. А. // Тез. докл. Респ. науч.-практ. конф.: Современные проблемы фармации.— Харьков, 1993.— С. 111—112.

Надійшла до редакції 05.10.93.

B. A. Шаповалова, Л. Е. Василенко

**ОПРЕДЕЛЕНИЕ ОСНОВАНИЙ АЛКАЛОИДОВ, ПРОИЗВОДНЫХ
ФЕНАНТРЕНИЗОКИНОЛИНА**

Изучены особенности количественного определения основания кодеина в лекарственных смесях с фенобарбиталом, кофеином-бензоатом натрия, анальгином и димедролом.

V. A. Shapovalova, L. Ju. Vasilenko

**DETERMINATION OF ALKALOIDE'S BASES
OF PHENANTRENISOQUINOLINES DERIVATIVES**

SUMMARY

The authors propose the method's of analysis of compound powders codeine's base with of phenobarbitale, analgine and dimedrole.

УДК 615.011:[615.272.4:582.683.2]

Л. М. КОРЧАГІНА, П. І. КАБАЧНИЙ, д-р фармац. наук, проф., О. А. ЗІНЧЕНКО

**ФІЗИКО-ХІМІЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА АНТИФЕРМЕНТНОГО ПРЕПАРАТУ
З НАСІННЯ ЯРОВОГО РАПСУ (РІПАКА)**

Державний науковий центр лікарських засобів

Антиферментний препарат з насіння ярового рапсу (ріпака) є субстанцією, на основі якої в Державному науковому центрі лікарських засобів створюється засіб для лікування запальних процесів, викликаних активацією ліполітичних ферментів.

Це рослинна речовина ліпідної природи, що містить суміш гліцеридів, властивості яких визначаються відповідним складом та структурою їх жирних кислот. Технологічний процес виробництва антиферментного препарату потребує постійного контролю показників, які характеризують якість кінцевого продукту.

Основними показниками якості антиферментного препарату є інгібуюча дія, а також константи жирів та інших показників, які характеризують рослинні олії, зокрема, рапсову.

Метою цієї роботи було визначення фізико-хімічних показників та складу жирних кислот антиферментного препарату, одержаного з насіння ярового рапсу сорту «салют».

Зразки антиферментного препарату для дослідження одержували за розробленою нами технологією (1). Фізико-хімічні показники встановлювали згідно з ГОСТами 5475—69, 5476—80, 7824—80, які використовуються у масло-жировій промисловості. Склад жирних кислот визначали за методом ГРХ (2). Метилування здійснювали розчином хлористого водню в метанолі. Метилові ефіри жирних кислот розділяли на газовому хроматографі «Хром 5», колонка 250×0,3 см,нерухома фаза — 7 % поліетиленглікольсуцинат (ПЕГС) на хроматоні N-AW-HMDC детектор полум'яно-іонізаційний, температура термостата 165 °C, температура вузла у воді — 180 °C, швидкість газу-носія (азоту ОСЧ або гелію) 30 мл/хв. Ідентифікацію жирних кислот проводили за допомогою стандартних сумішей і за часом утримання.

Відносний вміст жирних кислот (x) у % розраховували за формuloю

$$x = \frac{100 \cdot S_i}{\sum_t S_t}, \text{ де}$$

© Колектив авторів, 1995

S_i — площа піка метилового ефіру жирної кислоти на хроматограмі

$\sum_i^n S_i$ — сума площ піків метилових ефірів жирних кислот.

Фізико-хімічні показники антиферментного препарату наведено у табл. 1. Ці дані свідчать про те, що він відрізняється від регламентованих норм, які ставляться перед масло-жировою промисловістю для харчової рапсової олії, яка використовується у виробництві маргарину. Різниця полягає у величинах констант, які характерні для жирів (кислотне, йодне числа, число омилення та ін.), а також у складі фосфоромісних речовин у перерахунку на стеароолеолецитин. Антиферментний препарат відрізняється також вмістом каротиноїдів, хлорофілів, вільних жирних кислот, що, мабуть, можна пояснити технологічними особливостями його виділення, сортовими особливостями насіння, кліматичними зонами його культивування, а також строками зберігання.

Таблиця 1

Фізико-хімічні показники антиферментного препарату з насіння ярового рапсу сорту «салют»

Показники	Кількісна характеристика
Кислотне число, мг КОН/г	3,92
Число омилення, мг КОН/г	195
Йодне число, г/100 г	111
Перекисне число, мкмоль/кг	6,84
Неомилені речовини, %	1,2
Омилені речовини, %	98,2
Вільні жирні кислоти, мг КОН/г	1,96
Ерукова кислота, %	Відсутня
Фосфоромісні речовини, % (у перерахунку на стеароолеолецитин)	1,4
Каротиноїди, г/100 мл	0,05
Хлорофіли, г/г	3,7

Таблиця 2

Кількісний вміст жирних кислот в антиферментному препараті з насіння ярового рапсу сорту «салют»

Назва кислоти	Формула	Вміст, %
Пальмітинова	C _{16:0}	6,21
Пальмітоолейнова	C _{16:1} =	Сліди
Стеаринова	C _{18:0}	0,5
Олеїнова	C _{18:1} =	52,49
Лінолева	C _{18:2} =	28,0
Ліноленова	C _{18:3} =	12,8
Парикарова	C _{18:4} =	Сліди
Бегенова	C _{22:0}	»
Ерукова	C _{22:1} =	Відсутня
Арахідонова	C _{20:4} =	Сліди
Лігноцеринова	C _{24:0} =	»
Селахолева	C _{24:1} =	»

Методом ГРХ в досліджених зразках антиферментного препарату ідентифіковано і кількісно визначено 12 жирних кислот: пальмітинову (C_{16:0}), пальмітоолейнову (C_{16:1}=), стеаринову (C_{18:0}), олеїнову (C_{18:1}=), лінолеву (C_{18:2}=), ліноленову (C_{18:3}=), парикарову (C_{18:4}=), бегенову (C_{22:0}), ерукову (C_{22:1}=), арахідонову (C_{20:4}=), лігноцеринову (C_{24:0}=), селахолеву (C_{24:1}=).

Результати аналізу наведено в таблиці 2.

З даних, наведених в табл. 2 видно, що основна частина антиферментного препарату складається з олеїнової, лінолевої, ліноленової кислот. Пальмітинова і стеаринова кислоти містяться в порівняно малих кількостях, а пальмітоолейнова, парикарова, бегенова, арахідонова, лігноцеринова, селахолева — виявлені у слідових кількостях.

Таким чином, проведені дослідження дали змогу визначити фізико-хімічні показники антиферментного препарату та його жирнокислотний склад, що дозволяє контролювати якість цільового продукту, який є основним діючим інгредієнтом лікарського засобу для терапії запальних процесів.

- Носальська Т. М., Любецька Ж. А., Маслова Н. Ф. та ін. // Тез. доп. 4-го Конгресу Всесвітньої Федерації Медичних Товариств.—Х., 1992.—С. 119—120.
- Султанович Ю. А., Ненаєв А. П., Гремолін С. Я. и др. Прикладная газовая хроматография.—Тбілісі, 1985.—С. 70—80.

Надійшла до редакції 02.11.93.

Л. Н. Корчагина, П. И. Кабачный, А. А. Зинченко

ФИЗИКО-ХИМИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА АНТИФЕРМЕНТНОГО ПРЕПАРАТА ИЗ СЕМЕНИ ЯРОВОГО РАПСА

Изучены некоторые физико-химические свойства и содержание жирных кислот антиферментного препарата из семени ярового рапса.

L. M. Korchagina, P. I. Kabachny, O. A. Zinchenko

PHYSICAL AND CHEMICAL CHARACTERISTICS OF ANTIFERMENT PREPARATION FROM SEEDS OF SPRING RAPE

SUMMARY

Some physical and chemical properties have been studied as well as the content of fatty acids of antiferment preparation from seeds of spring rape.

УДК 612.112:615.815.4

Л. Є. КАЛАШНИКОВА, Л. О. МЕТЕЛИЦЯ

**ЛЕЙКОЦИТИ ЯК МОДЕЛЬ ДЛЯ ПЕРВИННОГО СКРИНІНГУ
ФІЗІОЛОГІЧНО АКТИВНИХ РЕЧОВИН**

Інститут біоорганічної хімії та нафтохімії АН України

За сучасними уявленнями (2), певні реакції клітин та органів регулюються на рівні двох основних клітинних сигнальних каскадів — аденоілатциклазного (АДЦ) та кальцій/поліфосфоінозитидного (Ca/ПФІ). Мета цієї роботи — вивчити можливості використання набору біологічних тестів, моделюючих різні види функціональної активності клітини, що залежать від зазначених систем, для первинного скринінгу фізіологічно активних речовин (ФАР).

Як моделі використовували деякі функціональні реакції лейкоцитів: Е-розеткоутворення Т-лімфоцитів миші з еритроцитами барана (Е-РУД), спонтанна та стимульована рухливість поліморфноядерних лейкоцитів (ПМЯЛ) шурів. Додатково, для вирішення даного завдання використовували фізико-хімічний показник функціонального стану — електрофоретичну рухливість (ЕФР) ПМЯЛ.

Матеріали та методи

Досліди проводили на безпородних миших віком 2—4 міс масою 15—17 г та на щурах-самцях лінії Wistar масою 150—200 г.

Для визначення електрофоретичної рухливості ПМЯЛ периферичної крові шурів використовували метод мікроелектрофорезу (4).

ПМЯЛ виділяли з гепаринізованої крові шурів шляхом центрифугування у градієнті густини фікол-верографін ($\rho = 1,095 \text{ г}/\text{cm}^3$).

Електрофорез лейкоцитів проводили при кімнатній температурі, досліджуваний препарат вносили у суспензію клітини за 5 хв до початку вимірювань.

Е-розеткоутворення Т-клітин, добутих з селезінки білих мишей, моделювали відомим методом (5). Кількість РУК визначали, підраховуючи не менше як 200 лімфоцитів.

Для оцінки міграційних властивостей ПМЯЛ периферичної крові шурів була застосована тест-система за Бойден (1). Оцінювали кількість мігрувавших клітин через мемброму ацетат-целюлозного фільтра.

Як досліджувані ФАР були вибрані препарати трьох груп. До першої входили речовини з явно вираженим різноспрямованим впливом

на клітинні сигнальні системи. Це — активатори АдЦ та блокатори Са/ПФІ (ізадрин, димедрол, BW 755С, циклофосфан), а також речовини протилежного типу дії (клонідин, мезатон, толбутамід). Друга група була представлена двома речовинами з односторонньою дією. Це — кофеїн та адреналін, які можуть одночасно активізувати як АдЦ, так і Са/ПФІ. Третю групу становили ізоніазид та левамізол, про вплив яких на елементи ключових сигнальних систем немає ніяких конкретних даних.

Результати та обговорення

Наведені в таблиці експериментальні дані свідчать, що за характером дії весь дослідженій ряд препаратів можна умовно розподілити на дві групи: активатори (адреналін, ізоніазид, циклофосфан, димедрол, ізадрин, BW 755С) та інгібітори (кофеїн, толбутамід, левамізол, клонідин, мезатон) досліджених біологічних функцій. З традиційної точки зору обидві групи об'єднують лікарські речовини, які розрізняються між собою як за специфічною активністю, так і за молекулярним механізмом дії (3).

Обґрунтуючи ефекти впливу досліджуваних лікарських препаратів можливо, якщо ідентифікувати їх молекулярні мішені, якими можуть бути рецептори, ключові ферменти або ефекторні системи сигнальних каскадів клітини АдЦ та Са/ПФІ.

Виходячи з нових принципів класифікації ліків (2), ефекти впливу ФАР можна умовно позначити таким чином: активування АдЦ — +I, пригнічення Са/ПФІ — —II і навпаки — пригнічення АдЦ — —I та активування Са/ПФІ — +II.

Аналізуючи молекулярні мішенні речовин групи інгібіторів, можна зробити висновок, що досліджувані речовини (адреналін, ізоніазид, циклофосфан, димедрол, ізадрин, BW 755С), діючи на різноманітні еле-

*Вплив фармакологічних речовин на досліджувані показники клітинної активності лейкоцитів **

Назва моделі речовини	ε·РУК $x \pm s_x$	Хемокінез $x \pm s_x$	Хемотаксис $x \pm s_x$	ЕФР $x \pm s_x$
Контроль	$31,5 \pm 0,9$	$11,3 \pm 1,5$	$26,0 \pm 2,5$	$0,84 \pm 0,04$
Адреналін	[$26,0 \pm 5,0$] —17 %	$6,6 \pm 0,6$ —41 %	$11,3 \pm 1,1$ —56 %	$0,62 \pm 0,04$ —27 %
Ізоніазид	$24,5 \pm 1,0$ —22 %	$7,0 \pm 1,0$ —38 %	$20,3 \pm 1,0$ —21 %	$0,58 \pm 0,02$ —31 %
Циклофосфан	$10,0 \pm 1,2$ —68 %	$2,0 \pm 0,5$ —82 %	$21,5 \pm 0,5$ —17 %	$0,43 \pm 0,05$ —49 %
Димедрол	$20,0 \pm 2,0$ —36 %	$7,9 \pm 1,0$ —30 %	$9,0 \pm 1,0$ —65 %	$0,65 \pm 0,04$ —23 %
Ізадрин	$20,0 \pm 2,0$ —36 %	$5,0 \pm 1,0$ —55 %	$17,5 \pm 0,5$ —32 %	$0,48 \pm 0,05$ —43 %
BW 755C	$18,0 \pm 2,0$ —42 %	$7,0 \pm 0,5$ —38 %	$14,5 \pm 1,1$ —44 %	$0,65 \pm 0,03$ —22 %
Кофеїн	$49,3 \pm 2,5$ +25 %	$23,5 \pm 0,5$ +21 %	$[29,5 \pm 0,5]$ +14 %	$[0,72 \pm 0,02]$ —14 %
Толбутамід	$40,0 \pm 2,0$ +27 %	[$13,0 \pm 0,5$] +15 %	$[28,5 \pm 1,5]$ +10 %	$1,13 \pm 0,03$ +35 %
Левамізол	$76,1 \pm 2,5$ +42 %	$18,5 \pm 1,5$ +64 %	$[27,5 \pm 2,0]$ +6 %	$[0,81 \pm 0,04]$ —3 %
Клонідин	$48,0 \pm 6,1$ +52 %	$20,5 \pm 0,5$ +81 %	$33,0 \pm 0,5$ +27 %	$1,13 \pm 0,05$ +35 %
Мезатон	$43,0 \pm 1,4$ +37 %	$17,6 \pm 1,5$ +56 %	$50,4 \pm 0,5$ +94 %	$1,10 \pm 0,03$ +30 %

* У дужках наведені показники, що достовірно не відрізняються від контролю ($p > 0,1$).

Ступінь ефективності та спрямованості дії досліджуваних речовин відносно контролю наведено у процентах.

менти сигнальних каскадів, приводять до активації АдЦ та гальмування Са/ПФІ систем сигнальної трансдукції і, таким чином, проявляють вплив, який в прийнятих нами позначеннях можна визначити як +I/-II. Так, адреналін та ізадрин є антагоністами β -адренорецепторів (+I). Димедрол є антагоністом Н₁-рецепторів гістаміну (-II). BW 755C — блокатор ключового ферменту Са/ПФІ системи (-II). Циклофосфан діє на рівні генома, блокуючи кінцевий результат проведення сигналу у Са/ПФІ системі до поділу клітини (-II) (2). Характер дії ізоніазиду на вивчені функції клітини крові дає підставу зробити припущення, що ця речовина має молекулярні мішені на елементах сигнальної трансдукції, на які він впливає за типом +I/-II.

Наведені дані свідчать, що речовини, які активували АдЦ або блокували Са/ПФІ на різних рівнях (+I/-II), викликали зниження досліджуваних показників.

Аналіз молекулярних мішень речовин групи активаторів (кофеїн, толбутамід, левамізол, клонідин, мезатон) показав, що зазначені агенти шляхом впливу на певні рівні сигнальних каскадів підвищують досліджувані показники функціональної клітинної активності. Мезатон та клонідин збуджують α_1 -та α_2 -адренорецептори відповідно — (+II та -I). Толбутамід є інгібітором протеїнкінази А — ферменту АдЦ-системи (-I). Ця речовина підвищує утилізацію глюкози — процес +II. Для левамізолу молекулярні мішень не встановлені. Проте відомо, що цей препарат активізує імунну систему — ефект який можна визначити як +II (2). Кофеїн інгібірує цАМФ-фосфодіестеразу (+I).

Таким чином, за типом дії речовини групи активаторів клітинних в запропонованих умовних позначеннях можна віднести до категорії -I/+II.

Відсутність достовірного впливу на деякі модельні об'єкти кофеїну, левамізолу, толбутаміду та адреналіну можна ймовірно пояснити їх неоднозначним впливом на активність клітинних сигнальних каскадів: за рахунок множинності точок дії для цих речовин.

Оцінюючи рівні чутливості використаних біологічних моделей, можна зазначити, що середній рівень зареєстрованих змін на моделях Е-РУК Т-лімфоцитів селезінки білих мишей та хемокінез ПМЯЛ периферичної крові щурів є 40—60 %. На моделі хемотаксису ПМЯЛ зареєстрований рівень чутливості — 30—40 %. Найнижчий рівень чутливості був зафікований на моделі ЕФР ПМЯЛ — менше ніж 30 %. Алестанній метод дозволяє досліджувати взаємозв'язок функціонального стану клітини та електрофізичних властивостей її плазматичної мембрани, що суттєво підвищує інформативність експериментів по первинній оцінці нових ФАР.

Висновок

Запропоновано набір біологічних моделей, який може бути застосований для первинного скринінгу нових ФАР.

1. Иммунологические методы /Под ред. Г. Фримеля.— М.: Мир, 1979.— С.171—175.
2. Кухарь В. П., Лудк А. Н., Могилевич С. Е. Химия биорегуляторных процессов.— К.: Наук. думка, 1991.— 477 с.
3. Машковский М. Д. Лекарственные средства: В 2-х т.— М.: Медицина, 1988.— Т. 1—2.— 624 с., 576 с.
4. Погорелая Н. Х., Долгая Е. В., Миронов С. Л. Нейрофизиология.— 1984.— Т. 16, № 2.— С. 176—179.
5. Ющук Н. Д., Годованый Б. А. Основы инфекционной иммунологии.— М.: ММСИ, 1987.— 32 с.

Надійшла до редакції 31.03.94.

ЛЕЙКОЦИТЫ КАК МОДЕЛЬ ДЛЯ ПЕРВИЧНОГО СКРИНИНГА
ФИЗИОЛОГИЧЕСКИ АКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ

Исследованы некоторые виды функциональной активности клетки в плане изыскания возможности использования их для первичного скрининга ФАВ. В качестве биологических моделей использовали функциональные реакции лейкоцитов: Е-розеткообразование Т-лимфоцитов мыши, спонтанную и стимулированную подвижность полиморфноядерных лейкоцитов (ПМЯЛ), а также физико-химический показатель состояния клеточной мембраны ПМЯЛ. Полученные экспериментальные данные свидетельствуют о целесообразности использования указанного набора биологических тестов для скрининга ФАВ.

L. Ye. Kalashnikova, L. A. Metelitsa

LEUCOCYTES AS A MODEL FOR THE PRIMARY SCREENING
OF PHYSIOLOGICALLY ACTIVE COMPOUNDS

SUMMARY

Some types of cellular functional activity were studied for their possible usage in primary screening of PAC (physiologically active compounds). The biological models were presented by functional reactions of leucocytes as follows: E-rosette formation of T-lymphocytes in mice, spontaneous and stimulated motility of polymorphonuclear leucocytes (PML) as well as physico-chemical parameter of PML cellular membrane condition. The experimental data obtained testify to advisable use of set of biological tests in PAC screening.

РОБОТИ МОЛОДИХ УЧЕНИХ

УДК 547.789.5

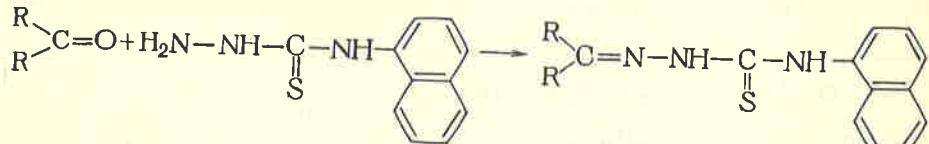
Н. М. ДУТКА, асист.

СИНТЕЗ, ВЛАСТИВОСТІ ТА АНТИМІКРОБНА ДІЯ
4- α -НАФТИЛТІОСЕМІКАРБАЗОНІВ

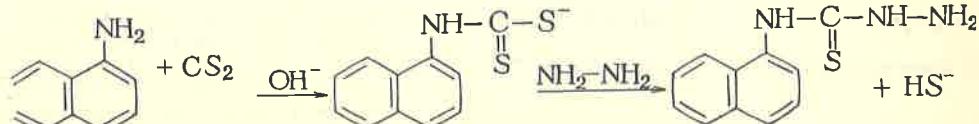
Львівський державний медичний інститут

Семікарбазиди і тіосемікарбазиди широко використовуються для ідентифікації різних оксосполук, у т. ч. і ряду лікарських препаратів. Багато їх похідних — семікарбазонів і тіосемікарбазонів мають високу біологічну активність і використовуються як лікарські засоби (фурацилін, тибон, кутизон та ін.) (1).

Виходячи з цього, ми синтезували ряд тіосемікарбазонів на основі 4- α -нафтилтіосемікарбазиду й ароматичних альдегідів, аліфатичних або гетероцикліческих кетонів за схемою



4- α -нафтилтіосемікарбазид одержували за відомим методом з використанням опрацьованої нами методики в одну стадію, виходячи з α -нафтаміну, сірковуглецю і гідразин-гідрату. Реакція проходить за схемою



Реакцію з альдегідами проводили шляхом кип'ятіння вихідних речовин в оцтовій кислоті у присутності ацетату натрію, яка йде як правило, дуже швидко; реакцію з аліфатичними кетонами в надлишку останнього при нагріванні на водяномуogrівнику, реакцію з гетероциклічними кетонами — в бутанолі.

Синтезовані тіосемікарбазони наведені в таблиці. Переважно це безбарвні високотопкі кристалічні речовини, добре розчинні в ДМФА, ДМСО, ацетатній кислоті, діоксані, гірше — у спиртах, бензолі, нерозчинні в ефірі, хлороформі та воді. Дані елементного аналізу, ІЧ- та УФ-спектрів підтверджують склад та структуру одержаних речовин.

УФ-спектр 4- α -нафтилтіосемікарбазиду характеризується трьома максимумами вбирання при 243, 275 та 312 нм, у той час як незаміщений тіосемікарбазид — двома (при 241 та 260—263 нм). Перші два максимуми 4- α -нафтилтіосемікарбазиду є результатом накладання вбирання тіосемікарбазиду і нафталінового кільця, що має три максимуми вбирання (220, 275 і 297—310). Незначне гіпсохромне зміщення третього максимуму, характерне для нафталіну, може бути пояснено

впливом гідразонтіокарбонільного хромофору $S=C\overset{\curvearrowright}{-}NH-\overset{\curvearrowleft}{NH}_2$ з р-р-л переносом е.

УФ-спектри синтезованих тіосемікарбазонів мають від трьох до п'яти смуг вбирання. Перша з них є результатом сумарного вбирання, зумовленого $\pi-\pi^*$ переходами тіокарбонільної групи і IV смуги нафталінового ядра. При введенні 1-ліденового залишку спостерігається значне батохромне зміщення до 265 нм.

Незважаючи на видовження ланцюга кон'югації, положення другого максимуму порівняно з 4- α -нафтилтіосемікарбазидом лишається без змін. Це може бути пояснено тим, що домінуючим фактором у цьому випадку є вбирання нафталіну (ІІа), яке за інтенсивністю значно перевершує вбирання спряжених азометинового і тіокарбонільного хро-

мофорів, $C\overset{\curvearrowright}{=N}-\overset{\curvearrowleft}{N}C-$, а в деяких випадках видовження ланцюга

кон'югації нівелюється електроноакцепторними властивостями заміщених арильних радикалів.

ІЧ-спектр 4- α -нафтилтіосемікарбазиду в короткохвильовій ділянці характеризується п'ятьма високоінтенсивними смугами вбирання, зумовленими валентними коливаннями NH-груп з максимумами при 3360, 3315, 3260, 3200 і 3065 cm^{-1} .

1-Ліден-4- α -нафтилтіосемікарбазони

№ спо- льщук	R	R_I	Емпірична формула	T. топл., $^{\circ}\text{C}$	Ви- хід, %	Вира- хувано, %	Знай- дено, %	УФ спектрні $\lambda_{\text{макс.}}$, нм (ед е)
1.1 H	$\text{p}-\text{CH}_3\text{O}-\text{C}_6\text{H}_4$		$\text{C}_{19}\text{H}_{17}\text{N}_3\text{OS}$	190—191	57	N 12,5 N 12,8 S 9,6 S 9,4	258 пл., 273 пл., 330(4,50) (діоксан)	
1.2 H	9-Анtranіл		$\text{C}_{26}\text{H}_{19}\text{N}_3\text{S}$	224	79	N 10,4 N 10,6 S 7,9 S 7,8	220(4,18), 254(4,24) 282(3,56), 289(3,56) 392(3,35) (метанол)	
1.3 H	2-OH-5-Cf-C ₆ H ₅		$\text{C}_{18}\text{H}_{14}\text{ClN}_3\text{OS}$	245—246	67	N 11,8 N 11,4 S 9,0 S 8,5	305(4,4), 315 пл., 350(4,49) (метанол)	
1.4 CH ₃ C ₂ H ₅			$\text{C}_{15}\text{H}_{17}\text{N}_3\text{S}$	160—161	86	N 15,5 N 15,3 S 11,8 S 12,1	265(4,03), 273(4,13) 280 пл., 325(4,12)	
1.5 5-Бромізатиніліден			$\text{C}_{19}\text{H}_{13}\text{BrN}_4\text{OS}$	236—237	75		337 пл. (діоксан) N 13,2 N 12,8 S 7,5 S 7,5	260(4,17), 286(4,2), 366(4,34) (метанол)

При переході від тіосемікарбазиду до тіосемікарбазонів зникають максимуми вбирання при 3360 см^{-1} і 3260 см^{-1} , зумовлені відповідно асиметричними і симетричними коливаннями NH-груп при N¹. При цьому не дотримується емпіричне рівняння для групи NH₂ (більш низькочастотна смуга = 0,876 ν_{as} , а більш високочастотна смуга — +345,8 ν_{as}). У нашому випадку різниця між теоретичною й експериментальною знайденою величиною становить 29 cm^{-1} (зміщених у довгохвильову ділянку). Таке значне зміщення, як відомо (2), свідчить про нееквівалентність NH зв'язків у первинній аміногрупі, що пов'язано з утворенням асоціатів.

Смуги при 3315, 3200, 3065 cm^{-1} , очевидно, зумовлені ν_{NH} при N² та N⁴.

Вбирання ароматичного кільця проявляється у вигляді слабкого максимуму при 3030 cm^{-1} (ν_{CH}), 1525 cm^{-1} ($\nu_{\text{C}\cdots\text{C}}$ аром.), 1430 cm^{-1} (δ_{CH}). Очевидно, на першу смугу накладається вбирання за рахунок δ_{NH} (NCSII).

Коливання двох C—N груп проявляється при 1290 та 1225 cm^{-1} (N=C=S III), тіонна група — при 1084 cm^{-1} (N=C=S I).

Протимікробну і фунгістатичну дію сполук 1.1—1.5 вивчали на тесткультурах мікроорганізмів: стафілокока золотистого, стафілокока епідермального, бацили антракоїду, палички синьо-зеленого гною, кишкової палички, грибів з роду Кандіда. Дослідження, проведені в Запорізькому медичному інституті, показали, що одержані сполуки проявляють незначну антимікробну і фунгістатичну активність. Вони згубно діють на золотистий стафілокок, кишкову та синьогнійну палички та антракоїд в розведеннях 1 : 8000—1 : 32 000.

Експериментальна частина

ІЧ-спектри речовин було знято на спектрофотометрі ІЧС-29 у таблицах броміду калію, УФ-спектри — на приладі «Specord M-40» в діоксані.

4-*α*-нафтилтіосемікарбазид. 7,15 г (0,05 моль) *α*-нафтиламіну змішують з 15 мл етанолу і 15 мл 25 % водного розчину аміаку. Після часткового розчинення *α*-нафталаміну до розчину протягом 2 годин додають по краплях 4,5 мл сірковуглецю при постійному перемішуванні, яке продовжують ще 3 год.

До реакційної суміші додають 75 мл води і 5 мл (0,05 моль) 50 % розчину гідразингідрату і кип'ятять 3 год. Реакційну суміш залишають на 24 год. На другий день осад фільтрують, промивають водою і сушать. Вихід 9,0 г (83 %). Після кристалізації з бутанолу продукт має т. top. 138—139 °C. Це білі з сірим відтінком кристали, розчинні у спиртах, ацетатній кислоті, ДМФА, ДМСО, діоксані, погано — в бензолі, нерозчинні в чотирихлористому вуглеці, ефірі, воді.

1 - h - метоксибензиліден-4-*α*-нафтилтіосемікарбазон (1.1). 4,35 г (0,02 моль) 4-*α*-нафтилтіосемікарбазиду розчиняють у 30 мл льодяної ацетатної кислоти при нагріванні і додають гарячий розчин, виготовлений з 30 мл льодяної ацетатної кислоти, 2,72 г (0,02 моль) анісового альдегіду і 1,64 г безводного ацетату натрію. При злитті двох розчинів утворився осад. Суміш нагрівають на киплячому водяному огрівнику 1 год. Осад фільтрують, промивають водою і сушать. Вихід 3,1 г (57 %). Продукт кристалізують з льодяної ацетатної кислоти. Речовини 1.2 і 1.3 одержані аналогічно.

I-ізобутиліден-4-*α*-нафтилтіосемікарбазон (1.4). 3,0 г (0,014 моль) 4-*α*-нафтилтіосемікарбазиду змішують з 50 мл метилетилкетону і нагрівають на киплячому водяному огрівнику 12 год. Реакційну суміш упакують до 1/4 об'єму, охолоджують, осад фільтрують, сушать. Вихід 3,2 г (87 %). Продукт кристалізують з пропанолу-2.

2-(5-бромізатиніліден-3)-4-*α*-нафтилтіосемікарбазон (2.5). 2,17 г (0,01 моль) 4-*α*-нафтилтіосемікарбазиду і 2,26 г (0,01 моль) 5-броміза-

тину кип'ятять в 40 мл н-бутанолу протягом 2 год. Утворений осад фільтрують і сушать. Вихід 3,2 г (75 %). Продукт розчиняють у 20 мл діоксану, обробляють активованим вугіллям і до фільтрату додають 25—30 мл води. Осад фільтрують і сушать. Кристали цеглистого кольору з т. topл. 236—237 °C.

Висновки

1. 4- α -нафтилтіосемікарбазид може бути одержаний в одну стадію взаємодією α -нафтиламіну, сірковуглецю і гідразин-гідрату за запропонованою методикою з виходом 83 %.

2. 4- α -нафтилтіосемікарбазид вступає в певних умовах у реакцію конденсації з ароматичними альдегідами, аліфатичними та гетероциклічними кетонами з утворенням відповідних тіосемікарбазонів.

3. 1-Іліден-4- α -нафтилтіосемікарбазони виявляють слабку противікробну і фунгістатичну дію.

1. Машковский М. Д. Лекарственные средства: В 2-х ч.— М.: Медицина, 1987.— Ч. 2.— С. 250—290.
2. Наканиси К. Иракрасные спектры органических соединений / Под ред. А. А. Мальцева.— М.: Мир, 1965.— С. 216.

Надійшла до редакції 22.02.94.

H. M. Dutka

СИНТЕЗ, СВОЙСТВА И АНТИМИКРОБНОЕ ДЕЙСТВИЕ 4- α -НАФТИЛТИОСЕМИКАРБАЗОНОВ

Разработаны методики синтеза 4- α -нафтилтиосемикарбазида и 4- α -нафтилтиосемикарбазонов. Изучены их физико-химические свойства, противобактериальное и фунгистатическое действие.

N. M. Dutka

SYNTHESIS, PROPERTIES AND ANTIMICROBIAL EFFECT OF 4-L-NAPHTHILTHIOSEMICARBAZONES

SUMMARY

There have been developed methods of synthesis of 4-L-naphthilthiosemicarbazones. Their physical and chemical properties as well as antibacterial and fungistasis effect have been studied.

УДК 614.2:615.12:616-082.681.3

О. П. ТИМОЩУК, асп., А. В. ҚАБАЧНА, д-р фармац. наук, проф., З. А. ТКАЧУК

АНАЛІЗ СТРУКТУРИ ВІКЛИКІВ Швидкої медичної допомоги до дітей

Харківський інститут удосконалення лікарів

За останні роки дещо змінилася структура захворювань дітей. Значно зменшилася частка інфекційних захворювань, але разом з тим збільшились неспецифічні захворювання легень, дитячий вуличний та побутовий травматизм.

Не зменшується добова летальність серед дітей, які потрапляють до лікарні, смертність у групі молодшого віку від важких гострих респіраторних захворювань, зростають випадки вікліків швидкої медичної допомоги — все це зумовлює необхідність підвищення рівня організації екстреної медичної допомоги, особливо на догоспітальному етапі, її науково обґрунтованого забезпечення ліками.

© Колектив авторів, 1995

Для вирішення цих завдань важливе значення має дослідження структури викликів швидкої медичної допомоги (ШМД) до дітей. З метою розробки поставлених питань нами було вивчено характер діяльності педіатричних та реанімаційних бригад станції швидкої медичної допомоги на прикладі м. Харкова.

У Харкові одна з перших виїзних педіатричних бригад (ВПБ) була організована в 1964 р., а в 1992 р. міська станція швидкої медичної допомоги (СШМД) нараховувала 14 таких бригад і одну реанімаційну педіатричну бригаду (РПБ). Усі вони роззосереджені на 9 підстанціях з урахуванням кількості дитячого населення і народжуваності в зонах, що обслуговуються.

Виклики до дітей в Харкові становлять 12—15 % від усіх викликів, що надходять на СШМД. З них — до 87 % обслуговуються педіатрами, 13—20 % — лікарями бригад СШМД.

Протягом 1992 р. виїзними педіатричними бригадами було виконано 55 тис. викликів, що становить близько 4 тис. викликів на одну ВПБ на рік. Отже, кожна ВПБ виконала за добу приблизно 11 випадків. Середній час прибутия до хворого — 32—37 хв. Реанімаційна педіатрична бригада за цей же час виконала 14 тис. викликів при середньодобовому навантаженні 4 виїзди.

З метою вивчення структури викликів, що надходять на СШМД, нами проаналізовано 2,5 тис. карт викликів бригад швидкої медичної допомоги для надання невідкладної допомоги дитячому населенню.

Аналіз одержаних даних дозволив виявити ряд особливостей у зверненнях на СШМД. Одна з них — перевага викликів до дітей молодших вікових груп. Так, серед загальної кількості викликів ВПБ 87,5 % (150,47 виклика на 1000 дитячого населення) становили виклики до дітей віком 0—7 років. Виклики РПБ до дітей цієї вікової групи становили 83,5 % (3,68 виклика на 1000 дітей). Найбільшу питому вагу мали виклики до дітей перших трьох років життя. У структурі викликів ВПБ вони становлять 60,7 % від усіх викликів, у структурі викликів РПБ — 59,7 %.

Якщо для дорослих притаманний ріст рівня звернень по швидку медичну допомогу по мірі збільшення віку, то у дітей, навпаки, проявляється тенденція зниження кількості викликів ШМД при збільшенні віку. Кількість викликів ШМД до дітей перших трьох років життя в 4—5 разів більша, ніж до дітей шкільного віку. Звідси випливає, що вік дітей є основним фактором, який формує кількість звернень по ШМД. Той факт, що з усього дитячого населення, якому було надано ШМД, переважну кількість становили діти до 3-х років ставить особливі вимоги до організації цього виду допомоги на догоспітальному етапі та дії раціонального забезпечення ліками.

Матеріали даного дослідження показали, що переважна кількість викликів ШМД до дітей раннього віку зумовлює структуру викликів, яка формується, в основному, за рахунок п'яти класів хвороб: захворювань органів дихання, нещасних випадків, травм і отруєнь, захворювань органів травлення, інфекційних та паразитарних захворювань, патології центральної та периферичної нервової системи. Зазначені причини становлять 94,31 % у структурі викликів ВПБ і 93,8 % у структурі викликів РПБ. При цьому основною причиною викликів ШМД до дитячого населення є захворювання органів дихання, які становлять 43,33 % у структурі викликів ВПБ і 45,45 % у структурі викликів РПБ. Нещасні випадки, травми й отруєння становлять 23,13 % виклику ВПБ і 26,7 % виклику РПБ. На захворювання органів травлення припадає 19,99 % і 8,5 % виклику відповідно, на інфекційні та паразитарні захворювання — 5,69 % і 7,86 %, патологію центральної та периферичної нервової системи — 2,17 % і 5,27 %.

Як показали матеріали дослідження, на структуру звернень по ШМД впливають вікові особливості. Так, звернення з приводу хвороб органів дихання займають у структурі захворюваності дітей віком до

трьох років 52,22 % при обслуговуванні ВПБ і 67,62 % при обслуговуванні РПБ. У більш старших вікових групах цей показник знижується і становить у дітей віком від 3 до 7 років 26,44 % при наданні допомоги ВПБ і 23,49 % при наданні допомоги РПБ, від 7 до 14 років 21,33 % і 8,99 % відповідно. Виклики до дітей дошкільного віку з приводу захворювань органів травлення становлять 56,98 % виклику ВПБ і 49,15 % виклику РПБ у структурі даної групи захворювань, у дошкільнят віком від 3 до 7 років цей показник — 18,6 % виклику ВПБ і 20,34 % виклику РПБ, у дітей до 1 року життя і від 1 до 3 років — 24,41 % і 30,51 % відповідно.

Звернення на СШМД з приводу інфекційних та паразитарних хвороб із збільшенням віку дітей має тенденцію до зростання. Так, у дітей першого року життя цей показник становить 17,44 % виклику при наданні допомоги ВПБ і 6,42 % виклику при наданні допомоги РПБ у загальній структурі даного класу захворювань, віком від 1 до 3 років — 19,77 % і 20,18 % викликів відповідно, від 3 до 7 років — 41,86 % і 47,77 %. У той же час у дітей шкільного віку цей показник різко падає і становить при обслуговуванні ВПБ 20,93 % виклику і РПБ — 25,69 % виклику. При цьому слід відмітити, що в усіх вікових групах кількість викликів до хлопчиків була в 12—15 разів вища, ніж до дівчаток.

Для виявлення основних закономірностей нами були вивчені особливості надходження викликів на СШМД залежно від пори року, місяця, дня тижня і години доби в умовах великого міста.

Аналіз надходження викликів по місяцях року показав, що їх максимум припадає на зимовий період (становить у грудні 8,63 %, у січні — 9,7 %, у лютому — 9,23 %) і на весняний період (у березні — 8,68 %, у квітні — 8,65 %, у травні — 8,17 %), що пов'язано із збільшенням простудних захворювань у зазначені періоди.

Найменше звернень на СШМД відмічається влітку: у червні — 7,38 %, у липні — 7,39 %, у серпні — 7,51 %, що пояснюється від'їздом більшості дітей у зони відпочинку.

У структурі звернень на СШМД по нозологічних формах в окремі сезони року найбільшу питому вагу становлять захворювання органів дихання (43 %). У той же час частота звернень з приводу захворювань органів дихання від сезону року змінюється. Так, якщо взимку і на весні цей показник становить 56,6 %, то восени — 23,6 %, влітку — 19,8 %.

Певна сезонність звернень на СШМД спостерігається і при нещасних випадках, травмах, отруєннях. У зимовий період частота викликів СШМД до дітей з приводу цієї групи захворювань становить 23 %, у весняний період — 25,8 %, в літній — 25,3 %.

Відмічається певна закономірність надходження викликів на СШМД по днях тижня. Найвищі показники маємо в понеділок (18,3 % при наданні швидкої допомоги ВПБ і 14,57 % при наданні швидкої допомоги РПБ), найменші — в середу (10,96 % і 13,78 % відповідно), поступовим їх ростом до четверга і максимальним навантаженням у суботу та неділю (31,61 % і 30,31 %).

Збільшення навантаження у вихідні дні пояснюється неробочими днями в дитячих поліклінічних установах.

Як показало дослідження, певна закономірність спостерігається і у розподілі частоти надходження викликів на СШМД по годинах доби. Максимальна зверненість відмічається з 16 до 24 годин і становить 50,29 % викликів ВПБ і 47,04 % викликів РПБ, що пов'язано з поверненням дітей із шкіл і дошкільних закладів. Крім того, скорочують діяльність амбулаторно-поліклінічні заклади. Збільшення частоти викликів з 8 до 16 години до 28,47 % при обслуговуванні ВПБ і 33,62 % при обслуговуванні РПБ в порівнянні з періодом від 0 до 8 годин пояснюється початком роботи амбулаторно-поліклінічних закладів та стаціонарів, які викликають бригади ШМД. Мінімальна кількість викли-

ків спостерігається від 0 до 8 годин і відповідає 21,23 % виклику ВПБ та 19,34 % виклику РПБ.

Таким чином, результати досліджень можуть стати базою для науково обґрунтованого планування швидкої медичної допомоги дітям на догоспітальному етапі, її раціонального забезпечення ліками.

Беручи до уваги нерівномірність поставок і дефіцит деяких ліків, а також появу нових препаратів, одержані дані про структуру і характер викликів ШМД до дитячого населення можуть бути підставою для створення оптимального набору медикаментів та обладнання для надання швидкої медичної допомоги, а також для прогнозування потреби в них.

Висновки

1. Кількість та характер викликів педіатричних і дитячих реанімаційних бригад швидкої медичної допомоги залежать від статево-вікової структури дитячого населення нозологічних форм захворювань, причин викликів швидкої допомоги, пори року, дня тижня, години доби.

2. Одержані дані можуть бути базою для науково обґрунтованого планування швидкої медичної допомоги дітям на догоспітальному етапі та її раціонального забезпечення ліками і спеціальним обладнанням.

1. Бузова Т. С. Скорая медицинская помощь детскому населению в городах разного типа и пути ее совершенствования: Автореферат дис. ... канд. мед. наук: 14.00.33.— М., 1983.— 28 с.
2. Скорая медицинская помощь / Под ред. Б. Д. Комарова.— М.: Медицина, 1984.— 304 с.

Надійшла до редакції 28.06.93,

E. P. Timoshuk, A. V. Kabachnaya, Z. A. Tkachuk

АНАЛИЗ СТРУКТУРЫ ВЫЗОВОВ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ К ДЕТЬЯМ

Рассмотрены вопросы организации скорой медицинской помощи детскому населению в условиях крупного города на примере Харькова. Установлено, что количество и характер вызовов педиатрических бригад скорой медицинской помощи зависят от поло-возрастной структуры детского населения, нозологических форм заболеваний, сезона года, дня недели и времени суток.

E. P. Timoschuk, A. V. Kabachnaya, Z. A. Tkachuk

CHILDREN'S EMERGENCY CALLS ANALYSIS

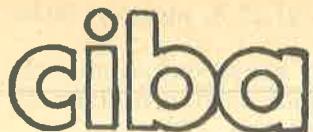
SUMMARY

The issues of children's emergency aid organization in big cities, Kharkov, for example, are being touched on. It has been found out that the number of calls at emergency aid stations is interrelated with sex and age groups of children as well as with nosologic type of diseases, season of the year, day of the week and with the time.

Шановні читачі!

НЕ ЗАБУДЬТЕ ПЕРЕДПЛАТИТИ
«ФАРМАЦЕВТИЧНИЙ ЖУРНАЛ» І ЖУРНАЛ «ЛІКИ»
НА ДРУГЕ ПІВРІЧЧЯ 1995 р.

Редакція



ДО ПИТАННЯ СПІВРОБІТНИЦТВА ЗАКЛАДІВ
ФАРМАЦЕВТИЧНОЇ ГАЛУЗІ З ПРОВІДНИМИ
ФАРМАЦЕВТИЧНИМИ ФІРМАМИ СВІту

ШВЕЙЦАРСЬКА ФІРМА СІБА

(CIBA — GEIGY)

Керівник відділу О. Т. Серговська

СІБА, ШВЕЙЦАРІЯ І ВЕСЬ СВІТ

Транснаціональний хіміко-фармацевтичний концерн СІБА-ГЕЙГІ розвиває свою діяльність на п'яти континентах. Близько 7 % загального експорту Швейцарії забезпечується фірмою СІБА. Понад 100 років фірма займається дослідженнями і розробками в галузі лікарських засобів, систем і обладнання для профілактики і лікування різних захворювань. Понад 24 тисячі співробітників приблизно в 140 країнах світу займаються розробкою нових способів лікування, а також удосконаленням технології виробництва і тому не дивно, що СІБА належить до п'яти провідних фармацевтичних підприємств у світі і займає лідерську позицію на ринку.

Основна дослідна робота ведеться в міжнародних центрах фірми у Швейцарії, США, Японії, Великобританії, Франції та Німеччині, а також в численних лабораторіях інших країн.

Стратегія СІБА спрямована в майбутнє, це означає постійне зміцнення позицій на традиційному ринку й освоєння нових можливостей. Одним з головних завдань для майбутнього фірми ми вважаємо збереження балансу між потребою наших співробітників, клієнтів, усього суспільства і навколошнього середовища.

Представництво фірми в Росії було відкрито в 1897 р. В СРСР фірма акредитована з 1971 р., в Україні — з 1991 р., є представництва в Москві, Києві, Бюро технічного сприяння в Санкт-Петербурзі, Ризі, Ташкенті.

СІБА має високоефективні специфічні лікарські засоби, такі як кардіотропні (Адельфан-езидрекс, Гігротон, Лотензин, Лопресор); нестероїдні протизапальні (Вольтарен-ампули, таблетки, свічки, мазь); антибіотики; протитуберкульозні засоби: Римактан, Римактазид (рифампіцин + ізоніазид), Римактазид + Z (рифампіцин + ізоніазид і піразинамід); психотропні (Людоміл, Тегретол); засоби, що застосовуються при порушенні венозного кровообігу (Венорутон, Глівенол, Проктоглівенол); онкопрепарати (Ориметен, Сибакальцин); антигістамінні (Феністил); дерматологічні (Локакортен, Локазален) та ін.

Відкриття нових і більш надійних способів введення ліків є одним з пріоритетів фірми. Наприклад, трансдермальна система у вигляді пластиру являє собою багатошарову систему, яка забезпечує проникнення передбачених постійних концентрацій активної речовини в шкіру. Такий пластир уже застосовується на практиці для попередження приступів стенокардії (Нітродерм TTC), симптомів морської хвороби (Скоподерм TTC), проблем під час менопаузи (Естрадерм TTC) і для боротьби з курінням (Нікотинел TTC).

Фірма СІБА є не тільки постачальником високоякісних фармацевтичних препаратів, але і вносить значний вклад у розвиток охорони здоров'я.

З питань прямих закупівель звертатися у представництво фірми СІБА у Києві за адресою: 252053, Київ-053, вул. Артема 1—5, кімната 801, тел./факс 044/212-08-58

ciba

СУЧАСНІ ПРОТИТУБЕРКУЛЬЗОЗНІ ЗАСОБИ ФІРМИ СІБА-ГЕЙГІ, ШВЕЙЦАРІЯ

20 листопада 1994 р. минуло 50 років з того часу, коли вперше були застосовані протитуберкульзозні препарати.

Ера сучасного протитуберкульзового лікування почалась з ін'єкцій стрептоміцину, що привело до скорочення захворювань туберкульзом в індустріальних країнах.

Сучасна протитуберкульзона терапія, відома як короткий курс хіміотерапії, ґрунтуються на використанні чотирьох різних протитуберкульзозних препаратів, до складу яких входять таблетки ізоніазиду, рифампіцину, піразинаміду й етамбутолу або стрептоміцину. Ці препарати ефективні в 95 % випадків. Нині стрептоміцин використовується рідше, ніж етамбутол, оскільки він дорожчий, більш токсичний і вводиться лише у вигляді ін'єкцій.

З того часу як Воксман відкрив стрептоміцин, було розроблено принаймні 10 нових протитуберкульзозних препаратів, які до сьогодні не знайшли широкого застосування в усьому світі. За прогнозами спеціалістів, протягом найближчих 10 років понад 30 млн. людей помре від туберкульзу, у той час як сучасні і високоефективні препарати залишаються лежати на полицях, оскільки високорозвинуті країни і країни, що розвиваються, не поставили контроль над туберкульзом на належний рівень, у зв'язку з чим значно поширились нові форми туберкульзу, стійкі до всіх протитуберкульзозних ліків, відкритих з 1944 р.

За офіційними даними, на сьогодні в Україні на обліку перебуває близько 100 тис. хворих на туберкульоз, з них близько 21 тис.— з вперше виявленім туберкульозом.

Як уже зазначалось, для успішного лікування туберкульозу необхідна терапія чотирма препаратами: ізоніазидом, рифампіцином, піразинамідом і етамбутолом. З них фармацевтична промисловість України виробляє лише ізоніазид. Решта препаратів закуповується за імпортом.

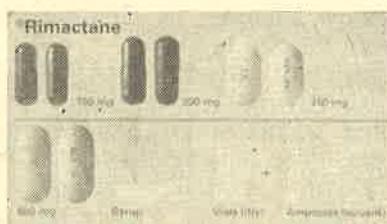
Лідер світової фармацевтичної промисловості швейцарська фірма СІБА виробляє ряд високоефективних препаратів для лікування туберкульзу, таких як

РИМАКТАН (РИФАМПІЦИН),

РИМАКТАЗИД (РИФАМПІЦИН+ІЗОНІАЗИД)

РИМАКТАЗИД + Z (РИФАМПІЦИН + ІЗОНІАЗИД і ПІРАЗИНАМІД).

Це взаємодоповнюючі препарати, спільне їх застосування протягом перших двох місяців хіміотерапії забезпечує швидкий ефект і скорочує строки лікування до 6 місяців.



З питань прямих закупівель звертатися у представництво фірми СІБА в Києві за адресою:

254053 Київ-53, вул. Артема 1—5, кімната 801,
тел./факс 044/212-08-58

УДК 614.27



"ФАРМАКОЛОГІЯ—94"

**ІІІ МІЖНАРОДНА
СПЕЦІАЛІЗОВАНА ВИСТАВКА
МЕДИЧНИХ ПРЕПАРАТІВ**

24—28 жовтня 1994 року

Стало вже доброю традицією проводити спеціалізовані фармакологічні виставки в Музеї медицини України, який добре відомий і користується популярністю у фахівців та студентів медичних вузів. У жовтні 1994 р. тут відбулася чергова міжнародна виставка «ФАРМАКОЛОГІЯ-94». Організаторами виставки виступили компанія «MDMT GROUP IPС» (Канада) при сприянні Міністерства охорони здоров'я України, об'єднання «Укрфармація» та Фармакологічного комітету МОЗ України.

Експозиції були представлені як світовими лідерами виробників лікарських препаратів, так і ще мало відомими українському споживачеві фармацевтичними фірмами з різних країн світу.

Серед найкращих експозицій, безумовно, були стенді корпорації «МЕРК, ШАРП і ДОУМ» (США). Це найбільша фармацевтична компанія в світі. Вже сьомий рік впливовий журнал ділових кіл США «Форчун» (за висновками опитування понад 8000 ведучих спеціалістів і керівників американських компаній) визнав «Мерк, Шарп і Доум» найкращою корпорацією Америки. До того ж вже одинадцять років вона у першій десятці найбільших компаній. У 1992 р. корпорація реалізувала медикаментів приблизно на 9,7 мільярда доларів США, а витрати на науково-дослідну діяльність становили 1,1 мільярда доларів. Уже зареєстровані в Україні протизапальні засоби клінорил та долобід; протигіпертонічні — альдомет та ренітек; антибіотики — мекофсин і тіснам; засоби проти хвороби Паркінсона — синемет та Синемет; протисклеротичні засоби — зокор і мевакор та багато інших.

Експозиція швейцарської фармацевтичної фірми «ПАРЕК КЕМІКЛЗ ГРУП» (дослідницька група, яка ґрунтует свою діяльність на виробництві і розповсюджені класичних медикаментів) розповідала про історію фірми та її діяльність. Фірма була організована у 1980 р. Основна виробнича база її знаходитьться в Італії, поблизу Мілана, а виробничі корпуси у США, Португалії, Південній Кореї. Фірма має наукові розробки на 30 препаратів, а також пропонує антибіотики високої якості та інші фармацевтичні препарати. У країнах Європейського Співробітництва реалізується 12 лікарських засобів. В Україні зареєстровано 5 препаратів. Це атрапсеф (цефазолін), лоризон (цефопера-

© О. В. Щербак, 1995

зон), атралкситин (цефокситин), метафар (цефметазол) та ін. Фірма прагне стати світовим лідером у виробництві цефалоспоринів.

Відома, але малознана в Україні фірма «БРЮФАРМЕКСПОРТ» (Бельгія) була заснована у липні 1983 р. Вона випускає на ринок продукцію найвищого гатунку за максимально конкурентними цінами. Фірма пропонує широкий спектр медичних препаратів у вигляді мазей, таблеток, ін'екційних форм та займається виробництвом сульфаніламідних препаратів (соптром), спазмолітиків, анальгетиків, протизапальних, жарознижувальних препаратів (брюналгін, диклобрю, актив таблетс), діуретиків (брюсемід) та багатьох інших. Серед препаратів, які були розроблені безпосередньо фірмою, сироп від кашлю бронхобрю, який вже пройшов експериментальні та клінічні випробування в Україні.

Американська фірма «ЕЛІ ЛІЛІ» входить у десятку найбільших фармацевтичних компаній світу. Її стенді завжди цікаві та корисні для відвідувачів. Фірма займається розробкою, виробництвом та продажем лікарських засобів, серед яких ендокринологічні препарати інсульнів, антибіотики, противухлини, серцево-судинні, протиіразкові засоби та ін.

Представницькою та цікавою була експозиція відомої німецької фірми «БЕРЛІН-ХЕМІ». Це компетентний виробник фармацевтичної продукції концерну «Менарині». Виробнича програма включає великий асортимент препаратів: протидіабетичних (у тому числі інсуліни, манініл та цукрозамінник цюклі), серцево-судинних і протиревматичних засобів, засобів для лікування захворювань шлунково-кишкового тракту, анальгетиків, відхаркувальних засобів. Усі препарати виробляються за умовами GMP Всесвітньої організації охорони здоров'я.

Фірма організувала та провела два надзвичайно цікавих та корисних науково-практичних семінари, на яких були присутні практичні лікарі, фармацевти, студенти медичних вузів та медичні працівники. Це «Особливості фармакотерапії лікарських засобів Берлін-Хемі при лікуванні цукрового діабету і захворюваннях щитовидної залози» та «Фармакотерапія препаратами Берлін-Хемі та лікарські взаємодії при екстремальних станах у кардіології».

Іспанська фірма «ЛАІНКО» представила не лише цікаву експозицію, але й провела для представників преси прес-конференцію про препарат меркроміна, який широко застосовується в Іспанії та інших країнах. Девіз препарату — «Вся аптека — в одній склянці».

Експозиції також представили всесвітньовідомі фірми «АПДЖОН» (США), «ШЕРІНГ» (Німеччина), «ЗЕНЕКА» та «ВЕЛКОМ» (Великобританія), «АРЕС-СЕРОНО» (Швейцарія) та ще мало відомі в Україні «ЕБЕВЕ» (Австрія), «ЕДЖЗАДЖІБАШІ» (Турція) та ін. Всі експозиції були цікаві, несли багато корисної інформації, а до того ж відвідувачі мали змогу з'ясувати всі виникаючі питання в експертів фірм.

Особливістю цієї виставки було проведення багатьох семінарів для практичних лікарів та відвідувачів, що, безумовно, позитивно відіб'ється на роботі лікарів з ліками фірм, дасть змогу ефективно їх призначати та уникнути побічних реакцій.

Виставка виконала свою головну мету — познайомила широкі кола медичних працівників з новітніми досягненнями фармакології у світі.

O. B. ЩЕРБАК, канд. мед. наук

Надійшла до редакції 18.11.94.

МІЖНАРОДНА СПЕЦІАЛІЗОВАНА ВИСТАВКА
при сприянні Міністерства охорони здоров'я України,
об'єднання «Укрфармація», Державного Фармакологічного комітету
МОЗ України

ОХОРОНА ЗДОРОВ'Я 94

Міжнародний семінар і спеціалізована виставка

22. - 25.11.1994

Череду виставок 1994 року з питань медицини завершила міжнародна спеціалізована виставка «ОХОРОНА ЗДОРОВ'Я-94». Ця виставка відбулася 22—25 листопада 1994 р. у Київському палаці спорту. Організували виставку фірма «ЗОВНІШЕКСПОБІЗНЕС» Міністерства зовнішніх економічних зв'язків України та фірма «IEG SOLINGEN» (Німеччина).

Ця виставка — найбільша спеціалізована виставка з питань медицини, які проходили в Україні. Загальна площа експозиції — понад 5 тис. кв. метрів. На виставці було представлено більше як 200 експозицій (з них близько 80 стендів призначено фармакологічним препаратам) з понад 20 країн світу, які висвітлювали такі розділи і тематичні напрямки:

УКРАЇНА-МЕДИКА: медичне обладнання, медичні електричні пристали, лабораторне обладнання, діагностика, засоби зв'язку.

УКРАЇНА-ФАРМА: ліки, фармацевтичні препарати, біологічні дослідження, обладнання для виробництва ліків.

УКРАЇНА-ДЕНТ: обладнання для стоматологічних лабораторій і ліків.

УКРАЇНА-КОНТРОЛА: моніторинг виробничого та навколошнього середовища, профілактичні засоби, обладнання та пристали.

ЧОРНОБИЛЬ-ОХОРОНА ЗДОРОВ'Я: пристали, технології та методики радіологічного контролю, лікувально-профілактичні засоби, лікувально-профілактичне харчування.

Розділ «Україна-Фарма» був одним з найбільших, його експозиціями цікавилися не тільки спеціалісти-фахівці, але і багато відвідувачів. Практично всі фармацевтичні фірми, що мають свої представництва в Україні, демонстрували зразки фармацевтичної продукції та багато різного матеріалу пізнавального характеру як для фахівців, так і для інших відвідувачів виставки. Серед безлічі цікавих інформаційних стендів хотілося б виділити ті, в яких органічно відтворювалися новітні досягнення фармакології та доступні практичним лікарям рекомендації, що є запорукою сучасного ефективного лікування більшості захворювань.

© О. П. Вікторов, О. В. Щербак, 1995

**Україна-Медіка * Україна-Фарма * Україна-Дент
Україна-Контрола * Чорнобиль-Охорона Здоров'я
КИЇВ '94**

Як завжди, вельми цікавим та корисним для відвідувачів виставки було знайомство зі стендами відомої фармацевтичної компанії «БЕРІНГЕР ІНГЕЛЬХАЙМ» (Німеччина). Цього разу основна експозиція фірми проходила під гаслом: «Збережемо наше немовля — новий девіз фірми». Фірма розробила сучасну стратегію профілактики та лікування респіраторного дистрес-синдрому у новонароджених, яка складається з таких позицій: 1. Профілактика передчасних пологів між 16-м та 37-м тижнем вагітності за допомогою препаратів «Партусистен» та «Партусистен інтраапталь». 2. Стимуляція пренатального визрівання легень плода при загрозі передчасних пологів між 20-м та 34-м тижнем вагітності, що досягається за допомогою препарату «Мукосолван» (амброксолу гідрохлориду). 3. Заміщення сурфактанту при респіраторному дистрес-синдромі у недоношених новонароджених (вживання сурфактанту альвеофакту). Було також представлено чимало інших препаратів, які використовуються при багатьох захворюваннях внутрішніх органів.

Відома польська зовнішньоторговельна організація «ЦІЕХ», яка вже понад півсторіччя займається імпортом та експортом фармацевтичної продукції, представила ліки багатьох фармацевтичних заводів «ПОЛІФА», які використовуються майже в усіх галузях практичної медицини: кардіології, пульмонології, гастроентерології, неврології та ін. Їх відрізняє висока якість та досить помірна конкурентна ціна.

Стенди всесвітньовідомої фармацевтичної компанії «САНДОЗ» (Швейцарія) містили багато різnobічної та цікавої інформації, що стане у нагоді кожному лікарю. Це одна з найбільших фармацевтичних компаній світу, яка займається виробництвом лікарських препаратів. Загальна чисельність персоналу понад 50 тис, а товарооборот у 1993 р. становив близько 10 млрд. доларів США. Спектр досягнень фірми надзвичайно широкий. Вона добре відома завдяки своїм оригінальним препаратам, які застосовуються в кардіології, ендокринології, онкології, гастроентерології та інших галузях практичної медицини. Ведуча експозиція фірми «Нові стандарти протигрибкової терапії». Запропоновано новий препарат «Ламізил», який є своєрідним відкриттям для лікування грибкових уражень нігтів (оніхомікозів) і мікозів гладкої шкіри. Спеціалісти гідно оцінили високу ефективність виліковування за короткий проміжок часу, справжню фунгіцидну дію препарату. Серед інших лікарських засобів такі відомі препарати, як «Ломір», «Сандостатин», «Парлодел», «Сирдалул», «Міакальцік» та ін.

Чеська фірма «ЛЕЧІВА» готується поповнити фармацевтичний ринок України препаратами інсулінів: «Пур-інсулін», «Пур-інсулін деп», «Пур-інсулін інтердеп», «Пур-інсулін супердеп». Це свинячі хроматографічно рафіновані інсуліни.

Солідна, цікава, добре влаштована експозиція була представлена німецькою фірмою «ХБОХСТ». Фірма серед діючих фармацевтичних компаній світу знаходиться в першій п'ятірці, а в Німеччині взагалі посідає перше місце. Вона вкладає значні кошти в науково-дослідну роботу, що становить вагомий процент (блізько 13 %) від прибутку, одержаного фірмою. Серед препаратів фірми найбільш відомі антидіабетичні препарати — препарати інсулінів, «Даоніл» та ін. Фірма виробляє також багато препаратів для лікування захворювань більшості основних систем організму.

Великий багатонаціональний концерн «РОН-ПУЛЕНК РОПЕР» добре відомий медичним працівникам в Україні та країнах СНД. Йому належить пріоритет у розробці науково-дослідних програм щодо вивчення і використання препаратів есенціальних фосфоліпідів: «Есенціале», «Дипостабілу» та «Есавен-гелю». Нині у світі нагромаджено більше як 50-річний позитивний досвід вивчення і терапевтичного застосування цих препаратів. Серед найпоширеніших препаратів фірми: «Маалокс», «Профенід», «Кальсинар», «Імован», «Клексан». Добре ві-

домі лікарям лікувальні чаї фірми «НАТТЕРМАН», яка входить до складу концерну,— «Нервофлюкс», «Депурафлюкс», «Бромхіум», «Урофлюкс», «Холафлюкс». Компанія має свої представництва у більш ніж 150 країнах світу, що допомагає створити власний фармацевтичний ринок на основі сучасних досягнень науки.

Лікарям України уже давно відома продукція таких фірм як «КРКА» (Словенія) та «ПЛІВА» (Хорватія). Серед інших хотілося б виділити експозиції фірм «ОРІОН» (Фінляндія), «САНОФІ» (Франція), «ХЕМАПОЛ» (Чеська Республіка).

Експозиція відомої посередницької фірми «БІОКОН» включала стенді таких відомих фармацевтичних виробників, як «БАЙЕР» (Німеччина), «ЕЛІ ЛІЛІ» (США), «ШВАРЦ-ФАРМА» (Німеччина) та ін. Вона поєднала напрямки їх діяльності, що допомагало відвідувачам краще орієнтуватися.

Невеликий обсяг цього огляду не дозволяє більш детально висвітлити роботу цього форума досягнень фармацевтичної науки та діяльності кожної фірми. Але ми не маємо сумніву, що кожна така виставка — це великий крок медицини України у напрямку створення висококваліфікованої системи медичної допомоги і сучасного фармацевтичного ринку. А головне — це дає надію хворим, що кращі часи діагностики і лікування різних хвороб не за горами.

О. П. ВІКТОРОВ, д-р мед. наук, проф.

О. В. ЩЕРБАК, канд. мед. наук

Надійшла до редакції 18.11.94.

УДК 614.27

ДОСЯГНЕННЯ ФАРМАКОЛОГІВ — ЕНДОКРИНОЛОГАМ

13—16 вересня 1994 року в м. Івано-Франківську відбувся V з'їзд єндокринологів України, на якому було заслухано чимало цікавих та корисних доповідей і виступів з проблем фармакології та фармакотерапії захворювань єндокринної системи. У роботі з'їзду взяло участь багато науковців та клініцистів з різних країн світу: Росії, Білорусії, Японії, США, Німеччини та ін.

Основні доповіді з фармакотерапії були пов'язані з наробкою та розвитком шляхів лікування цукрового діабету. Зокрема, пан Экхард Руппрахт (Німеччина) виступив з великою доповіддю про сучасні принципи лікування інсульнезалежного цукрового діабету, в якій досить вдало та докладно були поєднані як наукові обґрунтування сучасних методів його лікування, так і практичні рекомендації лікарям. У доповіді наведено світовий досвід застосування похідних сечовини при цукровому діабеті. Директор Українського НДІ фармакотерапії єндокриничних захворювань (Харків) В. В. Натаров розповів про розробку інститутом лікарських засобів для лікування найбільш поширених єндокринних захворювань та їхніх ускладнень, гормонозалежних пухлин, а також радіопротекторів і адаптогенів. У доповіді О. Є. Ліпської, С. М. Ткача, А. О. Єфіменко (Київ) йшлося про застосування цукро-знижувального похідного сульфонілсечовини глюренорму у хворих на цукровий діабет II типу, ускладненого патологією печінки. Дослідження підтвердили терапевтичну ефективність та нешкідливість застосування глюренорму хворим на цукровий діабет і патологію печінки та жовчних шляхів. У доповіді Е. О. Грузіної, Г. Ф. Генделеки та В. М. Ковтун (Одеса) було висвітлено терапевтичні підходи при лікуванні цукрового діабету II типу у випадку розвитку вторинної сульфаніламідної резистентності. В. Полторак, С. Мерзлікін, О. Гладких, О. Чувурін, В. Чер-

© О. В. Щербак, 1995

них (Харків) повідомили результати експериментальних досліджень про антидіабетогенний ефект діакамфу (нового функціонального похідного низькотоксичних дикарбонових кислот) у тварин з гетерогенною інсульнівого недостатністю. Слід відзначити, що ще у двох-трьох десятках доповідей були наведені цікаві дані щодо експериментальних досліджень та клінічного застосування фармакопрепаратів при ендокринній патології.

Делегати та численні гости з'їзду мали також змогу познайомитися з новітніми досягненнями у фармації. Для учасників з'їзду було організовано виставку фармакопрепаратів відомих фармацевтичних фірм, які виробляють гормональні препарати та лікарські засоби, що використовуються для лікування ендокринопатій та їх ускладнень. Серед фірм, які взяли участь у роботі з'їзду, були як новачки, так і знані гранди, продукція яких вже тривалий час користується підвищеним попитом.

Безумовно, однією з кращих була експозиція відомої німецької фірми «БЕРІНГЕР ІНГЕЛЬХАЙМ». Постійно демонструвались відеороліки, в яких розкривалися історія фірми, технологічні процеси виготовлення ліків, правила застосування останніх. На стендах було представлено зразки виготовлюваних ліків, серед яких одним з головних є ГЛЮРЕНОРМ (цукрознижувальний препарат групи сульфоніл сечовини 2-ої генерації, що повністю відповідає вимогам Міжнародної федерації з цукрового діабету). Головними фармакологічними особливостями його є короткочасна цукрознижувальна дія (8 годин), малій ризик розвитку гіпоглікемічних станів і особливий, відмінний від усіх інших препаратів цієї групи, шлях екскреції — виведення з жовчю через травний шлях. Було також анатовано нову систему для контролю за рівнем цукру в крові, що дуже важливо для хворих на цукровий діабет.

Шведська фірма «ФАРМАЦІЯ», відома в ендокринології, була створена в 1993 році внаслідок злиття фірм «КАБІ ФАРМАЦІЯ» та «ФАРМІТАЛІЯ ҚАРЛО ЕРБА», які протягом більше 100 років свого розвитку акумулювали досвід та розробки близько 20 ведучих фармацевтичних компаній у Швеції та Італії. Було анатовано два відомих препарати фірми: МІНІДІАБ (цукрознижувальний препарат групи сульфоніл сечовини 2-ої генерації, який має сильний гіпоглікемізуючий ефект, позитивно впливає на ліпідний спектр крові, а також має властивості щодо зниження ступеня агрегації тромбоцитів та в'язкості крові) та ГЕНОТРОПІН (соматропін — людський гормон росту, синтезований за допомогою технології рекомбінантних ДНК; склад і послідовність амінокислот у препараті ідентичні людському гіпофізарному гормону росту); а також безліч лікарських засобів, що застосовуються при цукровому діабеті: ОЛЬБЕТАМ, СЕРМІОН, ІБУСТРИН та інші.

Відома німецька фірма «БАЙЄР» анатувала препарат ГЛЮКОБАЙ, який містить акарбозу (дія її ґрунтуються на впливі на ферменти кишкові — альфа-глюкозидази, що призводить до меншого засвоєння глюкози). Препарат ефективно діє при інсульнінезалежному цукровому діабеті. Інші препарати фірми (АДАЛАТ та ін.) можна застосовувати для лікування ускладнень цукрового діабету.

Виробники інсуліну були представлені знайомими українським медичним працівникам фірмами «ЕЛІ ЛІЛЛІ» (США), «НОВО НОРДІСК» (Данія), «БЕРЛІН ХЕМІ» (Німеччина), які також виробляють численні препарати тиреоїдних гормонів та інші гормональні препарати. В роботі з'їзду взяли участь представники фірми «СЕРВ'Є» та ін.

Результат роботи з'їзду такий: органічне поєднання наукових доповідей та демонстрація новин фармації допомагає лікарям-ендокринологам знайти єдино вірне рішення у виборі лікарського засобу для лікування будь-якого ендокринного захворювання.

O. B. ЩЕРБАК, канд. мед. наук
Надійшла до редакції 18.11.94.



Кицлонг-Київ

СП «КИУЛОНГ-КИЇВ», будучи дистрибутором фармацевтичних виробничих об'єднань «Польфа» Жешув, «Біоком», «Еспефа», «Фармаком» (Польща), «Шварц-Фарма» (Німеччина), «Антибіотик» АД (Болгарія), представляє нові оригінальні препарати, зареєстровані в Україні

АСПРОКОЛ ASPROCOL

Склад	500 мг ацетилсаліцилової кислоти
Властивості і дія	Препарат з болетамуvalальною, протизапальною жарознижувальною, анальгезуючою дією
Застосування	Болі різного походження, застуда, грип, гарячковий стан, гострі та хронічні запальні і дегенеративні захворювання. Профілактично: інфаркт, мозковий інсульт, тромбоз кровоносних судин
Дозування	Для дорослих: як болетамуvalильний по 1—2 таблетки 1—3 рази на день після їди, як жарознижувальний по 1—2 таблетки 2—3 рази на день після їди, при неспецифічному артриті по 3—1 таблетки на добу в кілька прийомів після їди. Профілактично: від інфаркту, інсульту, тромбозу кровоносних судин по 75—325 мг на день після їди Для дітей: 2—3 роки — 2—3 рази на день по півтаблетки після їди, 4—14 років — тричі на день по півтаблетки
Упаковка	20 таблеток
Виробник	Жешувський фармацевтичний завод «Польфа», Польща

ЦИМЕТИДИН CIMETIDINUM

Склад	Циметидин 0,3
Властивості і дія	Антагоніст рецепторів H ₂ , гальмує вивільнену гістаміном соляну кислоту, а також пепсину, знижує кислотність шлункового вмісту
Показання	Виразкова хвороба шлунка і дванадцятипалої кишki, запалення стравоходу, вузол Цоллінгера-Еллісона
Дозування	Перорально одну таблетку тричі на день під час їди і дві таблетки перед сном
Упаковка	100 таблеток
Виробник	Жешувський фармацевтичний завод «Польфа», Польща

Киулонг-Київ



СП «КИУЛОНГ-КИЇВ», будучи дистрибутором фармацевтичних виробничих об'єднань «Польфа» Жешув, «Біоком», «Еспефа», «Фармаком» (Польща), «Шварц-Фарма» (Німеччина), «Антибіотик» АД (Болгарія), представляє нові оригінальні препарати, зареєстровані в Україні

МЕТОПРОЛОЛ METOPROLOL

Склад	Метопролол тартрат 50 мг
Властивості і дія	Метопролол є загальновизнаним препаратом адренаричних рецепторів В ₁ . Не діє симптоматично і тому широко застосовується в лікуванні легкої та помірної гіпертонії. При стенокардії зменшує частоту приступів і збільшує фізичну працездатність
Показання	Стенокардія, гіпертонія, функціональні розлади кровообігу, тахікардія
Застосування	Призначається індивідуально. При стенокардії по по 50 мг 2—3 рази на день, артеріальній гіпертонії — 100—500 мг на день. Добову дозу можна прийняти за один прийом
Протипоказання	Передсерцева-шлункова блокада II і III ступеня, кардигенний шок, важка брадикардія; з обережністю застосовують при бронхіальній астмі, вагітності, хворобі Рейно
Упаковка	Метопролол 50 мг, 40 таблеток
Виробник	Жешувський фармацевтичний завод «Польфа», Польща

ХЛОРХІНАЛЬДИН HLORHINALDIN

Склад	1 таблетка містить 2 мг хлорхінальдину
Властивості і дія	Ліки з бактерицидною дією відносно грампозитивних і грамнегативних бактерій, амеб, деяких грибів. Застосовують при запальних станах порожнини рота, горла, запаленні ясен, мікозі порожнини рота і горла після лікування антибіотиками
Дозування	Смоктати одну таблетку кожні 2—3 години, не розгризаючи
Упаковка	20 таблеток для смоктання
Виробник	Жешувський фармацевтичний завод «Польфа», Польща

**На допомогу практичним медичним
та фармацевтичним працівникам**

УДК 613.2+615.03

*О. П. ВІКТОРОВ, д-р мед. наук, проф., В. Г. ПЕРЕДЕРІЙ, д-р мед. наук, проф.,
О. В. ЩЕРБАК, канд. мед. наук*

ІЖА ТА ЛІКИ

Український державний медичний університет ім. акад. О. О. Богомольця

Взаємодія деяких лікарських засобів, що призначаються всередину, та їжі

Лікарський засіб (форма випуску)	Залежність призначення від прийому їжі
Датискан (табл. по 0,05 г)	За 15 хв до їди
Дедалон (табл. по 0,05 г)	При морській хворобі за 30 хв. до виїзду, в інших випадках — перед їдою
Дезопімон (табл. по 0,025 г)	Під час їди
Декамевіт (табл.)	Після їди
Декарис (табл. по 0,05 і 0,15 г)	Після вечери, перед сном
Делагіл (табл. по 0,25 г)	Після їди
Депресан (порошок)	Те ж
Діазепам (табл. по 0,005 г)	До їди
Діазолін (драже по 0,1 г)	Після їди
Діакарб (табл. по 0,25 г)	Зранку натще
Діафенін (табл.)	До їди
Діафенілсульфон (табл. по 0,05 г)	Те ж
Діоксибензойна кислота (табл. по 0,5 г)	Після їди
Дибазол (табл. по 0,02 і 0,04 г)	За 2 год до їди або через 2 год після їди
Диваскан (табл. по 0,0025 г)	До їди
Дигален-нео (флак. по 15 мл)	Те ж
Дигестал (табл.)	Після їди
Дигідралазин (табл. по 0,01 г)	Те ж
Дигідротахістерол (0,1 % розчин в олії у флак. по 10 мл)	»
Дигідроерготамін (флак. по 10 мл)	До їди по 10—20 крапель в 1/2 склянки води
Дигідроерготоксин (флак. по 10 мл)	За 20—30 хв до їди
Дигітоксин (табл. по 0,0001 г)	Перед їдою
Дигоксин (табл. по 0,25 мг)	Те ж
Дизафен (табл. по 0,025 г)	Після їди
Дизопірамід (краплі по 0,12 г)	Те ж
Дийодбензотеф (табл. по 0,05 г)	Натще, запиваючи молоком або водою
Дийодтирозин (табл. по 0,05 г)	Після їди, запиваючи молоком
Диклоксациліну натрієва сіль (капс. по 0,25 г)	За 1 год до їди або через 1—1,5 год після їди
Диклофенак-натрій — див. Вольтарен	Під час їди
Ділмінал (драже)	Незалежно від прийому їжі
Дімебон (табл. по 0,01 г)	Після їди
Дімедрол (табл. по 0,05 і 0,1 г)	До їди
Дімекарбін (табл. по 0,02 г)	Те ж
Дімеколін (табл. по 0,025 і 0,05 г)	Перед їдою
Діменгідринат (табл. по 0,05 г)	До їди
Діметріпрамід (табл. по 0,02 г)	Після їди
Дімідін (табл. по 0,025 г)	Під час їди
Дінезін (табл. по 0,1 г)	За 1 год до їди
Дінірідамол — курантил (драже по 0,02 і 0,075 г)	Після їди
Дініразин (табл. по 0,025 г)	Те ж
Діпромоній (табл. по 0,05 г)	До їди
Діпрофен (табл. по 0,025 г)	Те ж
Діпрофілін (табл. по 0,2 г)	Після їди
Дисульфіорміл (табл. по 0,5 г)	Під час або після їди
Дітіазанін (порошок)	

* Початок статті опубліковано в журналі № 4 за 1994 р.

Лікарський засіб (форма випуску)	Залежність призначення від прийому їжі
Дітразин сульфат (табл. по 0,05 і 0,1 г)	Після їди
Діуретин (порошок)	До їди
Дифацил — спазмолітін (порошок)	Після їди
Дифезил (порошок)	Натоще за 1 год до сніданку у 30—50 мл цукрового сиропу або води
Дифенін (табл. по 0,117 г)	Після їди
Диформін-ретард (табл. по 0,5 г)	Під час або відразу після їди
Дифрил — коронтин, фалікор (табл. по 0,03 і 0,06 г)	Після їди
Диценон (табл. по 0,25 г)	До їди
Доксіум (табл. по 0,25 г)	Під час або після прийому їжі, запиваючи великою кількістю рідини
Доксицикліну гідрохлорид (кап. по 0,5 г)	Після їди, запиваючи молоком
Допан (табл. по 0,002 г)	Після їди (на ніч)
Долегіт (табл. по 0,25 г)	Після їди
Дріжджі пивні очищенні сухі (порошок)	Те ж
Ехінопанаксу високого настойка (флак, по 50 мл)	До їди
Женьшень настойка (флак. по 50 мл)	До їди
Жостера (крушини проносної) плоди	Після їди (на ніч)
Задітен (капс. по 0,001 г)	Під час їди
Заліза препарати (гліцерофосфат, закисного сульфат, лактат, сульфат та ін.)	Під час або відразу після їди, при секреторній недостатності шлунка з натуральним шлунковим соком або розведеною хлористоводневою кислотою
Збір для збудження апетиту	За 30 хв до їди у вигляді настою
Збір вітрогінний	У вигляді настою по 1/4—1/2 склянки вранці та ввечорі
Збір вітамінний	У вигляді настою по 1/2 склянки 3—4 рази на день
Збір прудний	Після їди у вигляді настою
Збір шлунковий	У вигляді настою по 1/2 склянки ранком і ввечорі
Збір жовчогінний	У вигляді настою по 1/2 склянки тричі на день за 15—30 хв до їди
Збір сечогінний	У вигляді настою по 1 столовій ложці 3—5 разів на день
Збір потогінний	У вигляді настою, як чай, в гарячому вигляді по 1/2 склянки 3—4 рази на день
Збір протигеморойальний	У вигляді настою на ніч по 1/2 — 1 склянці
Збір проносний у вигляді настою	По 1/4—1/2 склянки на ніч
Збір заспокійливий	У вигляді настою двічі на день по 1/2 склянки
Звіробою настойка і настій (флак. по 25 мл)	До їди
Зеленіна краплі (флак. по 25 мл)	»
Зиксорин (капс. по 0,1 г)	Те ж
Зиказоніум (табл. по 0,01 г)	Після їди
Золототисячника трава (настій)	Те ж
Ібупрофен (табл. по 0,2 г)	За 30 хв до їди
Ізадрин (табл. по 0,005 г)	
Ізаман (табл.)	Після їди
Ізафенін (табл. по 0,01 г)	До їди (тримати під язиком до повного розсмоктування)
Ізобарин (драже по 0,025 г)	До їди
Ізоверрин (табл. по 0,1 г)	Те ж
Ізодиніт — нітросорбід (табл. по 0,005 і 0,012 г)	Після їди
Ізоланід — целанід (табл. по 0,00025 г)	Незалежно від прийому їжі
Ізоніазид (табл. по 0,1 г)	До їди
Ізопротан — скутаміл (драже)	Те ж
Ізоптин (табл. по 0,04 і 0,08 г)	Після їди
Ільдамен (табл. по 0,008 г)	Те ж
Імодіум (капс.)	До їди
Індідерал (табл. по 0,01 і 0,04 г)	»
Індометацин (драже по 0,025 г)	До їди
Індопан (табл. по 0,005 і 0,01 г)	Під час або після їди

Лікарський засіб (форма випуску)

Залежність призначення від прийому їжі

Інказан (табл. по 0,25 г)	Після їди
Ішмекарб (табл. по 0,25 г)	Те ж
Інозіє-Ф (табл. по 0,2 г)	До їди
Інтенкордин (табл. по 0,075 г)	Те ж
Інтестопан (табл.)	Після їди, заливаючи молоком
Інфекундин (табл.)	Бажано в один і той же час після їди ввечорі
Йод і препарати, що містять йод	Після їди, запиваючи молоком
Кавіnton (табл. по 0,005 г)	До їди
Калефлон (табл. по 0,1 г)	Після їди
Калімін (драже по 0,06 г)	Незалежно від прийому їжі
Калію бромід (порошок)	Після їди
Калію йодид (порошок)	Після їди, запиваючи молоком або киселем
Калію оротат (табл. по 0,5 г)	За 1 год до їди або через 4 год після їди
Калію хлорид (розвчин)	Після їди, за 3 год до або після прийому молочних продуктів
Калімін (табл. по 0,06 г)	Незалежно від прийому їжі
Кальмагін (гранули)	За 30 хв до їди або між прийомами їжі
Кальцекс (табл. по 0,5 г)	До їди
Кальцію гліцерофосфат (табл. по 0,5 г)	Те ж
Кальцію глуконат (табл. по 0,5 г)	»
Кальцію карбонат осаджений (порошок)	За 30 хв до їди
Кальцію лактат (табл. по 0,5 г)	До їди
Кальцію пантамат (табл. по 0,05 г)	Після їди
Кальцію пантотенат (табл. по 0,1 г)	Те ж
Кальцію хлорид (порошок, розвчин)	До їди, розчинити в півсклянки теплої води
Камфоній (табл. по 0,01 г)	До їди
Камфора (порошок)	Після їди
Каолін — глина біла (порошок)	За 30 хв до їди
Капотен (табл. по 0,025 г)	До їди
Кантоприл (табл. по 0,025 і 0,05 г)	Те ж
Капуста морська (порошок)	На ніч, запиваючи водою
Карбамазепін — філіпепсин, стазепін, тегретол (табл. по 0,2 г)	Під час їди
Карбідин (табл. по 0,025 г)	До їди
Карбокромен — інтенкордин (табл. по 0,075 г)	Після їди
Карболен (табл. по 0,25 г)	Через 1,5—2 год після їди, запиваючи 1/2 склянки води
Кардіовален (флак. по 25 мл)	До їди
Карловарська сіль штучна (порошок в упаковці по 125 г)	Зранку натіще в 1/2 склянки води (як проносне), у склянці теплої води за 30—45 хв до їди (як жовчогінне)
Карнітину хлорид (20 % розчин у флак. по 100 мл)	За 30 хв до їди, розводячи препарат водою, чаєм, киселем
Карсил (табл.)	До їди
Карфеділін (капс. по 0,25 г)	Незалежно від прийому їжі
Катапресан — див. Гемітон	Під час або відразу після їди
Каферид (табл.)	Перед сном
Кафіол (брикети)	Після їди
Квадевіт (табл.)	Те ж
Кватерон (табл. по 0,02 г)	»
Кверсалін (табл.)	До їди
Кверцетин (табл. по 0,02 г)	Після їди
Квілінорм — ретард (табл.)	Те ж
Квіносептил (табл. по 0,5 г)	»
Келін (табл. по 0,02 г)	Під час або після їди
Келфізин (табл. по 0,2 г)	Після їди
Кенакорт (табл. по 0,004 г)	До їди
Кінілентин (табл. по 0,2 г)	Після їди
Кислота аденилова (флак. по 100 мл)	За 30 хв до їди, у подрібненому виді: запивати 1/2 склянки води, молока або крохмального слизу
Кислота аскорбінова (табл. по 0,05 г)	За 15—30 хв до їди; при наявності диспесичних явищ — під час або після їди
Кислота ацетилсаліцилова (табл. по 0,25 і 0,5 г)	Після їди
Кислота глутамінова (табл. по 0,25 г)	
Кислота дегідрохолева (флак. по 10 мл)	

Лікарський засіб (форма випуску)

Залежність призначення від прийому їжі

Кислота ліпоева (табл. по 0,025 г)	Після їди
Кислота мефенамова (табл. по 0,5 г)	Після їди, запиваючи молоком
Кислота налідиксовна — невіграмон, неграм (табл. і капс. по 0,5 г)	Після їди
Кислота нікотинова (табл. по 0,05 г)	Те ж
Кислота фолієва (табл. по 0,0001 г)	»
Кислота хлористоводнева розведена	Під час або до їди (в 1/4—1/2 склянки води)
Кислота етакринова — урегіт (табл. по 0,5 г)	Зранку після їди
Клімактерин (драже)	До їди
Клініум (табл. по 0,06 г)	Після їди
Клозапін — лепонекс, азалептин (табл. по 0,025 і 0,1 г)	Незалежно від часу прийому їжі
Кломіфенцітрат — клостилбегіт (табл. по 0,05 г)	Після їди, перед сном
Клопамід — див: Бринальдикс	Після їди
Клофелін — див. Гемітон	Те ж
Клофібрат — клофібрейт, місклерон (капс. по 0,25 г)	До їди
Кобамамід (табл. по 0,0001 і 0,0005 г)	Те ж
Кодеїн (порошок)	Перед прийомом препарат розводять кип'яченою водою, таблетки вживають цілими або подрібненими, запивають кип'яченою водою. Особам з підвищеною кислотністю шлункового соку за 5—10 хв до прийому препарату слід випити 1/2 склянки мінеральної води (боржомі, есентуки № 4 або № 17) або розчин натрію гідрокарбонату (1/2 чайної ложки на склянку води)
Кодтерпін (табл.)	Після їди
Колібактерин сухий (ампули по 2—3 дози, табл.)	Те ж
Колхамін (табл. по 0,002 г)	До їди
Компламін (табл. по 0,15 г)	Те ж
Комплівіт (табл.)	Після їди
Контафлавін (табл. по 0,01 г)	»
Конвалій настойка (у флак. 25 мл)	До їди
Конвулекс (капс. по 0,15 г)	Те ж
Конферон (капс. по 0,25 г)	Після їди капсули ковтати, не розжувуючи
Коразол (табл. по 0,1 г)	Після їди
Корбела (табл.)	Після їди (перед сном)
Корвалол (флак. по 15 мл)	До їди
Корватон (табл. по 0,002 г)	Після їди
Корданум (драже по 0,05 г)	До їди
Кордарон — аміодарон (табл. по 0,2 г)	Під час або після їди
Коргард (табл. по 0,04 і 0,08 г)	Незалежно від прийому їжі
Кордіамін (флак по 15 мл)	До їди
Кордигіт (табл. по 0,0008 г)	Те ж
Кореберон (драже по 0,02 г)	Після їди
Коретал (табл. по 0,02 г)	За 15—20 хв до їди
Коринфар — ніфедіпін, кордаfen (драже по 0,1 г)	До їди
Коронтин — див. Дифріл	Під час або після їди
Котазим-Форте (табл.)	До їди
Котарніну хлорид (табл. по 0,05 г)	Після їди
Кофальгін (табл.)	Те ж
Кофеїн (табл. по 0,1 г)	»
Кофетамін (табл.)	Під час або після їди, запиваючи водою
Кофіцил (табл.)	До їди
Крохмальний слиз	Після їди
Кристепін — брінардин (драже)	Те ж
Ксантинолу нікотинат — теонікол, компламін, ксавін (табл. по 0,15 г)	До їди
Купреніл (капс. по 0,15 г)	Після їди
Курантіл (табл. по 0,025 г)	Те ж
Лактобактерин сухий (ампули по 3 дози, табл.)	До їди За 30—60 хв. до їди
	За 30—40 хв. до їди перед вживанням препарат розводять кип'яченою водою,

Ламінарид (гранули по 50 г у флак.)

таблетки подрібнюють або застосовують цілими, запиваючи кіп'яченою водою
Після їди, запиваючи 1/4—1/2 склянки води

Лантозид (флак. по 15 мл)

До їди
Після їди (перед сном)

Левамізол (табл. по 0,05 і 0,15 г)

До їди

Левзей рідкий екстракт (флак. по 40 мл)

Те ж

Ларусан (табл. по 0,1 і 0,3 г)

За 20—30 хв до їди

Левоміцетин (табл. по 0,5 г)

Після їди

Левопола (капс. по 0,5 г)

До їди

Леворин (табл. по 500 000 ОД)

Після їди

Легалон (драже по 0,035 г)

Незалежно від прийому їжі

Ледин (табл. по 0,05 г)

До їди

Лейкоген (табл. по 0,02 г)

Перед їдою

Лексир — пентазоцин, фортрал (табл. по 0,5 г)

До їди

Леспенефрил (флак. по 120 мл)

Після їди

Лібексин (табл. по 0,1 г)

До їди

Лів-52 (табл.)

До їди; при наявності ахілії застосовувати з хлористоводневою кислотою

Лідокаїн (драже по 0,25 г)

До їди

Лідофлазин — див. Клініум

Те ж

Ліквіритон (табл. по 0,1 г)

»

Лікорину гідрохлорид (табл. по 0,0002 г)

Зранку безпосередньо до їди або під час їди

Лимонника китайського настойка (флак. по 50 мл)

За 1—1,5 год до їди

Лінетол (флак. по 180 мл)

У кінці їди

Лінкоміцину гідрохлорид (капс. по 0,25 г)

Після їди (але не пізніше ніж через 4 год після прийому їжі)

Ліобіл (табл. по 0,2 г)

Під час їди

Ліоген

Після їди (зранку)

Ліоресал (табл. по 0,01 і 0,025 г)

Після їди

Ліотероній (табл.)

Перед їдою

Ліпамід (табл. по 0,025 г)

Після їди

Ліпостабіл (капс.)

Те ж

Ліпоцеребрін (табл. по 0,15 г)

До їди

Літію карбонат (табл. по 0,3 г)

Після їди

Лобесил (табл.)

Те ж

Лофенаал (табл. по 0,3 г)

»

Людноміл — мапротилін (драже по 0,01,

Після їди

0,025 і 0,05 г)

Те ж

Люмінал — фенобарбітал (табл. по 0,005 г)

»

Люпаверин (табл.)

»

Лютестрол (табл.)

»

ПОМІЧЕНІ ПОМИЛКИ

Редакція просить вибачення у читачів журналу за допущені помилки.

У журналі № 5—6 за 1994 р., с. 131, у розділі «Помічені помилки» слід читати: «Преднізолон Хафслунд Нікомед», гормональний препарат, на обкладинці замість «Кваметел» слід читати: «Квамател»

Редакція

УДК 615.15:92 (Корпачов)

ВАДИМ ВАЛЕРІЙОВИЧ КОРПАЧОВ

1 лютого 1995 року виповнилося 50 років від дня народження керівника відділу фармакотерапії ендокринних захворювань Інституту ендокринології та обміну речовин Академії медичних наук України, керівника експертної комісії ендокринних препаратів Фармакологічного комітету МОЗ України, доктора медичних наук Вадима Валерійовича КОРПАЧОВА.

В. В. Корпачов в 1968 р. закінчив Київський медичний інститут і вступив за конкурсом до аспірантури Київського НДІ ендокринології та обміну речовин в лабораторію експериментальної фармакотерапії. У 1972 р. захистив кандидатську дисертацію.

Працюючи на посаді молодшого, а потім старшого наукового співробітника, займався вивченням

адренокортикоцитичної активності похідних 1,1-дифенілелетану, а також досліджував цукрознижуval-

ні властивості похідних γ -аміномасляної кислоти, борадамантану та аміоадамантану.

На основі вивчення активності аналогів хлодитану В. В. Корпачов сформулював закономірності цілеспрямованого синтезу нових біологічно активних хімічних сполук. Результати цих розробок були опубліковані та доповідальні на конференціях.

Неодноразово В. В. Корпачов проводив доклінічні дослідження нових лікарських засобів, вивчав гостру токсичність вілозену, бентазину, дийодтироніну, перстачу білого та пертану. Результати цих досліджень включені в матеріали, які подавались до Фармакологічного комітету МОЗ СРСР.

Протягом багатьох років В. В. Корпачов займався виділенням та вивченням механізму дії біологічно активних факторів селезінки. В результаті цієї роботи з селезінки було виділено біологічно активну речовину з гепатопротекторними властивостями. На метод одержання цієї речовини видано авторське свідоцтво.

Крім того, В. В. Корпачову вдалось виділити з спленіну активну кристалічну фракцію, що дає змогу розробити таблетовану форму препарату. В. В. Корпачов та-ж розробив спосіб лірискореної екстракції тканини селезінки з використанням принципу роботи апарату Сокслета.

Вивчаючи біологічні властивості гуморальних факторів селезінки, В. В. Корпачов встановив, що біологічно активні фактори селезінки мають широкий спектр адаптогенної дії: підвищують працездатність, збільшують резистентність організму до опромінення, мають імуномодуляційні, протиалергічні та протизапальні властивості. Ці дані були оформлені, як докторська дисертація, яку В. В. Корпачов захистив в 1992 р.

Останні роки В. В. Корпачов присвятив вивчення рецепторних механізмів розвитку інсульнезалежного цукрового діабету з метою розробки принципово нових методів лікування цієї хвороби. Нещодавно вийшла друком книга «Современные гормональные средства», одним із співавторів якої є В. В. Корпачов.

Вадим Валерійович Корпачов здібний організатор, вміє знаходити контакт з людьми, вирішувати виробничі питання, уникаючи конфліктних ситуацій.

Своє 50-річчя Вадим Валерійович зустрічає в розквіті творчих сил і нових планів. Працівники Фармакологічного комітету МОЗ України, члени Фармакологічного наукового товариства, співробітники Інституту ендокринології та обміну речовин, Міністерство охорони здоров'я України щиро вітають Вадима Валерійовича з славним ювілеем, зичать йому міцного здоров'я і творчих сил.

*Міністерство охорони здоров'я України,
Фармакологічний комітет МОЗ України,
Фармакологічне наукове товариство,
Інститут ендокринології та обміну речовин НАН України*

**ЗАКОНОДАВСТВО УКРАЇНИ
ДІЮЧІ НОРМАТИВНІ ДОКУМЕНТИ,
ЯКІ РЕГЛАМЕНТУЮТЬ ДІЯЛЬНІСТЬ ПІДПРИЄМСТВ І ЗАКЛАДІВ
ФАРМАЦЕВТИЧНОЇ ГАЛУЗІ**

У цьому номері публікуємо Закон України «Про захист прав споживачів», який стосується діяльності аптечних закладів по медикаментозному забезпеченню населення і регулює відносини між споживачами ліків і аптечними закладами всіх форм власності, які займаються виготовленням, реалізацією та зберіганням ліків.

У серпні 1994 р. на фармацевтичній колегії об'єднання «Укрфармація» розглядалися результати перевірки діяльності аптечних закладів різних форм власності по виконанню вимог Закону України «Про захист прав споживачів», яку провели представники Державного комітету у справах захисту прав споживачів. При цьому були встановлені істотні порушення вимог і правил реалізації ліків.

У рішенні колегії особливу увагу звернено на заходи по усуненню виявлених перевіркою недоліків, наведення належного порядку у фармацевтичній і виробничій діяльності аптечних закладів та на додержання ними нормативних документів, що регламентують їх діяльність.

Доводимо Закон України «Про захист прав споживачів» до відома всіх фармацевтичних працівників України для керівництва в роботі.

**ПРО ВНЕСЕННЯ ЗМІН І ДОПОВНЕТЬ ДО ЗАКОНУ УКРАЇНСЬКОУ РСР
«ПРО ЗАХИСТ ПРАВ СПОЖИВАЧІВ»**

(Закон України від 15 грудня 1993 року)

Верховна Рада України постановляє:

Внести зміни і доповнення до Закону Української РСР «Про захист прав споживачів» (Відомості Верховної Ради УРСР, 1991 р., № 30, ст. 379), виклавши його в такій редакції:

ЗАКОН УКРАЇНИ

«Про захист прав споживачів»

Цей Закон регулює відносини між споживачами товарів (робіт, послуг) і виготовниками, виконавцями, продавцями в умовах різних форм власності, встановлює права споживачів та визначає механізм реалізації державного захисту їх прав.

У цьому Законі нижче наведені терміни вживаються в такому значенні:
споживач — громадянин, який придбаває, замовляє, використовує або має намір придбати чи замовити товари (роботи, послуги) для власних побутових потреб;

виготовник — підприємство, установа, організація або громадянин-підприємець, які виробляють товари для реалізації;

виконавець — підприємство, установа, організація або громадянин-підприємець, які виконують роботи або надають послуги;

продавець — підприємство, установа, організація або громадянин-підприємець, які реалізують товари за договором купівлі-продажу;

договір — усна чи письмова угода між споживачем і продавцем (виконавцем) про якість, терміни, ціну та інші умови, за якими здійснюються купівля-продаж, роботи та послуги. Письмова угода може оформлятися квитанцією, товарним чи касовим чеком або іншими документами;

недолік — окрема невідповідність товару (роботи, послуги) вимогам нормативних документів, умовам договорів або вимогам, що пред'являються до його, а також інформації про товар (роботу, послугу), яка надана виготовником (виконавцем, продавцем);

істотний недолік — недолік, який робить неможливим чи недопустимим використання товару (роботи, послуги) відповідно до його цільового призначення або не може бути усунутий щодо цього споживача, або для його усунення необхідні великі затрати праці й часу, або він робить товар (роботу, послугу) іншим, ніж передбачено договором, або проявляється знову після його усунення.

РОЗДІЛ І. ЗАГАЛЬНІ ПОЛОЖЕННЯ

Стаття 1. Законодавство України про захист прав споживачів

Законодавство України про захист прав споживачів складається з цього Закону, інших актів законодавства, що видаються відповідно до нього.

Стаття 2. Міжнародні договори

Якщо міжнародним договором України встановлено інші правила, ніж ті, що є в законодавстві України про захист прав споживачів, то на її території застосовуються правила міжнародного договору.

РОЗДІЛ ІІ. ПРАВА СПОЖИВАЧІВ ТА ІХ ЗАХИСТ

Стаття 3. Права споживачів

Споживачі, які перебувають на території України, під час придбання, замовлення або використання товарів (робіт, послуг) для задоволення своїх побутових потреб мають право на:

- державний захист своїх прав;
- гарантований рівень споживання;
- належну якість товарів (робіт, послуг), торговельного та інших видів обслуговування;
- безпеку товарів (робіт, послуг);
- необхідну, доступну та достовірну інформацію про кількість, якість і асортимент товарів (робіт, послуг);
- відшкодування збитків, завданих товарами (роботами, послугами) неналежної якості, а також шкоди, заподіяної небезпечними для життя і здоров'я людей товарами (роботами, послугами) у випадках, передбачених законодавством;
- звернення до суду та інших уповноважених державних органів за захистом порушеніх прав;
- об'єднання в громадські організації споживачів (об'єднання споживачів).

Стаття 4. Державний захист прав споживачів

1. Держава забезпечує громадянам захист їх інтересів як споживачів, надає можливість вільного вибору товарів (робіт, послуг), одержання знань і кваліфікації, необхідних для прийняття самостійних рішень під час придбання та використання товарів (робіт, послуг) відповідно до їх потреб і гарантує придбання або одержання іншими законними способами товарів (робіт, послуг) в обсягах, що забезпечують рівень споживання, достатній для підтримання здоров'я і життедіяльності.

2. Державний захист прав громадян як споживачів здійснюють Ради народних депутатів, їх виконавчі та розпорядчі органи, Рада Міністрів Республіки Крим, місцеві державні адміністрації, Державний комітет України у справах захисту прав споживачів і його органи у Республіці Крим, областях, містах Києві та Севастополі, Державний комітет України по стандартизації, метрології та сертифікації та його територіальні органи, органи і установи державного санітарного нагляду України, інші органи державної виконавчої влади, на які покладено контроль за якістю і безпекою товарів (робіт, послуг), призначених для споживачів, а також суд.

Стаття 5. Повноваження Державного комітету України у справах захисту прав споживачів і його органів у Республіці Крим, областях, містах Києві та Севастополі

Державний комітет України у справах захисту прав споживачів, його органи в Республіці Крим, областях, містах Києві та Севастополі здійснюють державний контроль за дотриманням законодавства України про захист прав споживачів у центральних і місцевих органах державної виконавчої влади та господарюючими суб'єктами підприємствами (їх об'єднаннями), установами, організаціями незалежно від форм власності, громадянами-підприємцями та іноземними юридичними особами, що здійснюють підприємницьку діяльність на території України, забезпечують реалізацію, державної політики щодо захисту прав споживачів і мають право:

- 1) давати господарюючим суб'єктам обов'язкові для виконання приписи про припинення порушень прав споживачів;
- 2) перевіряти у господарюючих суб'єктів сфери торгівлі, громадського харчування і послуг якість товарів (робіт, послуг), додержання обов'язкових вимог щодо безпеки товарів (робіт, послуг), а також додержання правил торгівлі та надання послуг. Вхо-

дити безперешкодно та обстежувати, відповідно до законодавства, будь-які виробничі, складські, торговельні та інші приміщення цих суб'єктів;

3) відбирати у господарюючих суб'єктів сфери торгівлі, громадського харчування і послуг зразки товарів, сировини, матеріалів, напівфабрикатів комплектуючих виробів для перевірки їх якості на місці або проведення незалежної експертизи у відповідних лабораторіях та інших установах з оплатою вартості зразків і проведених досліджень (експертиза) за рахунок господарюючих суб'єктів, що перевіряються.

Порядок відбору таких зразків визначається Кабінетом Міністрів України.

Проводити контрольні перевірки правильності розрахунків із споживачами за надані послуги та реалізовані товари. В разі неможливості повернення зроблених затрат їх відшкодування відноситься на результати діяльності господарюючих суб'єктів. Порядок проведення таких перевірок визначається Кабінетом Міністрів України;

4) одержувати від господарюючих суб'єктів, що перевіряються, безоплатно необхідні нормативні документи та інші відомості, які характеризують якість товарів (робіт, послуг), сировини, матеріалів, комплектуючих виробів, що використовуються для виробництва цих товарів (виконання робіт, надання послуг);

5) припиняти відвантаження і реалізацію товарів, що не відповідають вимогам нормативних документів, до усунення господарюючими об'єктами виявлених недоліків;

6) забороняти господарюючим суб'єктам реалізацію споживачам товарів (виконання робіт, надання послуг):

на які немає документів, що засвідчують їх відповідність вимогам нормативних документів;

на які в актах законодавства нормативних документів встановлено обов'язкові вимоги щодо забезпечення безпеки життя, здоров'я, майна споживачів і охорони навколошнього природного середовища, якщо ці товари (роботи, послуги) не мають сертифіката відповідності;

завезених на територію України без документів, які підтверджують їх належну якість;

7) приймати рішення:

про припинення у сфері торгівлі, громадського харчування і послуг продажу та виробництва товарів, виконання робіт і надання послуг, що не відповідають вимогам нормативних документів,— до усунення виявлених недоліків,

про тимчасове припинення діяльності підприємств торгівлі (секцій, відділів), громадського харчування, сфери послуг, складів підприємств оптової і роздрібної торгівлі та організацій незалежно від форм власності, що систематично реалізують недоброкісні товари, порушують правила торгівлі та надання послуг, умови зберігання та транспортування товарів,— до усунення виявлених недоліків;

8) опломбовувати у порядку, передбаченому законодавством, у сфері торгівлі, громадського харчування і послуг виробничі, складські, торговельні та інші, приміщення, а також неправильні, несправні й такі, що не мають відповідного клейма чи з порушеними термінами повірки, вимірювальні прилади, за допомогою яких здійснюється обслуговування споживачів з наступним повідомленням органів державної метрологічної служби Державного комітету України по стандартизації, метрології та сертифікації, його територіальних органів для проведення повірочних робіт і розпломбування;

9) вилучати неякісні товари, документи, інші предмети, що свідчать про порушення прав споживачів;

10) подавати до суду позови щодо захисту прав споживачів;

11) передавати матеріали перевірок на дії осіб, що містять ознаки злочину, органам дізнатання чи попереднього слідства;

12) накладати на винних осіб у випадках, передбачених законодавством, адміністративні стягнення;

13) накладати на господарюючі суб'єкти сфери торгівлі, громадського харчування і послуг, в тому числі на громадян-підприємців стягнення, передбачені статтею 23 цього Закону в порядку, що визначається Кабінетом Міністрів України.

Результати перевірок господарюючих суб'єктів службовими особами Державного комітету України у справах захисту прав споживачів та його органів оформлюються актами, що затверджуються керівниками (їх заступниками) зазначених органів.

Порядок припинення відвантаження і реалізації товарів господарюючими суб'єктами, тимчасового припинення виробництва товарів, виконання робіт і надання послуг, діяльності підприємств торгівлі, громадського харчування і сфери послуг, а

також вилучення неякісних товарів, документів та інших предметів, що свідчать про порушення прав споживачів, визначається законодавчими актами України.

Стаття 6. Повноваження інших органів державної виконавчої влади щодо захисту прав споживачів

Інші органи державної виконавчої влади здійснюють державний захист прав споживачів у межах своєї компетенції, визначеній чинним законодавством.

Стаття 7. Обов'язки і відповідальність службових осіб органів державної виконавчої влади, які здійснюють захист прав споживачів

Службові особи органів державної виконавчої влади, які здійснюють захист прав споживачів, зобов'язані суверо додержувати законодавства України, а також прав громадян, підприємств, установ та організацій, що охороняються законом. Вони зобов'язані не розголошувати відомості, отримані під час здійснення своїх повноважень і які становлять державну або іншу таємницю, що охороняється законом. За невиконання або неналежне виконання службовими особами своїх обов'язків вони притягаються до відповідальності згідно з чинним законодавством.

Стаття 8. Розгляд скарг на рішення органів державної виконавчої влади, що здійснюють захист прав споживачів, їх службових осіб, а також на дії таких осіб

Скарги на рішення органів державної виконавчої влади, що здійснюють захист прав споживачів, їх службових осіб, а також на дії таких осіб розглядаються в порядку, визначеному законодавством.

Подання скарг не зупиняє виконання рішення органу державної виконавчої влади, що здійснює захист прав споживачів, їх службових осіб, а також дій таких осіб.

Стаття 9. Відносини органів державної виконавчої влади, що здійснюють захист прав споживачів, з правоохоронними органами

Працівники правоохоронних органів подають допомогу службовим особам органів державної виконавчої влади, що здійснюють захист прав споживачів, у виконанні ними службових обов'язків та припиняють незаконні дії громадян, які перешкоджають виконанню покладених на них функцій.

Стаття 10. Правовий захист службових осіб Державного комітету України у справах захисту прав споживачів та його органів у Республіці Крим, областях, містах Києві та Севастополі

1. Службова особа державного органу у правах захисту прав споживачів при виконанні своїх службових обов'язків перебуває під захистом закону.

Держава гарантує захист життя, здоров'я, честі, гідності та майна службової особи державного органу у справах захисту прав споживачів і членів її сім'ї від злочинних посягань та інших протиправних дій.

2. Усі службові особи державних органів у справах захисту прав споживачів підлягають державному обов'язковому страхуванню за рахунок коштів державного бюджету.

Порядок та умови страхування службової особи державного органу у справах захисту прав споживачів встановлюються Кабінетом Міністрів України.

3. Образа службової особи державного органу у справах захисту прав споживачів, а також опір, погроза, насильство та інші дії, які перешкоджають виконанню покладених на неї завдань, тягнуть за собою встановлену законом відповідальність.

У разі каліцтва чи інвалідності, що сталися у зв'язку з виконанням службових обов'язків, службова особа державного органу у справах захисту прав споживачів одержує компенсацію в розмірі від річного до п'ятирічного грошового утримання залежно від ступеня втрати працевдатності, а в разі її загибелі із зазначеної причини сім'ї загиблого виплачується одноразова допомога в розмірі десятирічного грошового утримання за останньою посадою.

Збитки, завдані майну службової особи державного органу у справах захисту прав споживачів або членів її сім'ї у зв'язку з виконанням нею службових обов'язків, компенсиуються в повному обсязі за рахунок коштів державного бюджету з наступним стягненням цієї суми з винних осіб.

4. Службові особи державних органів у справах захисту прав споживачів мають право безкоштовно користуватися за службовими посвідченнями на території України всіма видами міського пасажирського транспорту (за винятком таксі), електропоїздами приміського сполучення та автобусами приміських і внутрірайонних маршрутів.

Стаття 11. Гарантований рівень споживання

Гарантований рівень споживання забезпечується:

стимулюванням виробництва товарів, виконання робіт та надання послуг;
запровадженням у разі необхідності нормованого розподілу товарів, якщо немає гарантії їх вільного придбання кожним споживачем;
запровадженням компенсаційних виплат, різних видів допомоги і пільг громадянам.

Стаття 12. Право споживача на належну якість товарів (робіт, послуг)

1. Споживач має право вимагати від продавця (виготовника, виконавця), щоб якість придбаного ним товару (виконаної роботи, наданої послуги) відповідала вимогам нормативних документів, умовам договорів, а також інформації про товар (роботу, послугу), яку надає продавець (виготовник, виконавець).

2. Вимоги до товару (роботи, послуг) щодо його безпеки для життя, здоров'я і майна споживачів, а також навколошнього природного середовища встановлюються нормативними документами.

Щодо окремих груп товарів (робіт, послуг) вказані вимоги встановлюються законодавчими актами України.

Реалізація інтересів споживачів у встановленні вимог до якості товарів (робіт, послуг) забезпечується правом участі об'єднань споживачів у розробці нормативних документів згідно з чинним законодавством.

3. Продавець (виготовник, виконавець) зобов'язаний передати споживачеві товар (роботу, послугу), який за якістю відповідає вимогам нормативних документів, умовам договору, а також інформації про товар (роботу, послугу), що надається продавцем (виготовником, виконавцем).

На товари, що завозяться на територію України, повинен бути передбачений чинним законодавством документ, який підтверджує їх належну якість.

4. Виготовник (виконавець) зобов'язаний забезпечити можливість використання товару (результатів виконаної роботи), за призначеннем протягом терміну його служби, передбаченого нормативним документом або встановленого ним за домовленістю із споживачем, а в разі відсутності таких термінів — протягом 10 років.

Виготовник зобов'язаний забезпечити технічне обслуговування та гарантійний ремонт товару, а також випуск і поставку для підприємств, що здійснюють технічне обслуговування та ремонт, в необхідних обсягах і асортименті запасних частин протягом усього терміну його виробництва, а після зняття з виробництва — протягом терміну служби, в разі відсутності такого терміну — протягом 10 років.

Стаття 13. Гарантійні зобов'язання

1. Виготовник (виконавець) забезпечує нормальну роботу (застосування, використання) товару (роботи, послуги), в тому числі комплектуючих виробів, протягом гарантійного терміну, встановленого законодавством, а в разі його відсутності — договором.

Гарантійні терміни на комплектуючі вироби повинні бути не меншими, ніж гарантійний термін на основний виріб, якщо інше не передбачено законодавством чи договором.

2. Гарантійний термін має зазначатися в паспорті на товар (роботу, послугу) або на його етикетці чи в будь-якому іншому документі, що додається до товару (роботи, послуги).

Для медикаментів, харчових продуктів, виробів побутової хімії, парфумерно-косметичних та інших товарів, що споживчі властивості яких можуть з часом погіршуватися і становити небезпеку для життя, здоров'я, майна і навколошнього природного середовища, встановлюється термін придатності, який зазначається на етикетках, упаковці або в інших документах, що додаються до них при продажу, і який вважається гарантійним терміном. Термін придатності обчислюється від дати виготовлення, яка також має бути вказана на етикетці або в інших документах, і визначається або часом, протягом якого товар є придатним для використання, або датою, до настання якої товар є придатним для використання.

Продаж товарів, термін придатності яких минув, забороняється.

На сезонні товари (одяг, худрюні вироби та інші) гарантійний термін обчислюється з початку відповідного сезону, що встановлюється Кабінетом Міністрів України.

3. При продажу товарів за зразками, поштою, а також у випадках, коли час

укладання договору купівлі-продажу і час передачі товару споживачеві не збігаються, гарантійні терміни обчислюються від дня доставки товару споживачеві, а якщо товар потребує спеціальної установки (підключення) чи складання — від дня їх здійснення. Якщо день доставки, установки (підключення) чи складання товару, а також передачі нерухомого майна встановити неможливо або якщо майно перебувало у споживача до укладання договору купівлі-продажу — від дня укладання договору купівлі-продажу.

4. Стосовно товарів (робіт, послуг), на які гарантійні терміни не встановлені, споживач має право пред'явити продавцю (виготовнику, виконавцю) відповідні вимоги, якщо недоліки були виявлені протягом шести місяців, а стосовно нерухомого майна — не пізніше трьох років від дня передачі їх споживачеві.

5. При виконанні гарантійних ремонтів гарантійний термін збільшується на час перебування товару (роботи, послуги) в ремонті.

Зазначений час обчислюється від дня, коли споживач звернувся з вимогою про усунення недоліків.

6. При обміні товару його гарантійний термін обчислюється заново від дня обміну.

Стаття 14. Права споживача в разі придбання ним товару неналежної якості

1. Споживач при виявленні недоліків чи фальсифікації товару протягом гарантійного або інших термінів, установлених обов'язковими для сторін правилами чи договором, має право за своїм вибором вимагати від продавця або виготовника:

- а) безоплатного усунення недоліків товару або відшкодування витрат на їх виправлення споживачем чи третьою особою;
- б) заміни на аналогічний товар належної якості;
- в) відповідного зменшення його купівельної ціни;
- г) заміни на такий же товар іншої моделі з відповідним перерахуванням купівельної ціни;
- д) розірвання договору та відшкодування збитків, яких він зазнав.

Стосовно непродовольчих товарів, що були у використанні та реалізовані через роздрібні комісійні торговельні підприємства, вимоги споживача, зазначені у цьому пункті, задовільняються за згодою продавця.

Згідно з цим пунктом задовільняються вимоги споживача щодо товарів, на які не зазнічився термін гарантії.

2. Вимоги споживача, встановлені пунктом 1 цієї статті, пред'являються за вибором споживача продавцеві за місцем купівлі товару, виготовникові або підприємству, що виконує їх функції за місцезнаходженням споживача.

Зазначені вимоги за місцезнаходженням споживача виконують також створені власником продавця торговельні підприємства та філії, що здійснюють продаж аналогічних придбанім споживачем товарів, або підприємства, на які ці функції покладено на підставі договору. Функції представників підприємств-виготовників виконують їх представництва та філії, створені виготовниками для цієї мети, або підприємствами, які виконують вказані вимоги на підставі договору з виготовником.

Продавець і виготовник під час продажу (реалізації) товару зобов'язані інформувати споживача про підприємства, які виконують вимоги, встановлені пунктами 1 і 2 цієї статті. У разі ненадання такої інформації вони несуть відповідальність, встановлену статтею 18 цього Закону.

3. Продавець, виготовник (підприємство, що виконує їх функції) зобов'язані приняти товар неналежної якості у споживача і задовільнити його вимоги.

Доставка великовагових товарів і товарів вагою понад п'ять кілограмів продавцю, виготовнику (підприємству що виконує їх функції) та їх повернення споживачеві здійснюється силами і засобами продавця, виготовника (підприємства, що виконує їх функції).

У разі невиконання цього зобов'язання, а також відсутності продавця, виготовника (підприємства, що виконує їх функції) у місці знаходження споживача доставка і повернення товарів можуть бути здійснені споживачем за їх рахунок.

4. При наявності товару вимога споживача про заміну підлягає негайному задоволенню, а в разі необхідності перевірки якості — протягом 14 днів або за домовленістю сторін.

У разі відсутності товару, вимога споживача про заміну підлягає задоволенню у двомісячний термін з часу відповідної заяви. Коли задовільнити вимогу споживача про заміну товару у встановлений термін неможливо, споживач вправі за своїм ви-

бором пред'явити продавцю, виготовнику (підприємству, що виконує їх функції) інші вимоги, передбачені підпунктами «а», «в», «г», «д» пункту 1 цієї статті.

5. Під час заміни товару з недоліками на аналогічний товар належної якості, ціна на який змінилася, перерахунок вартості не провадиться.

Під час заміни товару з недоліками на такий же товар іншої моделі перерахунок вартості провадиться виходячи з цін, що діяли на час обміну.

При розірванні договору розрахунки із споживачем у разі підвищення ціни на товар провадяться виходячи з його вартості на час пред'явлення відповідної вимоги, а у разі зниження ціни — виходячи з вартості товару на час купівлі.

6. У разі придбання споживачем продовольчих товарів неналежної якості, продавець зобов'язаний замінити їх на якісні товари або повернути споживачеві сплачені тим гроши, якщо вказані недоліки виявлені у межах терміну придатності. При цьому розрахунки із споживачем провадяться в порядку, передбаченому частиною третьою пункту 5 цієї статті.

7. При пред'явленні споживачем вимоги про безоплатне усунення недоліків товару вони повинні бути усунуті протягом 14 днів або за згодою сторін в інший термін.

На вимогу споживача на час ремонту йому надається (з доставкою) аналогічний товар незалежно від моделі. Для цього виготовник разом з продавцем зобов'язані на договірній основі передбачати обмінний фонд товарів. Перелік таких товарів визначається Кабінетом Міністрів України.

За кожний день затримки виконання вимоги про надання аналогічного товару та за кожний день затримки усунення недоліків понад установлений термін (14 днів) споживачеві виплачується неустойка в розмірі одного відсотка вартості товару.

При усуненні недоліків шляхом заміни комплектуючого виробу або складової частини товару, на які встановлено гарантійні терміни, гарантійний термін на новий комплектуючий виріб і складову частину обчислюється від дня видачі споживачеві товару після ремонту.

8. Споживач має право пред'явити виготовнику вимогу про безоплатне усунення недоліків товару після закінчення гарантійного терміну. Ця вимога може бути пред'явлена протягом установленого терміну служби, а якщо такий не встановлений — протягом 10 років, якщо в товарі були виявлені істотні недоліки, допущені з вини виготовника. Якщо ця вимога не задоволена у терміни, передбачені пунктом 7 цієї статті, споживач має право за своїм вибором пред'явити виготовникові інші вимоги, встановлені пунктом 1 цієї статті.

9. Вимоги споживача розглядаються після пред'явлення споживачем квитанції, товарного чи касового чека або іншого письмового документа, а щодо товарів, на які встановлено гарантійні терміни — технічного паспорта чи іншого документа, що його замінює.

Під час продажу товару продавець зобов'язаний видати споживачеві квитанцію, товарний чи касовий чек або інший письмовий документ, що засвідчує факт купівлі.

У разі втрати споживачем технічного паспорта чи іншого документа, що його замінює, їх відновлення здійснюється у порядку, визначеному законодавством.

10. Виготовник зобов'язаний відшкодувати всі збитки продавця (підприємства, що виконує його функції), який розглядає претензію споживача до виробленого товару.

Продавець (виготовник) товарів зобов'язаний у місячний термін відшкодувати підприємству, що виконує його функції, збитки яких воно зазнало у зв'язку із задоволенням вимог споживача, передбачених цією статтею.

11. Вимоги, встановлені пунктом 1 цієї статті щодо товарів, виготовлених за зразками України або придбаних у посередників, задоволяються за рахунок продавця.

У цьому разі продавець може вимагати відшкодування завданіх йому збитків третіми особами.

12. Вимоги споживача, передбачені цією статтею, не підлягають задоволенню, якщо продавець, виготовник (підприємство, що виконує їх функції) доведуть, що недоліки товару виникли внаслідок порушення споживачем правил користування товаром або його зберігання. Споживач має право брати участь у перевірці якості товару особисто або через свого представника.

Стаття 15. Права споживача у разі порушення виконавцем умов договору про виконання робіт і надання послуг

1. Споживач має право відмовитися від договору про виконання робіт і надання послуг і вимагати відшкодування збитків, якщо виконавець своєчасно не приступає

до виконання договору або виконує роботу так повільно, що закінчити її у визначений термін стає неможливим.

2. Якщо під час виконання робіт або надання послуг стане очевидним, що їх не буде виконано згідно з умовами договору, споживач має право призначити виконавцю відповідний термін для усунення недоліків, а в разі невиконання цієї вимоги у визначений термін — розірвати договір і вимагати відшкодування збитків або дочинити виправлення недоліків третій особі за рахунок виконавця.

3. Якщо виконавець відступив від умов договору, що привело до погіршення виконаної роботи (послуги), або допустив інші недоліки у виконаній роботі (послужі), споживач має право за своїм вибором вимагати безплатного усунення цих недоліків у відповідний термін чи відшкодування витрат, яких він зазнав при усуненні своїми засобами недоліків роботи, або відповідного зменшення винагороди за роботу (послугу).

4. За наявності у роботах (послугах) істотних відступів від умов договору або інших істотних недоліків споживач має право вимагати розірвання договору та відшкодування збитків.

Якщо істотні відступи від умов договору або інші істотні недоліки було виявлено в роботі (послужі), виконаний з матеріалу споживача, споживач має право вимагати за своїм вибором або виконання її з такого ж матеріалу, або розірвання договору і відшкодування збитків.

5. Якщо виконавець не виконує чи неналежно виконує зобов'язання згідно із законом або договором, то він сплачує споживачеві неустойку (штраф, пеню), якщо вона передбачена законодавством чи договором.

Сплата виконавцем неустойки(штрафу, пені), встановленої в разі прострочення або іншого неналежного виконання зобов'язання, не звільняє його від виконання зобов'язання в натурі.

6. Виконавець не несе відповідальність за недоліки у виконаних роботах або наданих послуг, якщо доведе, що вони виникли з вини самого споживача.

7. Про відступи від умов договору та інші недоліки в роботі, що не могли бути виявлені при звичайному способі її прийняття, споживач зобов'язаний повідомити виконавцеві не пізніше трьох діб після їх виявлення.

8. Вимоги замовника, передбачені цією статтею, підлягають задоволенню в разі виявлення недоліків протягом гарантійного чи інших термінів, установлених договором.

9. Виконавець зобов'язаний протягом місяця відшкодувати збитки, що виникли у зв'язку з втратою, псуванням чи пошкодженням речі, прийнятій ним від споживача для виконання робіт або надання послуг. Виконавець не звільняється від відповідальності, якщо рівень його наукових і технічних знань не дав змоги виявити особливі властивості речі, прийнятій ним від споживача для виконання робіт або надання послуг.

10. Виконавець несе відповідальність за шкоду, заподіяну життю, здоров'ю або майну споживача, що виникла у зв'язку з використанням речей, матеріалів, обладнання, приладів, інструментів, пристосувань чи інших засобів, необхідних для виконання ним робіт або надання послуг, незалежно від знання виконавцем їх властивостей.

Стаття 16. Право споживача на безпеку товарів (робіт, послуг)

1. Споживач має право на те, щоб товари (роботи, послуги) за звичайних умов їх використання, зберігання і транспортування були безпечними для його життя, здоров'я, навколошнього природного середовища, а також не завдавали шкоди його майну.

У разі відсутності нормативних документів, що містять юбов'язкові вимоги до товару (роботи, послуги), використання якого може завдати шкоди життю, здоров'ю споживача, навколошньому природному середовищу, а також майну споживача, відповідні органи державної виконавчої влади, що здійснюють державний захист прав споживачів, зобов'язані негайно заборонити випуск і реалізацію таких товарів (виконання робіт, надання послуг).

2. На товари (наслідки робіт), використання яких понад визначений термін є небезпечною для життя, здоров'я споживача, навколошнього природного середовища або може заподіяти шкоду майну споживача, встановлюється термін служби (термін придатності). Ці вимоги можуть поширюватись як на виріб у цілому, так і на окремі його частини.

Виготовник (виконавець, продавець) повинен попереджати споживача про наявність терміну служби (придатності) товару (наслідків роботи) або його частини, обов'язкові умови його використання та можливі наслідки в разі їх невиконання, а також про необхідні дії після закінчення цього терміну.

3. Якщо для безпечноного використання товарів (робіт, послуг), іх зберігання, транспортування та утилізації необхідно додержувати спеціальних правил, виготовник (виконавець) зобов'язаний розробити такі правила та довести їх до продавця або споживача, а продавець — до споживача.

4. Товари (роботи, послуги), на які актами законодавства або іншими нормативними документами встановлено обов'язкові вимоги щодо забезпечення безпеки життя, здоров'я споживачів, іх майна, навколошнього природного середовища, підлягають обов'язковій сертифікації згідно з чинним законодавством. Реалізація та використання таких товарів (у тому числі імпортних), виконання робіт та надання послуг без сертифікату відповідності забороняється.

Підставою для дозволу на ввезення таких товарів на територію України є пред'явлений у митні органи сертифікат відповідності, виданий або визнаний уповноваженими на те органами.

Відповідальність за порушення вимог щодо безпеки товарів (робіт, послуг), передбачених цим пунктом, визначається цим Законом та іншими законодавчими актами.

5. Якщо встановлено, що при додержанні споживачем правил використання, зберігання чи транспортування товарів (наслідків робіт) вони завдають або можуть завдати шкоди життю, здоров'ю, майну споживача чи навколошньому природному середовищу, виготовник (виконавець, продавець) зобов'язаний негайно припинити їх виробництво (реалізацію) до усунення причин шкоди, а в необхідних випадках — вжити заходів до вилучення їх з обороту і відкликання від споживачів.

Якщо причини, що завдають шкоди, усунути неможливо, виготовник (виконавець) зобов'язаний зняти такі товари (роботи, послуги) з виробництва, вилучити з обороту, відкликати від споживачів. У разі невиконання цих обов'язків зняття товарів (робіт, послуг) з виробництва, вилучення з обороту і відкликання від споживачів провадиться за приписом органів державної виконавчої влади, що здійснюють контроль за безпекою товарів (робіт, послуг).

Виготовник (виконавець) зобов'язаний відшкодувати у повному обсязі завдані споживачам збитки, пов'язані з відкликанням товарів (робіт, послуг).

6. Створюючи новий (модернізований) товар, розробник повинен подати технічну документацію відповідному органу для проведення державної експертизи на відповідність щодо безпеки життя, здоров'я і майна споживачів, а також навколошнього природного середовища.

7. Виготовник (виконавець) зобов'язаний інформувати споживача про можливий ризик і про безпечне використання товару (роботи, послуги) за допомогою прийнятих у міжнародній практиці позначень.

Стаття 17. Майнova відповідальність за шкоду, заподіяну товарами (роботами, послугами) неналежної якості

1. Шкода, заподіяна життю, здоров'ю або майну споживача товарами (роботами, послугами), що містять конструктивні, виробничі, рецептурні або інші недоліки, підлягає відшкодуванню в повному обсязі, якщо законодавством не передбачено більшої міри відповідальності.

2. Право вимагати відшкодування заподіяної шкоди визнається за кожним потерпілим споживачем незалежно від того, перебував він чи не перебував у договірних відносинах з виготовником (виконавцем, продавцем). Таке право зберігається протягом встановленого терміну служби (терміну придатності), а якщо такий не встановлено — протягом десяти років з часу виготовлення товару (прийняття роботи, послуги).

3. Відповідальність перед споживачем за шкоду, зазначену в пункті 1 цієї статті, несе сторона, яка її заподіяла.

4. Виготовник (виконавець) несе відповідальність за шкоду, заподіяну життю, здоров'ю або майну споживача у зв'язку з використанням матеріалів, обладнання, пристрій, інструментів та інших засобів, необхідних для виробництва товарів (виконання робіт, надання послуг), незалежно від рівня його наукових і технічних знань.

Стаття 18. Право споживача на інформацію про товари (роботи, послуги)

1. Споживач має право на одержання необхідної, доступної та достовірної інформації про товари (роботи, послуги), що забезпечує можливість їх компетентного вибору.

Інформація про товари (роботи, послуги) повинна містити:

назви нормативних документів, вимогам яких повинні відповідати товари (роботи, послуги);

перелік основних споживчих властивостей товарів (робіт, послуг), а щодо продуктів харчування — склад (включаючи перелік використаних у процесі їх виготовлення інших продуктів харчування і харчових добавок), калорійність, вміст шкідливих для здоров'я речовин порівняно з обов'язковими вимогами нормативних документів і протипоказання щодо застосування;

ціну та умови придбання товарів (робіт, послуг);

дату виготовлення;

гарантійні зобов'язання виготовника (виконавця);

правила та умови ефективного використання товарів (робіт, послуг);

термін служби (придатності) товарів (наслідків робіт), відомості про необхідні дії споживача після його закінчення, а також про можливі наслідки в разі невиконання цих дій;

найменування та адресу виготовника (виконавця, продавця) і підприємства, яке здійснює його функції щодо прийняття претензій від споживача, а також проводить ремонт, технічне обслуговування.

Стосовно товарів (робіт, послуг), які підлягають обов'язковій сертифікації, споживачеві повинна надаватись інформація про їх сертифікацію.

Стосовно товарів (робіт, послуг), які за певних умов можуть бути небезпечними для життя, здоров'я споживача та його майна, виготовник (виконавець, продавець) зобов'язаний довести до відома споживача інформацію про такі товари (роботи, послуги) і можливі наслідки їх впливу.

2. Інформація, передбачена пунктом 1 цієї статті, доводиться до відома споживачів виготовником (виконавцем, продавцем), у технічній документації, що додається до товарів (результатів робіт, послуг), на етикетці, а також маркуванням чи іншим способом, прийнятим для окремих видів товарів (робіт, послуг) або в окремих сферах обслуговування.

Продукти харчування, упаковані або розфасовані в Україні, повинні забезпечуватись інформацією про місце їх походження.

3. Громадянин, який здійснює підприємницьку діяльність, на етикетці товару (роботи, послуги) повинен надати інформацію про номер документа, що засвідчує право на заняття підприємницькою діяльністю, та найменування органу, що його видав, а в разі необхідності — відомості про їх сертифікацію.

4. Якщо надання недостовірної або неповної інформації про товар (роботу, послугу), а також про виготовника (виконавця, продавця) спричинило:

придбання товару (роботи, послуги), який не має потрібних споживачеві властивостей — споживач має право розірвати договір і вимагати відшкодування завданіх йому збитків;

неможливість використання придбаного товару (роботи, послуги) за призначением — споживач має право вимагати надання у розумно короткий, але не більше місяця термін належної інформації. Якщо інформацію в обумовлений термін не буде надано, споживач має право розірвати договір і вимагати відшкодування збитків;

заподіяння шкоди життю, здоров'ю або майну споживача — він має право пред'явити продавцю (виготовнику, виконавцю) вимоги, передбачені статтею 17 цього Закону, а також вимагати відшкодування збитків, завданіх природним об'єктам, що перебувають у його володінні на правах власності або на інших підставах, передбачених законом чи договором.

5. Збитки, завдані споживачеві товарами (роботами, послугами), придбаними в результаті недобросовісної реклами, підлягають відшкодуванню винною особою у повному обсязі.

6. Під час розгляду вимог споживача про відшкодування збитків, завданіх недостовірною або неповною інформацією про товари (роботи, послуги) чи недобросовісною реклами, необхідно виходити з припущення, що у споживача немає спеціальних

знань про властивості та характеристики товарів "робіт, послуг), які він придбаває.

7. Держава створює умови для набуття споживачами потрібних знань з питань реалізації їх прав.

Стаття 19. Права споживача у сфері торговельного та інших видів обслуговування

1. За всіма громадянами однаковою мірою визнається право на задоволення їх потреб у сфері торговельного та інших видів обслуговування. Встановлення будь-яких переваг, прямих або непрямих обмежень прав споживачів не допускається, крім випадків, передбачених законодавчими актами.

2. Споживач має право на вільний вибір товарів і послуг у зручний для нього час з урахуванням режиму роботи продавця (виконавця).

Продавець (виконавець) зобов'язаний всіляко сприяти споживачеві у вільному виборі товарів і послуг.

Забороняється примушувати споживача придбати товари і послуги неналежної якості або непотрібного йому асортименту.

3. Продавець (виконавець) зобов'язаний надати споживачеві достовірну і доступну інформацію про найменування, належність та режим роботи свого підприємства.

4. Споживач має право на перевірку якості, комплектності, міри, ваги та ціни товарів, що придбаються, демонстрацію безпечного та правильного їх використання. На вимогу споживача продавець зобов'язаний у цих випадках надати йому контролювані прилади, документи про ціну товарів. В тому разі, коли під час гарантійного терміну необхідно визначити причини втрати якості товару, продавець зобов'язаний у тридennий з дня одержання письмової заяви від споживача термін направити цей товар на експертизу. Експертиза провадиться за рахунок продавця.

5. При порушенні прав споживача на підприємствах сфери торговельного та інших видів обслуговування продавець (виконавець) і працівники цих підприємств несуть відповідальність, встановлену законодавством.

Стаття 20. Право споживача на обмін товару належної якості

1. Споживач має право обмінати непродовольчий товар належної якості на аналогічний у продавця, у якого він був придбаний, якщо товар не підійшов за формою, габаритами, фасоном, кольором, розміром або з інших причин не може бути ним використаний за призначенням.

Споживач має право на обмін товару належної якості протягом 14 днів, не враховуючи дня купівлі.

Обмін товару належної якості провадиться, якщо він не споживався і якщо збережено його товарний вигляд, споживчі властивості, пломби, ярлики, а також товарний чи касовий чек або інші документи, видані споживачеві разом з проданим товаром.

Перелік товарів, що не підлягають обміну (поверненню) на підставах, зазначених у цій статті, затверджується Кабінетом Міністрів України.

2. Якщо на момент обміну аналогічного товару немає у продажу, споживач має право або придбати будь-які інші товари з наявного асортименту з відповідним перерахуванням вартості, або одержати назад гроші у розмірі вартості повернутого товару, або здійснити обмін товару на аналогічний при першому ж надходженні відповідного товару в продаж. Продавець зобов'язаний у день надходження товару в продаж повідомити про це споживача, який вимагає обміну товару.

Стаття 21. Недійсність умов договорів, що обмежують права споживача

Умови договору, що обмежують права споживача порівняно з правами, встановленими законодавством, визнаються недійсними. Якщо в результаті застосування умов договору, що обмежують права споживача, споживачеві завдано збитків, то вони повинні бути відшкодовані винною особою у повному обсязі.

Споживач має право на відшкодування збитків, завданих йому виготовником (виконавцем, продавцем) у зв'язку з використанням останнім переваг свого становища у виробничій чи торговельній діяльності.

Стаття 22. Правила торговельного, побутового та інших видів обслуговування

Правила торговельного, побутового та інших видів обслуговування (виконання робіт, надання послуг) затверджуються Кабінетом Міністрів України. Зазначені правила не можуть суперечити законодавчим актам України.

Стаття 23. Відповідальність за порушення законодавства про захист прав споживачів

У разі порушення законодавства про захист прав споживачів господарюючими суб'єктами сфери торгівлі, громадського харчування і послуг, в тому числі громадян-підприємці несуть відповідальність за:

— відмову споживачу в реалізації його права, встановленого пунктом 1 статті 14 — у десятикратному розмірі вартості цього товару;

— випуск, реалізацію товарів, виконання робіт, надання послуг, що не відповідають вимогам нормативних документів, — у розмірі 25 відсотків вартості реалізованих товарів, виконаних робіт, наданих послуг;

— реалізацію товарів, виконання робіт, надання послуг, які підлягають, але не пройшли обов'язкової сертифікації, — у розмірі 25 відсотків вартості реалізованих товарів, виконаних робіт, наданих послуг;

— реалізацію на території України імпортних продовольчих і непродовольчих товарів, які не відповідають вимогам нормативних документів, що діють в Україні, стосовно безпеки для життя, здоров'я і майна споживачів і навколошнього природного середовища — у розмірі 50 відсотків вартості реалізованих товарів;

— реалізацію товарів, виконання робіт, надання послуг, заборонених до випуску та реалізації відповідними державними органами, — у розмірі 100 відсотків вартості реалізованих товарів, виконаних робіт, наданих послуг;

— реалізацію небезпечних товарів (отрути, отрутохімікати, вибухо- та вогненебезпечні речовини тощо) без належного попереджувального маркування, а також без інформації про правила та умови безпечної їх використання — у розмірі 50 відсотків вартості реалізованих товарів;

— відмову в наданні необхідної, доступної та достовірної інформації про товари, роботи, послуги — у розмірі 30 відсотків вартості товару, що пропонується споживачеві для придбання (виконання, надання);

— ухилення від перевірки якості товарів, виконуваних робіт, наданих послуг — у розмірі 100 відсотків реалізованих товарів, виконаних робіт, наданих послуг з моменту ухилення.

50 відсотків сум шрафів зираховуються до позабюджетних фондів органів місцевого самоврядування, 35 відсотків — до державного бюджету, а 15 відсотків відраховуються державним органам у справах захисту прав споживачів для створення матеріально-технічної та науково-дослідної бази.

Стаття 24. Судовий захист прав споживачів

Захист прав споживачів, передбачений законодавством, здійснюється судом.

При задоволенні вимог споживача суд одночасно вирішує питання щодо відшкодування моральної (немайнової) шкоди.

Споживачі за своїм вибором пред'являють позови до суду за місцем свого проживання або за місцезнаходженням відповідача, за місцем заподіяння шкоди або за місцем виконання договору.

Споживачі звільняються від сплати державного мита за позовами, що пов'язані з порушенням їх прав.

РОЗДІЛ III. ГРОМАДСЬКІ ОРГАНІЗАЦІЇ СПОЖИВАЧІВ (ОБ'ЄДНАННЯ СПОЖИВАЧІВ)

Стаття 25. Громадські організації споживачів (об'єднань споживачів)

З метою захисту своїх законних прав та інтересів громадяни мають право об'єднуватися на добровільній основі у громадські організації споживачів (об'єднання споживачів).

Об'єднання споживачів є громадськими організаціями, що здійснюють свою діяльність відповідно до Закону України «Про об'єднання громадян».

Держава підтримує діяльність об'єднань споживачів.

Стаття 26. Права громадських організацій споживачів (об'єднань споживачів)

Об'єднання споживачів мають право:

— вивчати споживчі властивості продукції, попит на неї, проводити опитування населення для виявлення громадської думки про якість товарів, що випускаються і реалізуються, та ціни на неї;

проводити експертизу та випробування товарів (робіт, послуг);
одержувати від органів державної влади і управління, органів місцевого самоврядування інформацію, необхідну для реалізації своїх цілей і завдань;
сприяти державним органам у здійсненні контролю за якістю товарів (робіт, послуг), торговельного та інших видів обслуговування;
організовувати юридичну і консультаційну допомогу споживачам відповідно до законодавства;
вносити пропозиції щодо розробки нормативних документів, що встановлюють вимоги до якості товарів (робіт, послуг);
вносити в органи державного управління і господарюючим суб'єктам пропозиції про заходи щодо підвищення якості товарів (робіт, послуг), про тимчасове зупинення випуску та реалізації товарів (робіт, послуг), які не відповідають встановленим вимогам щодо якості, про припинення виробництва, вилучення з реалізації та продажу товарів (робіт, послуг), що становлять небезпеку для життя, здоров'я та майна громадян або завдають шкоди навколошньому природному середовищу, а також про скасування цін, встановлених з порушенням чинного законодавства;

вертатися з позовом до суду про визнання дій продавця, виготовника (підприємств, що виконують їх функції), виконавця протиправними щодо невизначеного кола споживачів і причинення цих дій.

При задоволенні такого позову суд зобов'язує порушника довести рішенням суду у встановлений ним строк через засоби масової інформації або іншим способом до відома споживачів.

Рішення суду, що набрало законної сили, про визнання дій продавця, виготовника (підприємств, що виконують їх функції), виконавця протиправними щодо невизначеного кола споживачів, є обов'язковим для суду, що розглядає позов споживача щодо цивільно-правових наслідків його дій з питань, чи мали відповідно до законодавства захищати в судовому порядку права споживачів, які не є членами громадських організацій споживачів (об'єднань споживачів);

вертатися до правоохранних органів та органів державного управління про притягнення до відповідальності осіб, винних у випуску та реалізації неякісних товарів (робіт, послуг);
інформувати громадськість про права споживачів;
сприяти розвитку міжнародного співробітництва у галузі захисту прав та інтересів споживачів»

Президент України Л. КРАВЧУК

м. Київ, 15 грудня 1993 року

Свідоцтво про реєстрацію КВ № 1004 від 17 жовтня 1994 р.

З а с н о в н и к и: Міністерство охорони здоров'я України, Українська фармацевтична академія, Державний науковий центр лікарських засобів, об'єднання «Укрфармація», Державний комітет з медичної та мікробіологічної промисловості.

Розрахунковий рахунок журналу: Видавництво «Здоров'я», р/р 363501 в УСБ Печерського р-ну м. Києва, МФО 322090. Код банку 252001.

Валютний р/р в доларах США 001070893 в УСБ Печерського р-ну м. Києва, МФО 323090. Для покриття витрат по виданню «Фармацевтичного журналу» і журналу «Ліки». 252054, Київ-54, вул. Чкалова, 65.

Фармацевтичний журнал № 1, січень — лютий, 1995. Двомісячний науково-практичний журнал. Заснований у 1928 р. Головний редактор О. І. Абрамова.

Редактор відділу Т. К. Семенюк. Коректор В. С. Дубок

Здано до набору 22.12.94. Підписано до друку 22.02.95. Формат 70×108/16. Папір друк. № 2. Вис. друк. Ум.-друк. арк. 11,2. Обл.-вид. арк. 13,71. Тираж 2700 пр. Зам. 4-967.

Адреса редакції: 252032, Київ, вул. Комінтерну, 16. Тел. 244-28-92. Київська книжкова друкарня наукової книги. 252030, Київ, вул. Богдана Хмельницького, 19.