

ТЕМА НОМЕРА



КОНКУРЕНЦИЯ ВНЕ УВАЖЕНИЯ

Сегодня говорят, что отечественный аптечный рынок переходит в новую эпоху. Эпоху конкурентной борьбы, которой он еще не знал. Прогнозы не самые оптимистичные: единичная аптека сохранит за собой лишь 5% фармацевтической розницы

АНОНС



ДИСТРИБУЦИЯ ИЛИ ЛОГИСТИКА? СПОР ПРОДОЛЖАЕТСЯ...

Ситуация на фармацевтическом рынке меняется. А с ней и формы поставок лекарственных средств.



ПАЦИЕНТ НА БАЗАРЕ: КАК СЕБЯ ЧУВСТВУЕТЕ, ПОТРЕБИТЕЛЬ?

Медицина – рынок. Заболевший человек – клиент. Фармацевтическая помощь – роскошь. Мы давно уже привыкли к этим реалиям.

ТЕМА НОМЕРА

	КОНКУРЕНЦИЯ ВНЕ УВАЖЕНИЯ	3
---	--------------------------	---

АПТЕКА

	МАЛО АПТЕК В КАПОТНЕ, А КРУГЛОСУТОЧНАЯ В КОТЕЛЬНИКАХ ОДНА	19
---	---	----

	КАК УПРАВЛЯТЬ АССОРТИМЕНТОМ?	29
---	------------------------------	----

	ХРАНЕНИЕ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ В АПТЕКЕ	32
--	--	----

	АНТИКОАГУЛЯНТЫ НЕПРЯМОГО ДЕЙСТВИЯ	38
---	-----------------------------------	----

	ПРЕПАРАТЫ ВЫБОРА ПРИ СКЕЛЕТНО-МЫШЕЧНОЙ БОЛИ	41
---	---	----

	ВОПРОС – ОТВЕТ СПЕЦИАЛИСТОВ	44
---	-----------------------------	----

	ЦИТОХРОМ С В МЕТАБОЛИЧЕСКОЙ ЗАЩИТЕ КАРДИОМИОЦИТОВ	46
---	---	----

ФАРМРЫНОК

	ПРОЕКТ МАРКИРОВКИ ЛС – МАСШТАБНЫЙ И СОЦИАЛЬНО ЗНАЧИМЫЙ	50
---	--	----

	«ЗДРАВООХРАНЕНИЕ В РОССИИ ВСЕ БОЛЬШЕ АВТОМАТИЗИРУЕТСЯ»	53
---	--	----

	ДИСТРИБУЦИЯ ИЛИ ЛОГИСТИКА? СПОР ПРОДОЛЖАЕТСЯ...	56
---	---	----

	ЛЕКАРСТВЕННЫЕ СРЕДСТВА, ПРИМЕНЯЕМЫЕ ПРИ КИШЕЧНЫХ ГЕЛЬМИНТОЗАХ	60
---	---	----

	XXI ВЕК: НОВАЯ ФАРМАЦЕВТИЧЕСКАЯ РЕАЛЬНОСТЬ	63
--	--	----

ЗДРАВООХРАНЕНИЕ

	ПАЦИЕНТ НА БАЗАРЕ: КАК СЕБЯ ЧУВСТВУЕТЕ, ПОТРЕБИТЕЛЬ?	67
--	--	----

	КОГДА «СЕЛЬСКИЙ ФЕЛЬДШЕР» ВАЖНЕЕ КОМПЬЮТЕРА	73
--	---	----

	БОЛЕЗЬ БЕХТЕРЕВА: ОТ ДИАГНОЗА ДО ЛЕЧЕНИЯ	76
--	--	----

	И ПРИ ЛЕГКОМ ТЕЧЕНИИ ЗАБОЛЕВАНИЯ НЕОБХОДИМО ЛЕЧЕНИЕ	80
--	---	----

ВАШЕ ЗДОРОВЬЕ

	МЫ ЛЮДИ ЛИШЬ НА 10%	84
--	---------------------	----

	ЗГТ ИЛИ ФИТОЭСТРОГЕНЫ: ЧТО ВЫБРАТЬ	88
--	------------------------------------	----

СПЕЦМЕРОПРИЯТИЯ

	СПЕЦИАЛИЗИРОВАННЫЕ МЕРОПРИЯТИЯ В 2017 г.	93
--	--	----



КОНКУРЕНЦИЯ ВНЕ УВАЖЕНИЯ

Сегодня говорят, что отечественный аптечный рынок переходит в новую эпоху. Эпоху конкурентной борьбы, которой он еще не знал. Прогнозы не самые оптимистичные: единичная аптека сохранит за собой лишь 5% фармацевтической розницы, со временем и их не останется. Рынок станет сетевым и исчезнут социальные функции аптеки, такие как льготный отпуск или экстенпоральное производство. Фармрынок становится неэтичным и непрозрачным, а конкуренция на нем не вызывает уважения.

В рамках рынка аптечная розница всегда конкурировала между собой, приводя к консолидации и укрупнению игроков. Одни при слиянии и поглощении увеличивали капитализацию своего бизнеса, другие объединяли одиночные аптеки и малые сети, предлагая инструменты для их выживания.

Но сейчас некоторые крупные игроки аптечного сегмента считают, что фармация исчерпала свой потенциал роста. Рasti путем открытия новых торговых точек уже некуда, как и снижать цены, несмотря на маркетинговое сотрудничество с фармацевтическими производителями. А если ни экстенсивный рост, ни стратегия дискаунтера невозможны, значит, аптеки ждет «настоящая конкуренция». Та, которой ни потребитель, ни бизнес еще не видели.

Кроме собственных бизнес-интересов жесткой аптечной конкуренции фармация «обязана» и политике государства, сталкивающего аптеки в борьбе за место «под солнцем». По мнению чиновников от здравоохранения, соперничество в аптечной рознице во благо пациента, который получит качественные и разнообразные услуги, понизятся цены на лекарства.

Эксперты считают, что конкуренция в ближайшие годы будет развиваться по самому жесткому сценарию. *«Доля сетевых аптек в целом приближается к своему максимуму (около 95%), поэтому в ближайшие годы мы станем свидетелями реальной конкуренции между аптечными сетями, которая может привести в т.ч. и к уменьшению количества аптечных учреждений»*, – пояснил МА **Гарик**

Тадевосян, председатель оргкомитета международной фармацевтической премии «Зеленый Крест».

Теме аптечной борьбы за место под солнцем в 2017 г. уже был посвящен наш январский номер. Однако стремительный рывок в развитии, который лекарственный рынок сделал менее чем за шесть месяцев, заставляет вновь к ней вернуться.

ПРОДУКТОВО-ФАРМАЦЕВТИЧЕСКИЙ РИТЕЙЛ

В системе здравоохранения аптеке так и не нашлось места – лекарственная помощь оторвана от медицинской, хотя неотъемлема от лечебного процесса. Аптека считается организацией торговли, которая привнесла свои методы в аптечную розницу.

Сегодня по аптечной рознице стремительно шагает продуктовый ритейл. В июне с.г. открываются первые аптеки крупнейшей сети супермаркетов «Магнит», которые составят серьезнейшую конкуренцию представителям фармацевтической розницы.

А в тот же день, когда Совет Федерации подтвердил намерение Государственной Думы освободить государственные и муниципальные аптеки от губительного для них действия 44-ФЗ, в Санкт-Петербурге открылась трехсотая аптека аптечной сети «Мега Фарм» в России. Для Северной столицы она стала пятидесятой, а до конца года аптечных киосков станет 100. К началу 2018 г. их число составит уже 850.

Напомним, что партнерский проект группы компаний-ритейлеров (известной рядом продуктовых супермаркетов) и акционеров аптечной сети стартовал в конце сентября 2016 г. Срок невелик, но первые шаги уже более чем решительны. На сегодня «все идет по плану»: триста аптек за полгода с небольшим – результат внушительный. В особенности на старте. К концу 2020 г. «Мега Фарм» должна открыть уже не триста, а три тысячи триста аптечных пунктов. Все они разместятся в продуктовых супермаркетах.

Эксперты Темы нашего июньского номера надеются, что с развитием аптечных сетей, в которые инвестирует продуктовый ритейл, останется в прошлом сама идея о лекарствах в магазинах. Неспециализированная розница даст фармации то, что ей нужно сегодня, – инвестиции без необходимости заключать маркетинговые договора с производителями, удобное местоположение по пути закупок, большие потоки посетителей. И одновременно с этим оставит специализированную деятельность специалистам.

Однако новое веяние – симбиоз продуктового ритейла (кстати, одним из основных акционеров этой группы компаний является крупный российский банк) и фармацевтической розницы – может стать тем самым лекарством от простуды, побочные эффекты которого значительно серьезнее самого заболевания.

Начнем с очевидного: перед нами аптечный дискаунтер в его неизменном виде – низкие цены, возможные благодаря широкому охвату, известному бренду и внушительным инвестициям. Очередной инструмент передела рынка в пользу крупнейших, сильнейших и располагающих обширным ассортиментом маркетинговых образов.

Кроме того, даже если предположить, что все 3300 аптек «продуктивно-фармацевтического» ритейлера будут укомплектованы провизорами и фармацевтами, покупатель все равно получит недвусмысленное послание: медикаменты и еда – одно и то же, они равны и равноценны... Трехсотая аптека, о которой шла речь выше, открылась не в той части торгового центра, где мы обычно ищем вывеску с зеленым крестом. А в прикассовой зоне продуктового дискаунтера.

НАП – ТРУДНОСТИ ПЕРЕВОДА

Вступивший в силу в марте с.г. приказ Минздрава России о Надлежащей аптечной практике также сократит число незначительных игроков, поскольку многие из них не смогут выполнить новые правила реализации лекарств. И речь не только о пресловутых 50 сантиметрах и неожиданно ставших

необходимыми аптеке расходов на покупку различных СОП и юридическое сопровождение ведения многочисленных журналов (чтобы назвать их в Приказе, понадобились почти все буквы алфавита). Проблему под названием «соблюдение СОП каждый понимает по-своему» действительно можно преодолеть без особых сложностей лишь при наличии солидного юротдела. Есть и другие «мелочи» – зона для консультирования, уже упомянутые требования по установке оборудования, характеристики площади склада и др.

ТОРГОВЛЮ – В ФАРМАЦИЮ, ФАРМАЦИЮ – В ДЕВЯНОСТЫЕ

На сегодня фармация оказалась выключенной из системы здравоохранения, констатировал наш эксперт **Дмитрий Целоусов**, исполнительный директор Ассоциации аптечных учреждений «СоюзФарма». Кроме того, из неспециализированного ритейла в аптеку пришло все то худшее, что есть в торговле, – маркетинговые ходы, которые и в магазине не вызовут уважения, за первым столом перечеркнут имидж профессии фармацевта. Как было сказано в рекламе девяностых – новая реальность?

Небольшие коммерческие аптеки активно объединяются в маркетинговые союзы – это тоже разрешенный законом способ выжить и сохранить не только место под солнцем, но и социальную функцию. Есть мнение, что вступление в ассоциацию – уже недостаточно эффективный способ борьбы за жизнь. Он поможет аптечной организации лишь подольше продержаться, поэтому профессиональным фармацевтическим ассоциациям стоит срочно пересмотреть подходы к своей деятельности.

Когда профессиональное сообщество и законодатель действуют активно, исправить можно очень многое. В нынешней ситуации, которую уже привыкли считать естественной и неконтролируемой, могли быть разные сценарии развития. Еще в начале года эксперты предупреждали: документ о надлежащей

аптечной практике, вступающий в силу первого марта, не содержит положений, так или иначе переводящих конкуренцию в лекарственной рознице в статус этичной. Такой, которую можно было бы уважать.

В результате фармацевтический рынок без всякой машины времени перенесся в... девяностые. Процент аптечных сетей вот-вот дойдет до своего максимума – отметки в 95 из 100. А это значит, что конкуренция будет происходить по законам Дарвина. Впрочем, зачем говорить в будущем времени? Уже сейчас на рынке не осталось почти ни одного дистрибутора, который не имел бы собственную аптечную компанию.

Условия работы поставщика со «своей» и «чужой» фармацевтической розницей иногда значительно различаются. Неравенство среди аптек укрепляют и фармацевтические производители. Как признался один из наших экспертов, одиночной аптеке получить скидку от фармацевтической компании невозможно, а вот сеть из 20–50 точек получит уже более выгодное ценовое предложение. Крупным сетям – особые условия поставок.

Предоставить фармации развиваться естественным путем, надеясь, что законы рынка все преодолеют? Но что-то наш рынок все больше становится похожим на базар.

Эксперты Темы признаются, что саморегуляция фармацевтического рынка не удалась.

«Сам рынок не готов в полном своем масштабе к правильному использованию практик саморегулирования, да и опыт действующих СРО не демонстрирует примера для подражания», – считает **Нелли Игнатьева**, исполнительный директор Российской ассоциации аптечных сетей.

С традиционным предметом деятельности аптечной розницы – лекарствами и другими аптечными товарами, конкурируют маркетинговые услуги сетей. Сейчас спрос производителей на маркетинговые услуги аптечных сетей значительно превышает предложение. Появились даже категории препаратов, в которых контрактом между розницей и производством связан каждый первый. Фактически фармацевтическая промышленность

сегодня платит аптечной сети не за продвижение, а за место на полке. Вероятно, поэтому ряд компаний, неоднократно высказывавших свое экспертное мнение на страницах нашего издания, в этот раз предпочел от комментариев воздержаться.

Однако отметим, что у многих производителей предпочтений в сфере аптечной розницы нет. Выбор фармацевтической организации они часто поручают дистрибутору. А у него в подавляющем большинстве случаев уже есть собственная аптечная сеть.

Круг замкнулся. Сложившееся неравенство становится гарантией неравенства будущего. *«Аптечные организации всегда будут находиться в конкуренции между собой. Главное,*

чтобы конкуренция была этичной, прозрачной и вызывала уважение, а не превращалась в демпингование», – подводит итог Нелли Игнатьева. Мечта аптечной розницы, еще в 1998 г. надеявшейся, что стандарт Надлежащей практики сделает конкуренцию добросовестной, видимо, останется таковой.

Рынок – рынком, но только решительные шаги регулятора способны претворить идею этичной конкуренции в жизнь. Авторы вывесок «Аптека экстремально низких цен» и тому подобных со временем понесут предусмотренную законом ответственность. Быть может, неравные правила игры тоже должны стать предметом ответственности, а не сожалений и дискуссий?

КОНКУРЕНЦИЯ СЕТЕЙ УМЕНЬШИТ КОЛИЧЕСТВО АПТЕК

Тадевосян Гарик

Председатель организационного комитета Международной фармацевтической премии «Зеленый крест»



В отличие от большинства стран Европы, где ставку сделали на развитие малого бизнеса и несетевых аптек, Россия пошла по обратному пути – созданию крупных компаний в розничном сегменте. Последние годы мы могли наблюдать, как последовательно развивается данная тенденция.

Аптечные сети прирастали именно за счет несетевой розницы. При этом если ранее наиболее активную роль играли региональные аптечные сети, то последние несколько лет основной рост пришелся на крупные аптечные сети – межрегиональные и федеральные.

На данный момент доля сетевых аптек выросла практически до 90% и близка к своей верхней планке. А это значит, что мы вступаем в интересную фазу прямой конкуренции между аптечными сетями. Дальнейшая консолидация возможна за счет поглощений и слияний, а также консолидации средних и небольших аптечных сетей в объединения.

Останутся ли на рынке одиночные аптеки? Конечно, да. Но их доля на рынке, скорее всего, не превысит 5%.

Спасет ли данные аптеки от банкротства интеграция в маркетинговые объединения? Без изменения подходов к работе и ассортиментной политики вхождение в объединения и ассоциации только отсрочит гибель одиночных аптек. Единственный шанс – жесткие маркетинговые объединения с единой маркетинговой и ассортиментной политикой, программным обеспечением и альтернативными каналами логистики. По сути, оптимальным является вариант франшизы.

Еще несколько лет назад региональные аптечные сети имели преимущество по сравнению как с одиночными аптеками, так и с крупными сетями – они были достаточно гибкими для быстрой адаптации к потребностям населения и ситуации на рынке, при этом достаточно крупными, чтобы быть интересными производителям и привлекать дополнительные маркетинговые бюджеты.

Сейчас же крупные аптечные сети получают значительное преимущество по сравнению с другими сетями:

- они могут получить лучшие условия по маркетинговым договорам с производителями;
- наличие собственного логистического центра или аффилированного дистрибутора позволяет обеспечить заключение прямых договоров поставки и договоров УСТМ;
- возможно обеспечить сегментацию сети в соответствии с потребностями различных категорий – несколько брендов аптек, дифференциация по ценовой политике (дискаунтер, средний сегмент, премиум-класс), по формату выкладки (открытый, закрытый, смешанный).

Думаю, консолидация аптечного рынка продолжится, в основном за счет дальнейших поглощений и слияний. TOP-20 аптечных сетей будут занимать все большую долю рынка. При этом доля сетевых аптек в целом приближается к своему максимуму (около 95%), поэтому в ближайшие годы мы станем свидетелями реальной конкуренции между аптечными сетями, которая может привести в т.ч. и к уменьшению количества аптечных учреждений.

Рентабельность аптек зависит от многих факторов. Среди них расположение, ассортимент, ценовая политика, качество

подготовки персонала, качество продукции, скорость и качество обслуживания, формат выкладки, программа лояльности и др. Говорить о приоритете того или иного фактора и их вкладе в итоговую рентабельность и имидж аптеки очень трудно. Каждый человек выбирает аптеку, исходя из своих личных соображений.

В целом могу сказать, что лояльность к аптечному бренду и конкретной аптеке у большинства населения достаточно низкая. В условиях избытка предложения покупатель готов безболезненно для себя сменить аптеку и сделать покупку с учетом собственных предпочтений. А это значит, что аптеки и аптечные сети не должны расслабляться и должны постоянно поддерживать высокое качество работы и предлагать широкий спектр важных для покупателя услуг.

Высокая конкуренция на фармацевтическом рынке приводит к тому, что многие аптечные сети работают на уровне самокупаемости и даже ниже. В данных условиях бюджеты, получаемые от производителей в рамках договоров, являются основным источником дохода аптечной сети.

С учетом текущей экономической ситуации в России, низкой покупательской способностью населения, продолжающимся ростом конкуренции среди аптечных сетей, роль производителей будет расти.

С другой стороны, и производители нуждаются в аптечных сетях. Аптеки являются точками продаж, и здесь принимается окончательное решение о покупке, а работники аптек имеют большое влияние на это решение и выбор. В структуре расходов фармацевтической компании аптеки являются одним из каналов продвижения, наряду с врачами и конечными потребителями. Но без качественной работы с аптеками эффективная коммуникация с врачами и потребителями просто невозможна.

Спрос со стороны фармацевтических компаний превышает предложение аптечных сетей, а это значит, что будет расти стоимость этих услуг, оказываемых аптечными сетями.

Более того, в сегменте безрецептурных препаратов часто можно наблюдать ситуацию, когда аптечной сетью законтрактованы практически все бренды внутри той или иной категории, а это значит, что возможности роста продаж за счет других брендов в категории затруднены. Интересно, что производители знают об этом и осознанно идут на подписание договоров. По сути, акценты в данном случае смещены, и производитель платит не за гарантию роста, а за присутствие в аптеке и на полке.

Необходимость наличия собственного логистического подразделения у аптечной сети – вопрос исключительно финансовый. Построение подобной структуры с нуля требует значительных затрат – финансовых, временных, организационных и технических. Это по силе только крупным аптечным сетям, основная часть аптек которых сконцентрирована в одном определенном регионе. Во всех остальных случаях работа с дистрибуторами является более предпочтительной.

Еще одним плюсом наличия собственного центрального склада является возможность заключения прямых контрактов с производителями, включая договоры по так называемым условным СТМ.

Известны сети, которые комбинируют эти два подхода, – собственный центр логистики в основном регионе присутствия и услуги других дистрибуторов в остальных регионах.

Другое дело, если в составе холдинга, в который входит аптечная сеть, имеется и компания-дистрибутор. В данном случае взаимодействие этих двух направлений, оптового и розничного, считаю не просто возможным, но и необходимым. Аптечная сеть может обеспечить гарантированный рынок сбыта продукции дистрибутора, стимулировать заключение договоров с производителями, а наличие подобного дистрибутора позволяет обеспечить заключение практически всех форматов договоров с фармацевтическими компаниями.

Важность наличия собственного канала сбыта объясняет тот факт, что на рынке

практически не осталось дистрибуторских компаний без собственной аптечной сети.

И еще один аргумент. Стоимость закупки препаратов и период отсрочки (товарный кредит) являются очень важными аспектами работы аптек. Не исключено, что будет осуществляться дифференцированный подход дистрибуторов к своей аптечной сети, другим сетям и к несетевым аптекам, что может привести к снижению количества одиночных аптек и дальнейшей консолидации рынка вокруг крупных аптечных сетей.

Что касается фармацевтических начинающих продуктового ритейла... Один из основных факторов эффективной работы аптеки – это ее расположение, которое может обеспечить высокий уровень трафика. Супермаркеты и гипермаркеты являются как раз такими точками с высокой проходимостью,

которые могут обеспечить нужный товарооборот для аптек, расположенных внутри данного помещения. Более того, существует определенный аддитивный эффект, и аптека рядом с магазином может привлечь новых покупателей в магазин.

Очень важно, чтобы целевая аудитория и ценовое позиционирование супермаркета и аптеки совпадали. Именно поэтому аптечные сети, сотрудничающие с ритейлерами, имеют несколько брендов (например, «А-Мега» и «Да здоров»).

Еще одним важным плюсом подобного сотрудничества аптеки и ритейлера является снижение интереса и лоббирования проекта по возможности продажи безрецептурных препаратов магазинами розничной торговли. Все-таки продажа лекарственных препаратов – прерогатива именно аптек.

КОНКУРЕНЦИЯ ЕСТЬ ВСЕГДА, НО ОНА ДОЛЖНА ВЫЗЫВАТЬ УВАЖЕНИЕ

Игнатьева Нелли

Исполнительный директор РААС



На рынке фармацевтической розницы продолжается и продолжится консолидация. Цель одних при сделках слияния и поглощения – увеличение капитализации своего бизнеса, цель других – предложение инструментов для конкурентного преимущества одиночных аптек.

Если и отмечается смена расстановки сил определенных трендов, то в целом картина ориентирована на консолидацию участников розницы. При этом розничный рынок демонстрирует спрос, который формируется деятельностью всего рынка, как фармацевтического, так и макроэкономики в целом.

Аптечные организации всегда будут находиться в конкуренции между собой. Главное, чтобы конкуренция была этичной, прозрачной и вызывала уважение, а не превращалась в демпингование.

«Дискаунтер» на розничном фармацевтическом рынке, по факту, маркетинговый термин. Классическим розничным «дискаунтером» аптека в принципе не сможет быть никогда. «Дискаунтер» – это розничная точка с узким ассортиментом товаров, с самыми низкими ценами на рынке и узким набором услуг. Для начала термин «дискаунтер» был «подарен» аптекам с более низкими ценами средствами массовой информации. Далее с 2013 г. налоговая нагрузка аптечных организаций возросла более чем в два раза, началась борьба за выживание в

форме «ценовых войн», затем последовала эпоха «крейзи-дискаунтеров» с вывесками до анекдотичного – «Аптека экстремально низких цен». В настоящий момент демонстрация «необъяснимо низких цен» скорее имеет место быть, но все-таки только на определенных позициях, а не на весь ассортимент. Таким образом, происходит негласное разделение трафика между аптечными организациями.

Равно как и аптеки «премиум-класса», они скорее ориентированы на профилактический нелекарственный ассортимент и сервис, но никак не на эксклюзивность ассортимента, которое обеспечивают магазины премиум-класса в одежде и др.

Есть ли будущее у аптечных сетей, которые начинают развивать продуктовая розница? Вопрос скорее в другом: какое это будущее? Будущее есть всегда, поменяются его участники.

Институт саморегулируемых организаций в России не развит настолько, чтобы его рассматривали как инструмент, влияющий на преобразование рынка и какой-либо «помощи» в его развитии. Однако и сам рынок не готов в полном своем масштабе к правильному использованию практик саморегулирования, да и опыт действующих СРО не демонстрирует пример для подражания.

Профессиональные ассоциации и маркетинговые союзы – это всего лишь инструменты конкурентных преимуществ для одиночных аптек и небольших сетей при умелом его использовании менеджерами этих организаций.

Не количество аптек в сети определяет успех! Главными в успехе всегда будут менеджмент и его команда, которые обеспечивают нужным ассортиментом – по доступным ценам и гарантированного качества – каждую отдельную аптечную организацию.

ЗАКОНЫ ТОРГОВЛИ ПРИНЕСЛИ В АПТЕКИ ХУДШЕЕ, ЧТО ЕСТЬ НА РЫНКЕ

Целоусов Дмитрий

Исполнительный директор Ассоциации аптечных учреждений «СоюзФарма»



Вот уже несколько лет на российском аптечном рынке можно наблюдать ситуацию сокращения количества единичных аптечных организаций. Причин тому несколько. Это и изменение роли и места аптек в системе здравоохранения, произошедшее после перехода страны в рыночную экономику, и государственная политика в области конкуренции, и ужесточение конкурентной борьбы с сетевыми структурами, и пришедшие в фармацевтическую отрасль инструменты, и схемы работы ритейла.

Каждый из факторов влияния можно было бы кратко охарактеризовать следующим образом: на сегодняшний день аптечные организации в системе здравоохранения не занимают, к сожалению, никакого места... Они оказались вне системы, тем самым нарушилась связь между лечебным процессом и лекарственным обеспечением, составляющим, кстати, его большую часть. Из этого следует, что никакие нормы и меры государственной поддержки на аптечные организации не распространяются, независимо от тех функций, которые они берут на себя (обеспечение сильнодействующими и наркотическими средствами, льготных

категорий граждан, профилактика заболеваний и др.).

Отдельного рассмотрения заслуживает политика государства в области конкуренции – идет осознанное сталкивание субъектов в борьбе за место «под солнцем», уверяя, что методика соперничества пойдет пациентам только на пользу; станут более разнообразными и качественными услуги, понизятся цены на лекарственные препараты... На практике же все складывается иначе. В конкурентной борьбе между участниками розничного рынка пациент далеко не всегда получает лучшего из лучших, поскольку, как бы хорошо аптека ни оказывала услуги (к примеру, по фармконсультированию), есть еще вопрос стоимости лекарственного препарата. И здесь единичной аптеке сложно конкурировать по цене с сетевыми структурами, которые могут получать более низкую цену на аптечный ассортимент, заключая прямые контракты с поставщиками (и даже производителями), выбирая большой объем, либо заключив маркетинговое соглашение.

Здесь считаю важным отметить, что до определенного момента мы наблюдали и воспринимали фармацевтический рынок как высокоэтичный, прозрачный, понятный,

ведь лекарственные препараты – это не тот товар, который можно и нужно предлагать каждому обратившемуся в аптеку. Однако по истечении времени мы на практике увидели, как законы торговли пришли в аптечную розницу, отчасти привнеся то худшее, что есть на рынке, – в виде объемных соглашений с производителями, некоторого «навязывания» лекарственных средств покупателям в погоне за увеличением «среднего чека», не всегда уместного комплексного предложения.

Я надеюсь, что нам не сразу, но удастся в обозримые временные рамки уйти от рыночной «вакханалии», сделать конкуренцию цивилизованной и добиться признания аптек полноценными участниками системы здравоохранения.

Именно в этом я вижу главную цель саморегулирования, которое поддержали члены нашей организации – ААУ «СоюзФарма». Мы воспринимаем саморегулирование как упорядоченную систему, позволяющую участникам сообщества не только строго придерживаться профессиональных стандартов, но и как «полигон» для апробации и внедрения лучших практик, которые позволят аптекам повысить эффективность их деятельности и качество оказываемых услуг.

БУДУЩЕЕ – ЗА СЕТЕВЫМИ КОМПАНИЯМИ

Иванова Настасья

Директор ООО «Интер-С Групп»



Последние годы мы видим четкую тенденцию по сокращению на розничном рынке количества единичных аптек и увеличение доли аптечных сетей. Это закономерный процесс, который будет продолжаться и впредь. Однако делать прогнозы, насколько меньше станет независимых аптек через два-три года, было бы

неправильно, т.к. на это влияет множество факторов.

Среди них, например, введение продаж безрецептурных препаратов в торговом ритейле и нововведения в законодательстве.

Уже в июне открываются первые аптеки крупнейшей сети супермаркетов «Магнит», которые составят серьезнейшую конкуренцию представителям фармацевтической розницы. Параллель можно провести с косметическим направлением этого ритейлера

– в 2009 г. был создан «Магнит Косметик», в 2014 г. он стал лидером по количеству магазинов, сейчас компания занимает первое место по выручке в формате *drogerie*. Предполагаем, что и в аптечном сегменте у этой корпорации дела пойдут не менее благополучно.

На наш взгляд, все проекты по открытию лидерами продуктовой розницы своих аптечных сетей при профессиональной организации дела будут успешными. И это несмотря на то, что в Минздраве по-прежнему считают, что в России чрезмерное количество аптек. Появление таких игроков станет дополнительным ударом по мелким аптекам, и мы будем встречаться со случаями закрытия мелких аптек и появления на их месте или поблизости новых сетевых, в т.ч. аптек сетей FMCG.

Приказ Минздрава России о Надлежащей аптечной практике, вступивший в силу 1 марта, также сократит число незначительных игроков, поскольку многие из них не смогут выполнить новые правила реализации лекарств. Среди них и зона для консультирования, и требования по установке оборудования и площади склада, и др. Шансы выжить у одиночной аптеки в нынешних условиях станут минимальными.

Однако ставить окончательный крест на малом бизнесе рано. Эксперты прекрасно знают сильные и слабые стороны сетевых и суверенных аптек. У последних это гибкая ценовая политика, низкие накладные расходы, персональный контроль качества

обслуживания посетителей, знание специфики потребительского поведения в конкретном месте продажи и точечная работа с ассортиментом. Эти возможности плюс удачное местоположение и узкая специализация сейчас являются, возможно, последними козырями малого аптечного бизнеса.

Преимущества у сетевого игрока, безусловно, больше, и они масштабнее. И главными являются более низкие входящие цены на лекарства вследствие получения от фармацевтических дистрибуторов особых условий и бонусов, возможности проведения совместных акций. Поставщик может предложить выгодные варианты товарного и денежного кредитования и т.д.

Также такие аптеки смогут использовать популярный, трендовый формат дискаунтера, которые в последние три года показывают высокие показатели роста. Аптечной сети проще получить кредит, автоматизировать процессы ценообразования и управления товарно-материальными запасами, пригласить на работу более профессиональных сотрудников.

Резюмируя, можно предположить, что в будущем сети доведут свою долю на рынке до 95–97%, а впоследствии крупные сетевые игроки вытеснят более мелких.

Ситуация, хорошо известная европейцу, где он практически в любом городе может найти популярные среди местного населения частные аптеки с многолетней историей и традициями. В нашей стране будущее – за сетевыми компаниями.

МАРКЕТИНГОВЫЕ СОЮЗЫ – БОЛЬШЕ ВОЗМОЖНОСТЕЙ

Коротков Евгений

Генеральный директор маркетингового союза «ПроАптека»



Для розничного сегмента фармацевтического рынка основным трендом последних лет стал рост концентрации. По данным аналитических компаний, в частности IMS Health, TOP-10 аптечных сетей и аптечных ассоциаций по итогам I кв. 2017 г. составила треть розничного рынка, что на 2% больше показателя за 2016 г.

Общее количество аптек десяти крупнейших сетей выросло на 45% по сравнению с I кв. 2016 г. Есть прогнозы, согласно которым концентрация аптечного рынка в течение ближайших 1–2 лет усилится: 15–20 аптечных сетей займут более половины всего рынка. Не вижу оснований сомневаться в подобных перспективах.

Торговая наценка в розничной сети все меньше влияет на бизнес, все более весомое значение приобретают программы лояльности, бонусы, а большой аптечной сети легче оказывать маркетинговые услуги и получать скидки от дистрибуторов. Более того, интерес продуктовых розничных сетей к открытию собственных аптек также несет риск для одиночных аптек и небольших сетей из-за нарастающей конкуренции. Уже сейчас следствием консолидации рынка и сокращения одиночных аптек в начале

2017 г. стало снижение числа открываемых розничных точек.

Какую роль сегодня играют маркетинговые союзы? Больше возможностей для активного развития получают крупные аптечные сети и объединения аптек. Вступая в маркетинговое объединение, небольшие аптечные сети и одиночные аптеки приобретают шанс воспользоваться выгодными ценовыми условиями и финансовой поддержкой. Сеть из 20–50 точек получит от производителя скидку 3%, в то время как объединение, к примеру, «ПроАптека», численность которой значительно превышает объем сети, – 5%. Одиночные аптеки вообще лишены такой возможности.

Маркетинговый союз «ПроАптека» создан крупнейшим дистрибутором страны – ЦВ «Протек», что также играет немалую роль в вопросах партнерства с производственными компаниями и урегулирования финансовых взаимоотношений. Маркетинговое объединение аптек часто обеспечивает своих участников программным обеспечением. «ПроАптека» предоставляет комплексную автоматизацию уровня федеральных аптечных сетей, делится передовыми технологиями по оптимизации ассортимента и повышению его доходности.

АССОЦИАЦИИ ПОМОГАЮТ АПТЕКЕ СОХРАНИТЬ СОЦИАЛЬНУЮ ФУНКЦИЮ

Гладкова Елена

**Генеральный директор ООО «Аптека 245»,
президент Самарской областной фармацевтической ассоциации**



Вытеснение аптечными сетями единичных аптек – это действительность, которую мы наблюдаем и в своем регионе. Мелкие сети и одиночные аптеки, чтобы выжить, вступают в союзы и ассоциации или подписывают договора франчайзинга.

И малые сети, и единичные аптеки при вступлении в ассоциации и союзы остаются самостоятельными организациями и имеют возможность сохранять и оказывать фармацевтические услуги, такие как:

- изготовление лекарственных препаратов по рецепту врача;
- отпуск наркотических средств и психотропных веществ списков II и III, препаратов, подлежащих предметно-количественному учету;
- участвовать в программе льготного лекарственного обеспечения.

От этой социально направленной деятельности обычно отказываются крупные, средние сети, аптеки премиум-класса и дискаунтеры. Из-за того, что аптеками в основном утеряна социальная функция, посетители все чаще ставят нас на одну ступень с

торговлей, называя первостольников продавцами.

Маркетинговые союзы, конечно же, дают и доступ малой розницы к бюджету производителей, который без участия в союзе или ассоциации они бы не имели. За счет этих денежных средств они и существуют, так как при сложившемся на сегодня ценообразовании качественно оказывать фармацевтическую услугу невозможно.

У профессиональных ассоциаций современные программные продукты, которые позволяют сформировать ассортиментные матрицы, настроить грамотное ценообразование, мотивацию сотрудников с учетом маркетинговых договоров – и в т.ч. за счет этого иметь привлекательную цену для покупателя. Они проводят обучение персонала.

Что касается аптечных сетей, которые начинают развивать продуктовая розница, они хорошо умеют продавать, работать с производителями и дистрибуторами и обычно, расположены в проходимых местах, а это все то, что нужно для развития и процветания аптечной сети. Нам, профессионалам фармацевтического рынка, хотелось, чтобы они понимали и помнили, что за первым столом должны работать специалисты.

РЕАЛИЗАЦИЕЙ ЛЕКАРСТВ ДОЛЖНЫ ЗАНИМАТЬСЯ ПРОФЕССИОНАЛЫ

Чистяков Павел

**Директор по коммерческим операциям и управлению доходами
компании «Санофи Россия»**



Портфель наших препаратов весьма обширен и включает оригинальные лекарственные средства, дженерики и безрецептурные препараты в ключевых терапевтических областях (сахарный диабет, онкология, сердечно-сосудистые заболевания, заболевания центральной нервной системы, внутренние болезни, урология, тромбозы, редкие заболевания и рассеянный склероз), а также человеческие вакцины. В связи с этим наш подход к форматам продвижения отличается высокая диверсификация.

Отношения между производителем и дистрибутором – одни из самых важных в товарной и логистической цепях. Со многими дистрибуторами мы находимся в долгосрочных партнерских отношениях, что позволяет поддерживать высокий уровень доступности лекарственного обеспечения населения в нашей стране и низкий уровень срокового списания продукции. С аптечными сетями, финальным звеном товарной цепи, можем работать как мы, так и сами дистрибуторы.

В основном мы работаем с аптечными сетями. Формы и программы сотрудничества с ними направлены на обеспечение доступности продукции нашей компании. Каждая аптечная сеть имеет свои особенности и уникальные преимущества, поэтому при формировании плана работы с сетями мы стараемся учитывать различные параметры. Тем не менее хотелось бы еще раз подчеркнуть, что для нас приоритетом является наличие и доступность наших препаратов для пациента.

Наша продукция представлена и в крупных, и в мелких аптечных сетях, а также в независимых аптеках по всей России. Представленность определяется высоким спросом на наши препараты, широтой портфеля, а также тем, что наша компания – один из лидеров российского фармацевтического рынка, что определяет уровень присутствия ее продукции в аптеках страны. Распределение по регионам, конечно, может варьироваться, и мы всегда в этом вопросе ориентируемся на конъюнктуру рынка и спрос в каждом конкретном регионе.

В портфеле, наверное, каждой компании есть препараты, по своей специфике относящиеся и тяготеющие к тем или иным форматам (премиум, дискаунт и т.д.). Препараты нашей компании в одинаковой степени представлены в аптечных сетях самых разных форматов. Мы как компания не проводим для себя категоризацию препаратов по их принадлежности к тому или иному ценовому формату. Наша задача – сделать продукцию максимально доступной для пациентов и специалистов здравоохранения.

На вопрос «Есть ли будущее у аптечных сетей, которые стал развивать продуктовый ритейл?» я бы ответил так. Международный опыт в этом вопросе существует самый разный, в связи с чем нам сложно сейчас сформировать какую-то определенную позицию. Тем не менее мы считаем, что реализацией лекарственных средств должны заниматься специализированные учреждения, обладающие соответствующими лицензиями, а также экспертизой в данной области.



СУВЕРЕННАЯ АПТЕКА – РАБОТА В «ОКРУЖЕНИИ»

У маленькой аптечной организации, будь то аптека, аптечный пункт или небольшая сеть, есть ряд преимуществ, которые помогают ей выстоять.

Один из наших экспертов назвал индивидуальную аптеку суверенной – независимой и ответственной. Несколько десятков суверенных аптек, объединившихся в ассоциацию «СоюзФарма», иллюзий не строят и продолжают работать. От региона к региону рецепты успеха очень похожи. На вопросы МА отвечали руководители аптек Калининграда, Кировской обл., Краснодарского края, Курска, Москвы и Подмосковья, Орла, Ростовской, Саратовской и Смоленской обл., Ставропольского края, республик Башкортостан, Татарстан и Чувашия*.

ПРОТИВ ЛОМА НЕТ ПРИЕМА...

«Наши преимущества? У нас нет маркетинговых договоров, следовательно, обязательств по продажам только маржового ассортимента. Следовательно пациенту предложат только те медикаменты, в которых он действительно нуждается. А не те, которые надо реализовать, потому что нужно выполнить условия договора и получить обещанное вознаграждение!

Имидж аптеки, конечно, «в руках» и квалифицированных специалистов, и политики руководителя. Но рентабельность аптеки при всех положительных составляющих может рухнуть в одночасье, если задачу избавиться от конкурентов поставит перед собой недобросовестный противник, имеющий мощный финансовый и административный ресурс.

«Против лома нет приема», как говорится! Только перспектива все потерять, включая 20 лет упорного труда...»

ТРАДИЦИИ КЛАССИЧЕСКОЙ АПТЕКИ

Упорный труд и оптимизм – вот что считают сегодня факторами выживания руководители единичных аптек и малых. Факторами, пусть и не гарантирующими стопроцентно сохранение места под солнцем, но очень

важными. А еще небольшие аптечные организации считают залогом успеха бережное отношение – как к покупателю, так и к собственным кадрам:

«Формируем ассортимент, опираясь на потребности покупателей. СТМ и других подобных вещей у нас нет. Оказываем фармпомощь, опираясь на клинику пациента, на собственный опыт, а не руководствуясь маркетинговыми планами. Пациенты чувствуют эту заботу, стараются идти именно в свою аптеку».

«Пока что коллектив стабилен. Большинство фармацевтов работают у нас с самого основания организации, а это уже 19 лет. Молодые кадры имеют возможность перенимать опыт старших работников. Традиции классической аптеки еще не утрачены».

Интересно и такое преимущество аптеки, как ее история и репутация. «Аптека имеет давние исторические корни – 80 лет мы являемся конкурентоспособными на фармрынке, – незаметно для себя переходя на термины из эпохи экономики и маркетинга, рассказывают в государственной аптечной сети, недавно открывшей новый пункт. – У нас нет оттока специалистов. К нам приходят новые кадры, т.к. наша аптека является очень престижной. А мы их обучаем».

КАК ВЫЖИТЬ В «ДРУЖЕСТВЕННОМ» КРУГУ?

Сегодня несетевая фармация, как и малые сети, все чаще работает в буквальном смысле этого слова «в окружении»:

«Очень жестокая конкуренция. У нас, в радиусе 250 метров от нашей аптеки, расположено 6 аптек сетевиков. Неприемлемо клеветать и плохо отзываться о конкуренте покупателям – надо работать еще лучше, обращать внимание на качество обслуживания. Четко следить за спросом...»

«Возле каждой нашей аптеки в радиусе 100 м уже открыто от 2 до 5 аптек. Открытие дискаунтера расценим как катастрофу».

«В радиусе 500 метров рядом с нами – еще 6 аптечных пунктов, в т.ч. 2 дискаунтера. Работать стало сложнее, конечно, теряем в выручке и существуем на грани рентабельности».

По сравнению с крупным дискаунтером единичная аптека более мобильна. Она может гибко реагировать на изменения потребительского спроса, анализировать предпочтения не только пациентов, но и врачей... Как ответили МА в некоторых аптеках, провизор старается заказать все, что попросил посетитель. К ассортименту подходят не с точки зрения маркетинга, а исходя из появления новинок, врачебных назначений и, конечно же, опыта самой аптеки.

ДИСТРИБУТОРЫ РУБЯТ СУК, НА КОТОРОМ СИДЯТ

Умение договориться с контрагентом – с одной стороны, преимущество небольшой аптечной организации. С другой стороны, это преимущество действует лишь в одном случае – когда пациенту нужно найти препарат, редко встречающийся на витринах. Если же речь идет о бонусах или просто о менее жестких условиях для аптеки, картина становится совсем другой:

«Производители почти не заинтересованы в сотрудничестве, т.к. у нас небольшой товарооборот».

«Сложно заключать контракты с производителями (большие планы и очень неудобные условия). Дистрибуторы заняли усредненную и выжидательную позицию, никаких преимуществ за своевременную оплату, за непрерывное сотрудничество нет».

«С большинством дистрибуторов работаем уже много лет. Как с федеральными, так и с региональными, участвуем в проводимых ими акциях. Такое ощущение, что они пилят сук, на котором сидят, т.к. крупным сетям дают значительно более низкие цены».

Действительно, наиболее низкие цены поставщик дает тем, кто со временем использует свое преимущество против него. Прямой контракт, ставший когда-то форматом выживания для одной из крупнейших сетей, превратился в современную традицию. К тому же, периодически возобновляется дискуссия о чрезмерном количестве поставщиков. Пока разумные аргументы (сравнить Россию и те страны, которые имеют меньше десятка дистрибуторов, но сами по размерам сопоставимы с Московской обл.) побеждают. Но даже крупнейшие представители дистрибуции сегодня уже вынуждены вступать в разного рода объединения.

ПРИБЫЛЬ ЛЮБОЙ ЦЕНОЙ ИЛИ ВСЕ ЖЕ ЛЕКАРСТВЕННАЯ ПОМОЩЬ?

Спасти фармацию от окончательного превращения в «вакханальный» рынок, по мнению наших собеседников, может лишь законодательная инициатива:

«Государство должно начать регулировать количество и размещение аптек, иначе отрасль просто деградирует. Но, к сожалению, для антимонопольной службы существующая ситуация очень комфортна. Они живут с мыслью, что рынок сам все это отрегулирует. Печально на все это смотреть».

«Сегодняшнюю конкуренцию здоровой не назовешь. На аптечный рынок стремятся и входят (к сожалению) далеко не отраслевики, а торговцы «бижутерией», для которых

понятия «лекарственная помощь населению и качество лекарств», по меньшей мере, вторичны. Борьба с этим нужно на государственном и законодательном уровне. А пока остается лишь надеяться, что потребитель сам определится, кому доверять (нелегко ему будет и нам тоже)».

«Необходимо вынести вопрос регулирования количества аптек на душу населения на федеральный уровень, как в странах Европы. У нас ни законодательная, ни исполнительная власть этот вопрос не контролирует! Если будет жесткое ограничение, все вопросы упадут сами собой».

Пока не будут приняты законодательные меры, надежды на существование малого и среднего фармбизнеса невелики, уверены руководители аптечных организаций в самых разных регионах России.

Как заметил один из наших собеседников:

«Ситуацию с конкуренцией я бы характеризовал как хищническую. Как и большинство моих коллег, старых аптекарей, убежден в том, что необходимо регулирование количества аптек государством или при помощи саморегулируемых организаций. Демпинг в аптечном бизнесе недопустим. Стремление любой ценой заработать прибыль, разорить конкурента возведено во главу угла, что, безусловно, снижает качество лекарственного обеспечения».

Тем не менее даже в тех условиях, которые крупнейшие представители фармацевтической розницы считают катастрофическими, малые аптечные организации выбирают жить и работать. Несмотря ни на что. Вопреки всему.

* Ответы участников Темы номера предоставлены пресс-службой ААУ «СоюзФарма»

МАЛО АПТЕК В КАПОТНЕ, А КРУГЛОСУТОЧНАЯ – В КОТЕЛЬНИКАХ ОДНА

Район ЮВАО Москвы Капотня и город областного подчинения Котельники мы в своем исследовании успешного развития аптечных предприятий решили объединить в своеобразные 2К. Район Капотня расположен с внутренней стороны от МКАД, а активная застройка жилых комплексов Котельников ведется по другую сторону кольцевой дороги; аптеки там открываются с осторожностью – пойдут или не пойдут аптечный бизнес... Крупные аптечные сети там не представлены, эти районы им не интересны, во всяком случае, пока.



КАПОТНЯ

Своеобразие внутригородского муниципального образования Капотня характеризуется сосредоточием большого количества промышленных объектов на его территории, в т.ч. и нефтеперерабатывающего завода, и асфальтобетонного завода №1, и других, существенно влияющих на экологию не только Капотни, но и районов по соседству.

На гербе района Капотня черная капля на желтой полосе – символ нефти, желтая яблоня, по мнению художника, символизирует плоды неустанного труда его жителей, разглядеть которые дано не каждому. Рослый саженец яблони на гербе напоминает о рынке «Садовод», а голубые полосы по периметру справа и слева – о приоритете управы, а именно: заботе об экологии, которая, к сожалению, пока только в перспективе.

Многие люди с горечью узнают о реорганизации экологического лицея №330 в колледж автоматизации и радиоэлектроники №27, где готовят специалистов, ухудшающих экологическую ситуацию. 2 филиалов поликлиник – взрослой и детской №68 (в 3-м квартале, д. 27) явно не хватает на все население района. *«Три года назад закрыли многопрофильную городскую клиническую больницу №49, где ежегодно лечилось не только местное население, но и приезжали из других районов Москвы до 10 тыс. пациентов. Власти бездействуют, объясняя, что дотации на работу ГКБ от государства выделяют только при условии, что население в районе выше 30 тыс., а не 29 тыс., как на современном уровне. У меня супруга инвалид, ежегодно лечилась в отделении кардиологии. Сейчас испытываем дополнительные трудности, добиваясь в поликлинике №68 направления в другие лечебные учреждения. И таких, как наша семья инвалидов, в Капотне почти треть населения»*, – сокрушается пенсионер Виталий Иванович, 64 лет.

Исследовано 3 аптечных предприятия:

АО «Столичные аптеки» – аптека №5/150 (5-й квартал Капотни, д. 24), АП №5/151 (3-й квартал Капотни, д. 13), АП ООО «Фармацевтическая компания Силик» (1-й Капотнинский пр-д, д. 12, стр. 2, пав. 1).

АП №44-4 АС «Аптеки столицы» ГБУЗ «ЦЛО ДЗМ» (3-й квартал Капотни, д. 27, филиал поликлиники – льготный отпуск).

В исследовании приняли участие 29 человек, в т.ч. 18 женщин и 11 мужчин, из них: людей молодого возраста (15–28 лет) – 12%, лиц среднего возраста (28–50 лет) – 45% и людей пожилого возраста (старше 55 лет) – 43%. Большая часть респондентов – местные жители.

ФАКТОР УСПЕХА аптечных предприятий МЕСТОРАСПОЛОЖЕНИЕ

Важно 15 человек.

Аптечные предприятия располагаются по территории района относительно равномерно, что, вероятно, связано с тем, что месторасположение любого торгового объекта ориентировано в первую очередь на его востребованность. Но респонденты (а это, в основном, местные жители) крайне недовольны малым количеством аптечных предприятий. Все как один взывали о помощи, катастрофически не хватает в районе как больниц и поликлиник, так и аптек. *«Три аптеки на 29 тыс. жителей – ничтожно. Когда начинается осенне-зимний сезон, в аптеки выстраиваются очереди, в аптечном пункте на рынке (ООО «Фармацевтическая компания Силик») – даже на улице. Пожилые люди просто падают, не выдерживая, а сотрудники аптеки при всем желании не в состоянии помочь всем страждущим»*, – прокомментировал ситуацию временно безработный Николай Б., 46 лет.

Самый популярный аптечный пункт, функционирующий на рынке, располагается в самом небольшом 1-м квартале, в самом крупном 2-м квартале Капотни нет ни одного хотя бы аптечного пункта, как, впрочем, и в 4-м! В 3-м квартале работает АП сети «Столичные аптеки» (рядом с универсамом «Дикси»), два месяца назад открылась после ремонта и аптека этой сети в 5-м квартале, в универсаме «Пятерочка». Появилась информация о том, что в соседнем доме на расстоянии 120 м откроется до конца лета аптека сети «Аптеки Столички» ООО «Нео-фарм».

АССОРТИМЕНТ

Важен для 14 человек

Выбор лекарственных средств и сопутствующих товаров в аптеках района средний, ассортимент особым разнообразием не блещет, и покупатели привыкли – не отличаются особой избирательностью. *«Если*

чего-то не бывает, еду в аптеки на Братиславскую», – рассказывает Светлана Борисовна, бабушка двух внуков школьного возраста. Многие покупатели выработали уже такую тактику – закупать необходимые лекарства впрок: и домашнюю аптечку заполнить, и по цене сэкономить. *«Я обычно покупаю лекарства заранее, готовясь к сезону простуд. Таким образом, можно даже сэкономить»*, – поделилась опытом специалист библиотеки Ольга Р.

Фармацевт недавно открывшейся после ремонта аптеки №5/150 АС «Столичные аптеки» Екатерина Умакова уверяет: *«В нашей аптеке мы стараемся обеспечить все покупательские запросы, причем у нас сопутствующие товары можно взять в руки и детально ознакомиться с ингредиентами предлагаемого средства. Мы также принимаем заказы, если препарата нет в наличии»*.

ЦЕНА

Важна для 21 человека.

Мнение большинства респондентов о цене на лекарства: *«Дорогие у нас аптеки»*. Судя по оценочной таблице, разброс цен на отдельные препараты минимальный. *«Цены на лекарственные препараты зависят от поставщика и, конечно же, от производителя. Постоянные покупатели нашей аптеки предпочитают оригинальные препараты, ссылаясь на то, что они на 80% состоят из активного вещества. Дженерики, по их мнению, дешевле, но менее действенны, т.к. содержат много «лишнего» и вызывают больше побочных действий. Я заметила, что постоянные покупатели зачастую выбирают дорогие импортные препараты»*, – поделилась своим мнением фармацевт Татьяна Владимировна Соколова.

«Я инвалид 1-й группы, пенсия – 15 тыс. руб. Всю жизнь отработала на нефтеперерабатывающем заводе оператором нефтепереработки. Никаких особых льгот из-за вредного производства не заслужила. Скажите, как можно прожить, если мне, диабетика, оплачивает государство стоимость

сахаропонижающих препаратов частично, а тест-полоски в день положено использовать трехкратно, на квартал их стоимость оплачивают лишь в размере 550 руб., полосок хватает на 18 дней. Остальное

докупаю за свой счет, экономя на продуктах. В месяц в среднем уходит до 3 тыс. руб. на лекарства. Разве это справедливо?» – задается вопросом Людмила В., 58 лет.

Табл. Сравнительная цена на ЛП

Наименование аптечного предприятия	Лекарственный препарат, руб.	
	Спазмалгон, 500 мг №20	Кларитин, 10 мг №10
Аптека АО «Столичные аптеки» №5/150	165-00	235-00
АП АО «Столичные аптеки» №5/151	165-00	235-00
АП ООО «Фармацевтическая компания Силик»	170-00	234-00

СКИДКИ

Важны для 9 человек.

Во всех аптечных предприятиях распространены скидки в размере 5% для владельцев «Социальной карты москвича». Возможна оплата покупки картами Сбербанка. Акции проводятся лишь в день открытия аптечного предприятия, как было в аптеке №5/150.

ПРОФЕССИОНАЛИЗМ СОТРУДНИКОВ АПТЕКИ, ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ УСЛУГИ

Важны для 12 человек.

Сотрудники аптечных предприятий весьма отзывчивы, стараются сохранить внимание постоянных покупателей и заслужить доверие новых. «Я живу в 3-м квартале, неподалеку от дома аптечный пункт «Столичные аптеки». Когда начинает «скакать» давление, мне проще прийти сюда, чем идти в районную поликлинику целый квартал пешком, а потом еще ждать в очереди. Персонал здесь вежливый, всегда помогут советом и не будут навязывать дорогие лекарства. Хочется сказать им большое спасибо», – рассказал пенсионер Алексей Степанович.

Только в АП «Столичные аптеки» и можно измерить артериальное давление, причем как самостоятельно, так и воспользовавшись помощью фармацевта. В остальных аптечных предприятиях пока дополнительные услуги

отсутствуют, по-видимому, это связано с небольшой занимаемой площадью.

ИНТЕРЬЕР

Важен для 6 человек.

Об удобстве маломобильных граждан в районе не забыли, пандуса лишен только АП ООО «Фармацевтической компании Силик». «К нам приходят достаточно много пожилых людей, обращаются и мамы с колясками, но оставить рабочее место я не вправе, хотя тяжело смотреть на то, как некоторым приходится буквально цепляться за поручень, карабкаясь по ступеням», – поведала фармацевт Елена Кучерявенко. В каждом аптечном предприятии, наверное, учли тот факт, что в районе Капотня большое число жителей уже преклонного возраста, поэтому имеют места для отдыха, а там, где стул или лавочка пока не установлены (в аптеке №5/150), их по первому требованию обязательно вынесут.

ГРАФИК РАБОТЫ

Важен для 14 человек.

В Капотне нет ни одного круглосуточно работающего аптечного предприятия! Жители уже, казалось бы, смирились с подобной ситуацией, рассчитывая, что существующие аптеки хотя бы расширят свой график работы.

Но МА все-таки пожаловались в надежде, «вдруг руководители прочитают и сделают выводы», хотя бы одну круглосуточную аптеку открыть (на всякий случай). «Аптеки здесь работают, как им нравится, подстраиваться ни под кого не привыкли. Если честно, мы на них тоже не очень-то рассчитываем»,

– в сердцах пожаловалась Вера, мама трехлетней малышки. АП ООО «Силик» работает с 9:00 до 22:00 ежедневно, аптечные предприятия АО «Столичные аптеки» работают ежедневно: АП №5/151 – с 8:00 до 21:00, аптека №5/150 – с 9:00 до 21:00.

РЕЙТИНГ ФАКТОРОВ УСПЕХА

Место	Фактор	Кол-во набранных голосов
1.	Цена	21
2.	Месторасположение	15
3.	Ассортимент	14
4.	График работы	14
5.	Профессионализм и доброжелательность работников аптеки, дополнительные услуги	12
6.	Скидки	9
7.	Интерьер	6

РЕЙТИНГ ПОПУЛЯРНОСТИ аптечных предприятий

АП ООО «Фармацевтическая компания Силик» 4

Удобное месторасположение на рынке делает аптечный пункт достаточно приметным. В маленьком торговом помещении едва хватает места для лавочки у окошка. Расположенные по периметру витрины не имеют указателей, но отзывчивые фармацевты в двух кассах всегда подскажут. Простота высокая, подчас выстраивается очередь даже на улице. Ассортимент средний, но подбирают все под запросы покупателей. Обращает на себя внимание выбор гомеопатии, разнообразие шампуней и чаев для похудения.

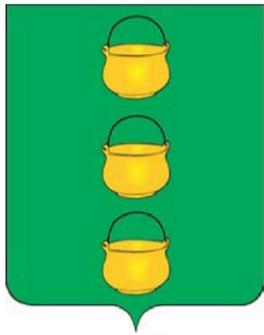
Аптека №5/150 АО «Столичные аптеки» 5

Местные жители привыкли ассоциировать аптеку с универсамом «Пятерочка», в котором она и функционирует, тем более что форма торговли здесь, как и в продовольственном царстве, комбинированная. Работает одна касса, но наготове трое фармацевтов-консультантов. Указатели на витринах, расположенных по периметру торгового зала, не дают ошибиться в выборе. В аптеке большой выбор медтехники, а также лечебной косметики. Молодые мамы интересуются импортными товарами для малышей производства Chicco (Италия), Aventa (Франция) стоимостью от 165 руб. В ассортиментном ряду не потеряются и ароматические масла по цене от 70 до 225-00 руб.

АП №5/151 АО «Столичные аптеки» 5

Аптечный пункт соседствует с универсамом «Дикси» и магазином «Цветы». Ассортимент в аптечном пункте средний, товар на витринах выложен хаотично. Но при этом стоит отметить наличие ортопедических

товаров: палочки, ходунки, большой выбор минеральной воды Donnat Mg и Biovita, и для самых маленьких покупателей много сладкого товара различного вкуса – леденцов на палочке по 35-00 руб., витаминов отечественного производства.

**КОТЕЛЬНИКИ**

Вашему вниманию предлагается обзор аптечных предприятий по городу областного подчинения Котельники (Московской обл.), который до 2004 г. являлся поселком городского типа.

Одноименное село впервые упоминается в XVII в. В окрестностях села добывали песок и камень. В 1931 г. вблизи песчаного карьера возник завод по производству силикатного кирпича, а с 1959 г. начал работать и завод железобетонных изделий.

На гербе Котельников изображены на зеленом поле три золотых с черными дужками котла. Зеленый цвет символизирует надежду, радость, изобилие, одновременно указывая на решающую роль природного ландшафта в архитектонике областного города.

Современные Котельники – вполне самостоятельное муниципальное образование с развитыми промышленным и агропромышленным комплексами. Местная администрация поддерживает функционирование образовательных, культурных и спортивных объектов. В Котельниках открыта детская школа искусств, промышленно-экономический техникум, филиал университета «Дубна», спорткомплекс «Дружба», спортивный комплекс «ФОК» и стадион «Здоровье». Основную часть населения Котельников составляют молодые семьи с детьми, здесь трудно отыскать 2–3-этажные постройки, много высотных домов. Каждый двор имеет детские площадки, много торговых объектов. Не обделены жители Котельников и аптечными предприятиями.

Исследовано 9 аптечных предприятий:

аптека ООО «Панацея» (ул. Кузьминская, д. 17), аптека ООО «Витамин» (ул. Кузьминская, д. 15, пом. 19);

АП ООО «Агава» (ул. Кузьминская, д. 15), АП ООО «Бонафарм» (ул. Строителей, д. 1, пом. 5), АП ООО «Фармнел» (ул. Кузьминская, д. 15, пом. 4), АП ООО «Юнифарма-1» (ул. Кузьминская, д. 17, пом. 11Б), АП ООО «Токер» (мкрн «Опытное Поле», д. 15), ООО «Аптека Матрешка» (мкрн «Опытное Поле», д. 11), АП №1349 АС «ГорЗдрав» ООО «Аптеки-А.В.Е.» (ул. Новорязанская, д. 5).

В исследовании приняли участие 83 человека, в т.ч. 59 женщин и 24 мужчины, из них: людей молодого возраста (15–28 лет) – 19%, людей среднего возраста (28–55 лет) – 44%, людей пожилого возраста (старше 55 лет) – 37%. Большая часть респондентов – местные жители.

ФАКТОР УСПЕХА аптечных предприятий МЕСТОРАСПОЛОЖЕНИЕ

Важно для 49 человек.

Аптечные предприятия в районе постарались выбрать месторасположение, как им кажется, удобное и для них, и для жителей, но последние в большинстве своем не могут с ними согласиться. Смотрим, на самой крупной улице – Кузьминской работают 2 аптеки и 3 аптечных пункта. 2 аптечных пункта всегда к услугам жителей микрорайона «Опытное Поле». Неподалеку от ст. м. на Новорязанской ул. и крошечной ул. Строителей выбрали себе место в соседних торговых постройках еще два АП. Есть и такое мнение, которым делится молодая мама Марина Щ.: «*Меня не устраивает, что аптеки работают в универсамах (ТЦ «Реал»), там есть доступ к спиртному, а мой муж не равнодушен к выпивке, и, если его посылаю в аптеку, то он каждый раз тратит деньги не на то. Сама посетить аптеку я не могу, т.к. моей часто болеющей дочке Вике нет еще и года. Была бы аптека не в магазине, ближе к дому, да еще и круглосуточная, я бы сама забежала за лекарствами*». А местный почтальон Галина Сергеевна убеждена, что аптек должно быть больше. «*Чтобы у людей был выбор, – аргументирует они и добавляет. – Наш небольшой городок, если не считать старых микрорайонов, состоит из новостроек, активно развивается. По моему мнению, на два многоэтажных дома должна быть одна аптека*».

АССОРТИМЕНТ

Важен для 37 человек.

Ассортимент лекарственных средств и товаров парафармацевтики в аптечных предприятиях местных жителей, в

основном, устраивает. Разнообразие ассортимента отмечали в следующих аптечных предприятиях: ООО «Панацея», ООО «Витамин», ООО «Юнифарма-1», АП №1349 АС «ГорЗдрав». Фармацевты первых трех аптечных предприятий учитывают пожелания покупателей, стараются предлагать им именно то, что имеет спрос. Побаловать детей биомороженым можно, приобретая его в аптеках «Панацея» и «Витамин». «*В аптеках «Панацея» и «Витамин» я без опасения покупаю внучке биомороженое, т.к. доверяю классическим аптекам больше, чем тем, что в крупных универсамах. Думаю, что разные полезные сладости с витаминами обязательно нужно продавать только в аптеках, где можно быть уверенным – плохого здесь не предложат*», – поделилась своим мнением любящая бабушка Екатерина Михайловна.

ЦЕНА

Важна для 46 человек.

«*Цены на лекарственные препараты не сильно разнятся, даже на импортный Кларитин не более 33 руб., но я, работая в соседнем Жулебино, заметила, что цена в аптеках там, как правило, ниже, особенно на отечественные препараты. Спазмалгон, 20 таблеток, в аптеке на ул. Генерала Кузнецова стоит 120 руб.*», – провела анализ операционист Сбербанка Елена Р.

А вот Анатолий Петрович, 64 лет, в свою очередь, жалуется. «*На нас просто хотят заработать, но нельзя забывать, что пенсионеры относятся к одним из самых уязвимых слоев населения. Лично мне скидки по социальной карте ничуть не облегчают покупки, и ради того, чтобы приобрести нужный препарат, приходится выезжать в соседние районы*».

Табл. Сравнительная цена на ЛП

Наименование аптечного предприятия	Цена на лекарственный препарат, руб.	
	Спазмалгон, 500 мг №20	Кларитин, 10 мг №10
Аптека ООО «Панацея»	220-80	148-00
АП ООО «Агава»	222-30	173-00
АП ООО «Юнифарма-1»	224-50	158-00
АП ООО «Фармнел»	226-30	181-00
Аптека ООО «Витамин»	230-50	165-00
АП ООО «Бонафарм»	235-00	175-00
АП ООО «Матрешка»	241-00	174-00

СКИДКИ

Важны для 21 человека.

Скидки по «Социальной карте москвича» пользуются популярностью. В аптеке ООО «Витамин», АП ООО «Агава», АП ООО «Юнифарма-1» они составляет 5%, в ООО «Панацея» – 4%, в остальных – 3%. Только в АП ООО «Матрешка» скидок нет. Накопительные дисконтные карты действуют в аптеке ООО «Витамин» (от 5 до 10%), АП ООО «Агава» (от 5 до 10%), АП ООО «Бонафарм» (от 3 до 10%), «Карта постоянного покупателя» действует в АП ООО «Фармнел» (от 5 до 10%).

ПРОФЕССИОНАЛИЗМ РАБОТНИКОВ АПТЕКИ, ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ УСЛУГИ

Важны для 35 человек.

Поскольку между аптечными предприятиями в Котельниках развернулась конкуренция, большинство из них, в первую очередь те, кто намерен работать не один год, демонстрируют приветливое отношение к покупателям. Аптечные пункты – однодневки (по нашему мнению) – это ООО «Матрешка» и ООО «Токер», чей персонал не отличается профессионализмом и к покупателям не проявляет повышенного внимания, существенно проигрывают в рейтинге популярности. В аптеке ООО

«Витамин» работает салон «Оптика», и в аптеке ООО «Панацея» с возможностью проверить зрение и получить советы специалиста. В аптеке ООО «Панацея» к услугам покупателей – информационная панель, которая помогает и в работе работника первого стола.

Измерить уровень артериального давления можно в аптеке ООО «Панацея», АП «Юнифарма-1», и АП ООО «Матрешка».

ИНТЕРЬЕР

Важен для 9 человек.

О нуждах людей с ограниченными возможностями позаботились, практически во всех аптечных предприятиях Котельников, кроме АП ООО «Токер». Все они, кроме вышеназванного, имеют низкий порог. Но места для отдыха отсутствуют в большинстве аптечных предприятий. Стул или скамеечку поставили в аптеке ООО «Панацея», АП ООО «Агава» и в АП ООО «Матрешка», а в просторном зале АП ООО «Юнифарма-1» создали целый детский уголок. *«Мне важно, чтобы я могла прийти в аптеку и спокойно выбрать все необходимое, а для этого я оставляю своих трехлетних близняшек в детском уголке, который, к сожалению, имеется только в аптеке «Юнифарма», – замечает мама двоих детей Соня П.*

ГРАФИК РАБОТЫ

Важен для 57 человек.

Удивительно, но время работы аптечных предприятий оказалось определяющим при распределении факторов успешности. Аптечные предприятия стараются учитывать пожелания местных жителей – они работают по расширенному графику: с 9:00 до 22:00 – аптека ООО «Витамин», АП ООО «Бонафарм», АП ООО «Юнифарма-1», с 8:00 до 22:00 АП №1349 АС «ГорЗдрав» ООО «Аптеки-А.В.Е.». К сожалению, в городе Котельники круглосуточно функционирует только одна аптека – ООО «Панацея».

«Иногда приходится посещать аптеку после 22:00 час. Я работаю кассиром в магазине «Продукты». Материальная ответственность накладывает определенные обязательства на работника, но у меня имеются еще дочерние обязанности перед больной мамой. Отойти в течение 12-часового рабочего дня не имею возможности, поэтому одна надежда на «Панацею» как ближайшую ко мне круглосуточную аптеку. Если бы круглосуточных аптек было больше, хронические больные не испытывали подобных трудностей», – прокомментировала ситуацию Ольга Ж.

РЕЙТИНГ ФАКТОРОВ УСПЕХА

Место	Фактор	Кол-во набранных голосов
1.	График работы	57
2.	Месторасположение	49
3.	Цена	46
4.	Ассортимент	37
5.	Доброжелательность и профессионализм сотрудников аптеки, дополнительные услуги	35
6.	Скидки	21
7.	Интерьер	9

РЕЙТИНГ ПОПУЛЯРНОСТИ аптечных предприятий

АП ООО «Матрешка» **1**

Казалось бы, у этого аптечного пункта много преимуществ перед своими конкурентами, которых в небольшом городке хватает, но отсутствие пунктуальности у фармацевта низводит предприятие на самую низшую ступень в рейтинге популярности. Фармацевт работает без форменной одежды, приходит на работу, когда пожелает, и не считает нужным извиняться перед людьми, которых она задержала. *«Эта аптека*

плохая, – убеждена продавец Карина из магазина «Смешные цены» по соседству, и добавляет. – Я сюда один раз обратилась, прождала 20 минут, и теперь обхожу ее стороной». Один респондент нашел у АП достоинство – он функционирует напротив выхода из ст. м.

АП ООО «Токер» **3**

Аптечный пункт занимает маленькое помещение, арендуя его в торговом центре, рядом с магазином «Смешные цены». Никаких излишеств, скромный ассортимент, лекарства на витрине выложены хаотично,

небольшой выбор разливного меда в баночках по 150 г за 199 руб. Если бы не любезность фармацевта, вряд ли бы сюда забежали даже случайные покупатели. Красочное объявление о распродаже вводит в заблуждение и тех немногочисленных, кто есть на сегодняшний день. Сотрудница АП соглашается, что оно устарело.

АП ООО «Агава» 4

Небольшой аптечный пункт, занимающий помещение на 1-м этаже жилого дома в квартале новостроек, работает меньше года, и пока не все знают о его существовании – это одна из причин низкой проходимости, даже несмотря на возможность получить накопительную дисконтную карту (от 5 до 10% в зависимости от товара), которую выдают всем желающим. Ассортимент средний, соответствуют ему и цены. Имеется место для отдыха. При входе в небольшой торговый зал установлен банкомат Московского кредитного банка.

АП ООО «Бонафарм» 4

Со слов фармацевта, об аптечном пункте, который работает чуть более 2 лет, известно только жителям дома, на первом этаже которого он расположен. В маленьком торговом зале никаких излишеств, ассортимент средний, обращает на себя внимание, пожалуй, большой выбор минеральной и питьевой воды по приемлемой цене. При покупке на сумму от 1000 руб. выдается накопительная карта «Бонафарм», позволяющая экономить в дальнейшем от 3 до 10% на каждом новом приобретении.

АП ООО «Фармнел» 4

Аптечный пункт на первом этаже жилого дома соседствует с кафе «Котельники». При входе в маленькое торговое помещение установлен банкомат Московского кредитного банка. Предложить покупателям работник первого стола может немного, но охотно принимает заказы, которые выполняются в течение 1–2 дней. При покупке на сумму от 500 руб. выдается «Карта постоянного

покупателя», которая в дальнейшем делает выгодными покупки, позволяя экономить от 5 до 10%. Рейтинг популярности аптечного пункта поддерживает любезность и готовность прийти на помощь фармацевта.

АП №1349 АС «ГорЗдрав» ООО «Аптеки-А.В.Е.» 5

Аптечный пункт находится в глубине торгового комплекса «Реал», и местные жители хорошо осведомлены о его существовании, но чаще всего обходят стороной из-за высоких цен и излишне придирчивого администратора. Обнаружить просторный зал АП не составляет труда, он уставлен симметрично расположенными рядами витрин, где все можно посмотреть, оценить, взять в руки каждому покупателю. Персонал старается не оставлять без внимания всех, заглядывающих в аптечный пункт, в основном посетителей ТЦ.

Аптека ООО «Витамин» 9

Некрупная сетевая аптека работает уже не первый год. В большом, уставленном витринами зале, чего только нет! К радости маленьких покупателей здесь все можно взять в руки, оценить красочную упаковку, жаль, что попробовать всевозможные шоколадки на палочке, леденцы, мармеладных зайчиков и петушки, биомороженое можно лишь после их приобретения. Со слов фармацевта, в аптеку ходят целыми семьями. Отзывчивый персонал поможет сориентироваться в этом царстве изобилия, а экономию от 5 до 10% обеспечивает накопительная карта «Витамин». При аптеке работает салон «Оптика», где, делая заказ на изготовление очков, можно проверить зрение: с 10:00 до 18:00 – по воскресеньям и с 11:00 до 20:00 – в остальные дни недели.

АП ООО «Юнифарма-1» 9

Большой торговый зал аптеки расположен на 1-м этаже жилого дома. Представлены открытая и закрытая формы торговли. Здесь также рады маленьким посетителям, для них оформлен детский уголок с возможностью

оставить на память любимой аптеке свои рисунки. Кроме этого, внимания малышей, несомненно, заслуживают плюшевые игрушки – мишки, обезьянки, девочка с бантиком, серый волк с большими зубами и доброй улыбкой. Фармацевт Марина пояснила: *«Это – термические грелки. Внутренность игрушки наполнена зерном – просом и пшеницей. Принцип их действия следующий: после разогрева в микроволновке зерно долго сохраняет тепло и не обжигает, в отличие от резиновой грелки. Особо любят наши термические игрушки маленькие пациенты, стоимость грелок от 2200 руб.»*. Выбор лекарственных средств и средств парафармацевтики обширный, включая брендовые товары сети, изделия ортопедии и мн. др.

В АП приходят измерить уровень артериального давления.

Аптека ООО «Панацея» 10

Эта аптека – одна из самых популярных в Котельниках. Располагается она рядом с

медицинским центром «Стоматология». Обширный ассортимент лекарственных препаратов, средств гигиены, оздоровительных продуктов на основе растений и минералов, бальзамы, чай, травы, сиропы, биомороженое. Невысокие цены, наличие информационной панели, круглосуточный режим работы, возможность проконтролировать самочувствие весьма удобны для жителей микрорайона, именно поэтому многие отдали пальму первенства «Панацее». В аптеке работает и салон оптики, где параллельно с покупкой очков можно оценить уровень зрения, шесть дней в неделю (кроме воскресенья) с 12:00 до 20:00. В выходные дни покупателям предоставляются скидки на весь ассортимент в размере 4%, в будние дни скидка действует от 9:00 до 13:00.

Ольга ДАНЧЕНКО ■



КАК УПРАВЛЯТЬ АССОРТИМЕНТОМ?

Применение надлежащей аптечной практики (НАП) не только выдвигает ряд требований к первостольникам, но и существенно помогает им в работе...

ВСЕ ПО СТАНДАРТУ

Вышедший стандарт Надлежащей аптечной практики (НАП) – это документ, определяющий развитие фармацевтического менеджмента на ближайшую перспективу. И всем аптечным организациям теперь надо включаться в эту систему. В этом документе в разделе «управление качеством товаров аптечной организации» указано, с чего нужно начинать работу. Определены процессы, которые происходят в аптечной организации, устанавливается последовательность критериев, количественные, качественные параметры и т.д.

Что требуется знать руководителю аптечной организации? Вам подскажет уважаемый профессор кафедры управления и экономики фармации факультета повышения квалификации медицинских работников РУДН, д.фарм.н. **Екатерина Ефимовна Лоскутова.**

Начнем с того, что руководитель аптечной организации должен обеспечивать выполнение различных стандартных операционных процедур. И все процессы должны осуществляться в соответствии с этими стандартами.

Напомним, что процесс – это последовательная совокупность действий, а процедура – порядок действий, разработанный для какого-то конкретного дела. Цель стандартизации – повысить вероятность установления и достижения высокого качества фармацевтической помощи. Итогом работы должен стать практический результат, основанный на выполнении целого пакета документов, которые входят в систему менеджмента качества. В него, в частности, включено выявление причин ненадлежащего качества и план того, как нужно справляться с этими проблемами. При этом все документы постоянно находятся в работе, применяются, улучшаются и т.д.

Для практики управления ассортиментом в рамках системы менеджмента качества в каждой аптеке должны быть установлены конкретные требования и перечислены различные мероприятия по управлению ассортиментом. Управление ассортиментом – это определение, которое зафиксировано в ГОСТе. Есть национальный стандарт, который называется «Торговля – термины», в котором под управлением ассортиментом

понимается насыщение товарами с целью поддержания торговли. «В это классическое определение мы добавляем самое главное для нас – удовлетворение нужд, потребностей и запросов потребителей, а потом уже – обеспечение рентабельности самой аптеки, – подчеркивает профессор Лоскутова. – Но управлять ассортиментом не просто. Ведь он огромный – сотни и тысячи наименований даже в небольшой аптеке. Поэтому важно определиться, как этот ассортимент нужно подразделять. Существует несколько способов классификации ассортимента. Есть классификация, отображенная в стандарте, есть – в маркетинге.

Необходимо учитывать и те классификационные признаки, которые нам дает законодатель в Федеральном законе об обращении лекарств. Взять, например, референтный лекарственный препарат. Надо иметь в виду, что это лекарство, впервые зарегистрированное в Российской Федерации. А его качество, эффективность и безопасность доказаны специалистами в ходе доклинических исследований лекарственных средств и препаратов».

Так как до 70% ассортимента аптечных организаций являются лекарственные препараты, необходимо помнить, что их можно распределить по следующим группам:

1. Лекарственные средства, действующие преимущественно на центральную нервную систему (средства для наркоза, снотворные, противосудорожные, транквилизаторы и нейролептики, антидепрессанты, психостимуляторы, ноотропные препараты, средства для лечения паркинсонизма, обезболивающие, противокашлевые и противорвотные).
2. Лекарственные средства, действующие преимущественно на периферическую нервную систему.
3. Средства, действующие в области чувствительных нервных окончаний, т.е. обладающие местным обезболивающим эффектом, как, например, новокаин, вяжущие средства, препараты, нейтрализующие соляную кислоту в желудке, препараты с «отвлекающим» действием – ментол, валидол, мази на основе

пчелиного или змеиного яда, слабительные и отхаркивающие средства.

4. Средства, действующие на сердечно-сосудистую систему (сердечные гликозиды, антиаритмические средства, препараты, улучшающие кровоснабжение отдельных органов и тканей, спазмолитики, регуляторы артериального давления).

5. Средства, усиливающие мочеотделение (иначе – диуретики), и препараты, тормозящие образование мочевых камней.

6. Препараты, улучшающие функции печени.

7. Средства, влияющие на мускулатуру матки (стимулирующие или расслабляющие).

8. Средства, регулирующие процессы обмена веществ (гормоны, их аналоги и антигормональные препараты; витамины; ферменты и их антагонисты; средства, влияющие на свертываемость крови, содержание холестерина в крови; неспецифические стимуляторы обмена веществ; препараты, используемые для коррекции водно-электролитного баланса и выведения токсических продуктов).

9. Препараты, влияющие на иммунитет (иммуномодуляторы и иммунокорректоры).

10. Антиоксиданты.

11. Противомикробные, противовирусные, противопаразитарные, противогрибковые средства (антибиотики, интерфероны, антисептики и различные синтетические препараты).

12. Препараты, применяемые в лечении онкологических заболеваний (в основном это вещества, тормозящие размножение клеток, а также антагонисты некоторых гормонов).

13. Диагностические средства (рентгеноконтрастные вещества, красители).

14. Прочие препараты различных фармакологических групп (сахара, сорбенты, фото-защитные препараты; средства для лечения алкоголизма; средства, угнетающие аппетит).

«Конечно, существует перечень жизненно необходимых и важных лекарственных препаратов (ЖНВЛП). Однако не надо забывать и о Федеральном законе от 12.04.10 №61-ФЗ «Об обращении лекарственных средств»

(ст. 55, пункт 7), согласно которому аптечные организации, индивидуальные предприниматели, имеющие лицензию на фармацевтическую деятельность, наряду с лекарственными препаратами имеют право приобретать и продавать:

- изделия медицинского назначения;
- дезинфицирующие средства;
- предметы и средства личной гигиены;
- посуду для медицинских целей;
- предметы и средства, предназначенные для ухода за больными, новорожденными и детьми, не достигшими возраста трех лет;
- очковую оптику и средства ухода за ней;
- минеральные воды;
- продукты лечебного, детского и диетического питания;
- биологически активные добавки (БАД);
- лечебную парфюмерно-косметическую продукцию;
- медицинские и санитарно-просветительные печатные издания, предназначенные для пропаганды здорового образа жизни», – напомнила **Е.Е. Лоскутова**.

Многие при формировании лекарственного ассортимента пользуются международной Анатомо-терапевтической-химической классификацией (англ. *Anatomical Therapeutic Chemical Classification System – ATX*). Она подразделяет лекарственные средства на группы, имеющие 5 различных уровней:

- анатомический орган или система;
- основные терапевтические/фармакологические;
- терапевтические/фармакологические;
- терапевтические/фармакологические/основные химические;
- по химической структуре.

УПРАВЛЯЕМ СО ЗНАНИЕМ ДЕЛА

Управлением ассортиментом товара называют деятельность по формированию, поддержанию и совершенствованию ассортимента товаров с целью обеспечения рентабельности торговли.

Когда маркетологи говорят про управление ассортиментом, то обращают внимание на три главных момента этого процесса:

- установление требования к понятию о рациональности;
- определение рациональной политики;
- формирование самого ассортимента.

Установление требований рациональности должно идти от потребителя. Поэтому нужно изучать запросы, выяснять, кто является «типичным» покупателем для конкретной аптеки, и в зависимости от этого формировать ассортиментную матрицу.

Есть много разных способов определения рациональности ассортимента. Коэффициент рациональности, ориентированный на маркетинговые показатели, – полноту, устойчивость и новизну ассортимента. Шкала, на которой все показатели выражаются в процентах, – высокий, низкий или средний.

Под ассортиментной политикой понимается деятельность по формированию оптимального ассортимента, который работает на удовлетворение социальных запросов населения и экономических запросов аптечной организации.

«Направлений по формированию аптечного ассортимента много. Сокращение, расширение, углубление, стабилизация... В каждом случае есть определенные основания заниматься этим направлением. А изменения, которые хотим получить, связаны как с количественными, так и качественными результатами. Правильно подобранный ассортимент должен находиться под постоянным и пристальным контролем руководителя аптеки и всего коллектива, т.к. именно правильно подобранный ассортимент – залог эффективности работы аптеки.

Продолжение в МА №7/17

По материалам конференции ААУ «СоюзФарма» «Аптека сегодня: новые стандарты и правоприменительная практика»

Марина МАСЛЯЕВА ■



ХРАНЕНИЕ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ В АПТЕКЕ

С 1 марта 2017 г. вступили в силу Правила надлежащей практики хранения и перевозки лекарственных препаратов для медицинского применения, утвержденные приказом Минздрава России от 31.08.16 №647н. Данный документ обязывает обеспечить реализацию комплекса мер, направленных на формирование системы обеспечения качества хранения и перевозки лекарственных препаратов. Что представляет собой данная система и каким образом она должна быть реализована в аптечной организации, в рамках онлайн-семинара рассказала **Наталья Золотарева**, к.фарм.н., доцент кафедры управления и экономики фармации Санкт-Петербургской государственной химико-фармацевтической академии.

В соответствии с действующим законодательством, а именно Федеральным законом «Об обращении лекарственных средств», фармацевтическая деятельность включает оптовую и розничную торговлю лекарствами, хранение, перевозку, отпуск и изготовление лекарственных средств (ЛС). В постановлении Правительства РФ от 22.12.11 №1081 впервые законодательно был уточнен набор работ и услуг, который включает в себя фармацевтическая деятельность. Также в соответствии с действующим положением о лицензировании фармдеятельности установлен определенный набор требований и условий, который фармацевтические организации должны выполнять в обязательном порядке, претендуя на получение лицензии, либо имея ее и осуществляя соответствующие виды деятельности.

Хотелось бы обратить внимание на один из подпунктов пункта 5, касающегося лицензионных требований и условий относительно хранения ЛС в аптечной организации. Подпункт 3 гласит, что лицензиат, осуществляющий хранение ЛС для медицинского применения, в обязательном порядке должен соблюдать соответствующие правила хранения. Данный подпункт включен в тот диапазон лицензионных требований и условий,

нарушение которых относится к грубым и ответственность за которые установлена действующим законодательством.

ТЕРМИНОЛОГИЯ

Одна из статей Государственной фармакопеи XII издания отдельно посвящена процессу хранения ЛС, и в ней четко указано, что это отдельный процесс, являющийся составной частью обращения ЛС и связанный с хранением ЛС до момента их использования в пределах установленного срока годности.

Процесс хранения ЛС предполагает решение нескольких глобальных задач, в т.ч. и в связи с введением новых нормативных документов, поэтому организуя процесс хранения, нужно создать систему обеспечения качества, которая позволит вести процесс хранения в соответствии с требованиями нормативных документов. Необходимо также, организуя хранение, обеспечить физическую сохранность товара. И немаловажный момент связан с тем, что ЛС представляют собой товар, для большей части которого требуются особые условия хранения. В связи с этим возникает еще одна важная задача – создание условий, обеспечивающих стабильность тех свойств товара, которые заявлены

производителем. Чтобы эти задачи решить, вырисовываются три направления деятельности тех, кто непосредственно задействован в процессе хранения.

Первое – с учетом требований новых нормативных документов разработать систему обеспечения качества, и она предполагает целый ряд инструкций и положений, так называемых СОПов, причем в документах приводится конкретный перечень стандартных процедур, которые необходимо разработать на уровне организации и утвердить их.

Второе – обеспечить процесс хранения необходимыми помещениями, оборудованием, которые должны отвечать установленным к ним требованиям.

Третье – создание необходимого режима хранения и организация размещения товаров при хранении (систематизация).

ЗАКОНОДАТЕЛЬСТВО О ПРОЦЕССЕ ХРАНЕНИЯ ЛС

Начнем с нормативно-правовой базы федерального значения, с постановления Правительства РФ №1148 от 31.12.09 «О порядке хранения наркотических средств и психотропных веществ». Этот документ неоднократно дополнялся и обновлялся.

Обращают, конечно, на себя внимание «Правила надлежащей практики хранения и перевозки ЛС для медицинского применения», утвержденные приказом Минздрава России от 31.08.16 №646н и вступившие в силу 1 марта 2017 г.

Также среди документов:

- действующий приказ Минздрава России от 23.08.10 №706н «Об утверждении правил хранения лекарственных средств»;
- приказ Минздрава от 24.07.15 №484н, касающийся организации хранения и создания особых режимов для наркотических средств и психотропных веществ;
- порядок транспортирования и хранения иммунобиологических ЛС от 2016 г. определен

соответствующим постановлением Главного государственного санитарного врача РФ от 17.02.16 №19;

■ приказ Минздрава РФ от 21.10.97 №309 утверждает инструкцию по санитарному режиму аптечных организаций (он получил вторую жизнь в связи со вступлением в силу Правил надлежащей аптечной практики, где особое внимание уделяется порядку уборки помещений, для чего должны быть разработаны соответствующие стандартные процедуры). Как их писать? Ответ очевиден: основываясь на требованиях нормативных документов. Кроме приказа №309 вряд ли еще можно назвать инструкции уровня Министерства здравоохранения РФ, которые давали бы ответ на вопрос, а как же должен быть правильно организован санитарный режим.

Нормативные документы, имеющие отношение и к аптечным организациям, и к оптовым, и к учреждениям здравоохранения, – это:

- приказ Минздравсоцразвития России от 09.01.07 №2 «Об утверждении норм естественной убыли при хранении лекарственных средств в аптечных организациях, организациях оптовой торговли ЛС и учреждениях здравоохранения». Этот документ актуален лишь для тех организаций, которые имеют отношение к субстанциям. Естественная убыль предполагает наличие соответствующего вида работ;
- приказ Минздрава России от 13.11.96 №377 «Об утверждении инструкции по организации хранения в аптечных организациях различных групп ЛС и ИМН»;
- приказ Минздрава России от 16.07.97 №214 России «О контроле качества лекарственных средств, изготовляемых в аптеках»;
- общая фармакопейная статья ОФС.1.1.0010.15 «О хранении лекарственных средств».

СИСТЕМА ОБЕСПЕЧЕНИЯ КАЧЕСТВА

Начнем с документа №646н, который вступил в силу с 1 марта 2017 г. Он содержит определенные новации, которые требуют

разъяснений. Данный документ распространяется на достаточно обширное количество участников сферы обращения ЛС. В первом пункте документа говорится о том, что исполнителями данного приказа являются производители, организации оптовой торговли ЛС, аптечные организации, индивидуальные предприниматели, осуществляющие фармацевтическую деятельность, а также медицинские организации, в числе которых ФАПы, амбулатории, центры различного рода, расположенные в тех населенных пунктах, где нет аптечных организаций, и которые наделены ФЗ-61 в 2010 г. частью полномочий по осуществлению отдельного вида работ и услуг фармдеятельности.

Второй раздел этого документа привлекает особое внимание – это система обеспечения качества хранения и перевозки ЛС. Говоря об организации хранения, хотелось бы начать с тех требований, которые предъявляются сегодня с точки зрения создания системы обеспечения качества.

В документе четко говорится, что это широкий круг обязанностей. Система обеспечения качества требует очень серьезного ресурса с точки зрения и времени, и средств, и персонала, потому что СОПы писать придется владельцам процессов, т.е. тем, кто непосредственно осуществляет те или иные процессы хранения, приема, отпуска ЛС. При этом никто не снимает с руководителя ответственности за организацию целого комплекса мер, который и будет поддерживать соответствующее качество ЛС в связи с их хранением.

Система обеспечения качества – это комплекс мер, который связан с разработкой, утверждением целого ряда вопросов. Во-первых, вы должны четко прописать в отдельном локальном нормативном акте организации, каким образом вы работаете с поставщиками, по каким критериям они отбираются, поскольку это форпост процесса

закупки и связанных с ним приема и хранения ЛС.

Приказ №646н говорит о том, что должны быть разработаны стандартные операционные процедуры, так называемые СОПы, на процесс приема, транспортировки, размещения ЛС. Это может быть или документ, где будут изложены все эти процессы в совокупности или документ, где могут быть описаны отдельные стандартные операционные процедуры. Как вам удобно. Сегодня нормативные документы никак не описывают, должны ли вы все вместе оформить или по отдельности. Должны быть прописаны формы документов, в которых вы фиксируете ход совершения процессов. Вы должны все это зафиксировать в своих инструкциях и положениях, связанных с процессом хранения ЛС. Также должно быть четко прописано, каким образом осуществляется выявление фальсификата, недоброкачественных, контрафактных ЛС. Осуществляются обслуживание и проверка измерительных приборов и оборудования, которые должны быть при хранении ЛС, и немаловажно, каким образом осуществлять контроль за соблюдением стандартных операционных процедур. Они создаются не для того, чтобы один раз на бумаге написать и забыть. Определенный позитивный момент в стандартных операционных процедурах есть. Это документ, который в определенной степени формализует порядок действий персонала, исключая субъективный фактор, ошибки при приеме, транспортировке, размещении и любого другого процесса, связанного с фармацевтической деятельностью. Нормативный документ предполагает, что стандартные операционные процедуры должны жить жизнью аптечной организации, должны меняться, когда есть объективные причины. Поводом для внесения изменения в стандартную операционную процедуру могут стать контрольные мероприятия, внутренние проверки, которые тоже должны быть

четко прописаны на уровне организации. Всеми мероприятиями, связанными с функционированием систем обеспечения качества, хранения и перевозки, занимается ответственное лицо – уполномоченный по качеству. Надо все процессы систематизировать, документировать, ознакомить сотрудников и спокойно работать по разработанным документам.

СОП – СТАНДАРТНАЯ ОПЕРАЦИОННАЯ ПРОЦЕДУРА

СОП – это алгоритм неких действий по разным процессам, документ, в котором пошагово описан тот набор действий, который должен осуществить сотрудник аптечной организации, чтобы выполнить ту или иную процедуру.

В плане вида стандартных операционных процедур есть два важных нормативных документа – приказы №646н и №647н. В них дословно указано, какие конкретные стандартные операционные процедуры должны быть разработаны. Но четкой классификации СОПов не существует, и каждая организация их самостоятельно систематизирует. Крупные компании, как правило, выделяют в отдельные группы СОПов все, что связано с оборудованием, его проверкой, отдельным блоком могут быть выделены СОПы, связанные с уборкой помещения, управлением риском и даже СОПы по управлению СОПами. Это тот документ, который будет описывать, кто у вас принимает участие в разработке документов, в какого рода документах принимает участие, сколько экземпляров и копий у этих документов, где они будут храниться, обновляться и согласовываться. Это огромный пласт работы. Поэтому там, где стандартных операционных процедур много, нужны СОПы для управления СОПами.

СОПы – это не единственный документ, который формирует документацию системы качества. Главный документ – руководство

по качеству. Приказ №647н говорит о том, что такой документ должен быть разработан, в нем приводится тактика организации с точки зрения обеспечения качества соответствующих товаров, удовлетворение требований потребителя при реализации и осуществлении того или иного вида работ или услуг. Документами второго уровня являются СОПы, в которых указывается, кто, что, когда, с помощью каких ресурсов осуществляет должностные инструкции и др. (записи по качеству в том числе).

К сожалению, сегодня отсутствуют четкие указания, как должно этот документ составить, в каком формате. Но, так или иначе, описывая процесс, вы должны ответить, как минимум, на несколько вопросов: кто этот процесс осуществляет, с помощью какого оборудования, какие ресурсы привлекаются, какие при этом процедуры используются, какие методы и как этот процесс можно оценить или измерить. Ничего сложного нет, надо только систематизировать огромный объем документов и изложить в логической последовательности.

Схема описания процесса, т.е. стандартная операционная процедура, как правило, должна включать следующие разделы: цель процесса, его масштаб, ответственность, ссылки на документы, которыми вы пользовались, разрабатывая ее, терминология, если необходимо, и ключевой раздел – сам алгоритм действий и записи по качеству.

Приказ №646н требует разработки ряда стандартных операционных процедур, в т.ч. на прием товара.

ПРИМЕР СОП – ПРИЕМ ЛС АПТЕЧНОЙ ОРГАНИЗАЦИЕЙ

Целесообразно начать СОП с идентификатора СОП, в котором надо указать вид документа или пронумеровать процедуры. По нормативным документам системы обеспечения качества вы непрерывно должны улучшаться, предпринимать корректирующие и

предупреждающие мероприятия, действия. Как вы докажете, что их провели? В том числе изменением стандартной операционной процедуры. Вторая улучшенная версия будет отражена в идентификаторе. Это покажет проверяющему, что ваши версии рабочие, и они изменяются.

1. Подготовительные мероприятия – подготовка мест для поступления препаратов (холодильное оборудование, сейфы, шкафы-стеллажи в зависимости от вида препаратов).

2. Разгрузка. При поступлении ЛС проверяется правильность транспортировки.

3. Размещение препаратов. Наркотические препараты требуют моментального перемещения в сейфы и металлические шкафы. На следующем этапе ответственный за прием проверяет сопроводительные документы, далее заполняется товарная накладная, ставится штамп приемки, документы передаются поставщику.

4. Приемочный контроль. Здесь возможны два варианта развития событий: если все устраивает при приемочном контроле или есть вопросы с точки зрения качества и количества при приемке и тогда требуются определенные действия со стороны ответственного лица. В первом случае, если вы соглашаетесь с поставкой, делается соответствующая запись в сопроводительных документах (накладная, штамп приемки, печать аптеки, ФИО и подпись ответственного лица на протоколе согласования) и далее следует процесс регистрации поступившего товара в журнале регистрации приемочного контроля, форма которого не определена действующими нормативными документами. Ее определяет руководитель аптечной организации. Если поступают медикаменты предметно-количественного учета, записи вносятся в соответствующий журнал.

Во втором случае, если вы не соглашаетесь либо с точки зрения количества, либо с точки зрения качества ЛС. В этом случае ответственный сотрудник составляет претензионное

письмо, комиссия на основании его составляет акт о выявлении расхождений в количестве и качестве при приемке ЛС. Такой товар должен быть помещен в карантинную зону до выяснения обстоятельств. Завершение СОП – если при приемочном контроле не выявляются несоответствия требованиям к качеству, следует размещение препаратов по местам хранения с учетом отдельного СОПа. Далее разбираемся с многооборотной возвратной тарой и переносим ее в отведенную зону, прописываем ответственность. Документ должен включать такие позиции, как и кто разработал (непосредственный участник и контролер), кто согласовал. Утверждает стандартную процедуру руководитель.

Золотое правило GMP: то, что не задокументировано, того не существует.

ТРЕБОВАНИЯ К ПОМЕЩЕНИЯМ

Требования к помещениям очень важны с точки зрения организации хранения. Их определяют два нормативных документа: приказы Минздрава №706н и №646н. Устройство, состав, эксплуатация и оборудование помещений для хранения ЛС должны соответствовать объему и виду осуществляемых работ и, конечно же, обеспечивать сохранность ЛС. Для аптечных организаций нет требований к составу помещений, площадям, в отличие от производителей и оптовиков. Допускается исключительно влажная уборка помещений, и в соответствии с требованиями приказа №646н процедура уборки должна быть зафиксирована в СОПе.

Традиционно помещения для хранения должны быть обеспечены оборудованием в виде стеллажей, шкафов, поддонов, причем они должны быть идентифицированы, промаркированы. В помещениях хранения фиксируется и должна поддерживаться определенная температура и влажность. Помещения оснащаются приборами для регистрации параметров температуры и влажности. Приборы должны поддерживаться в исправном

состоянии. Отдельный документ должен фиксировать процесс ввода оборудования в эксплуатацию, его проверки. Это может быть отдельный СОП.

Приказ №706н говорит о необходимости учета ЛС с ограниченным сроком годности.

В аптечной организации обязательно наличие карантинных зон: одна для ЛС, в отношении которых принято решение о приостановке реализации, другая для фальсификата, препаратов с истекшим сроком годности,

а также еще одна зона для прочих товаров аптечного ассортимента. Каждая фармакологическая группа ЛС хранится в соответствии со своей спецификой: например, отдельного хранения требуют ЛС, подлежащие предметно-количественному учету, и т.д.

По материалам онлайн-семинара, организованного Петербургским союзом врачей

Анна ГОНЧАРОВА ■



АНТИКОАГУЛЯНТЫ НЕПРЯМОГО ДЕЙСТВИЯ

Префранская Нина Германовна

Доцент кафедры фармакологии образовательного департамента Института фармации и трансляционной медицины Мультидисциплинарного центра клинических и медицинских исследований Международной школы «Медицина будущего» Первого МГМУ им. И.М. Сеченова (Сеченовский университет), к.фарм.н.

Антикоагулянты непрямого действия – средства, действующие на процесс свертывания крови, конкурентно ингибируют редуктазу витамина К, тормозят активирование в организме и прекращают синтез К-витаминзависимых плазменных факторов гемостаза.

К антикоагулянтам непрямого действия относятся синтетические вещества, производные 4-оксикумарина: **Аценокумарол** (Синкумар), **Варфарин** (Варфарекс) и производное индандиона **Фениндион** (Фенилин).

Данные препараты, в отличие от **гепарина**, не оказывают влияния на факторы свертывания непосредственно в крови и не воздействуют на сам кровяной сгусток. В лабораторных условиях при смешивании антикоагулянтов непрямого действия с кровью не происходит свертывания крови. Антикоагулянты непрямого действия оказывают влияние на свертывающую систему через ряд биохимических реакций, в результате которых развивается состояние, аналогичное гиповитаминозу К.

Препараты являются стереоструктурными аналогами жирорастворимого витамина К и поэтому их еще называют антагонистами витамина К. При пероральном применении препаратов снижается активность плазменных факторов свертывания крови, тромбин образуется медленнее, а значит медленнее формируется тромб. Они эффективны лишь при непосредственном их введении в организм, т.к. ингибируют в печени синтез белков плазмы крови, зависящих от витамина К, – фактора II (протромбина), фактора VII

(проконвертина), IX (фактора Кристмаса) и X (фактора Стюарта).

Все эти факторы прокоагулянтного пути содержат остатки γ -карбоксиглутаминовой кислоты и образуются в эндоплазматическом ретикулуме гепатоцитов. Витамин К необходим для образования функционально полноценных факторов, т.к. выполняет роль кофермента в реакции γ -глутамил-карбоксилирования нескольких остатков глутаминовой кислоты. Ко-ферментную активность проявляет восстановленная форма витамина К-дигидрохинон. В процессе реакции карбоксилирования витамин К-дигидрохинон окисляется с образованием неактивного *витамин К-2,3 эпоксида*. Антикоагулянты непрямого действия препятствуют восстановлению витамин К-2,3 эпоксида в активный витамин *К-дигидрохинон*. Остатки γ -карбоксиглутаминовой кислоты в активированных факторах (IIa, VIIa, IXa, Xa) обеспечивают их взаимодействие непосредственно с ионами кальция и с отрицательно заряженными фосфолипидами клеточных мембран. В отсутствие ионов Ca^{2+} кровь не свертывается. В печени не прямые антикоагулянты ингибируют тиолзависимые ферменты витамин К – НАД • Н-зависимые эпоксидредуктазу и хинонредуктазу, блокируют восстановительный этап, в результате чего

образуются частично карбоксилированные, функционально неактивные белки, которые попадают в кровь. Возникает торможение свертывания крови и предупреждается тромбообразование.

При применении антикоагулянтов непрямого действия в крови снижается концентрация факторов свертывания не сразу, а постепенно, одновременно понижается скорость коагуляции. Начало их действия характеризуется латентным периодом, поэтому быстрота возникновения эффекта, сила действия, степень кумуляции (накопления в организме) и продолжительность эффекта у данных препаратов варьирует. Начало действия **Варфарина** наступает через > 12 ч, пик эффекта – на 3-й день и продолжительность действия – от 36 до 120 ч.

У **Аценокумарола** антикоагулянтный эффект развивается через 24–48 ч после приема препарата, и этот эффект сохраняется 3 суток. Начало действие **Фининдиона** – через 8–10 ч, пик действия – 24–48 ч и продолжительность – 4 дня. Препараты обладают наиболее стабильным эффектом. Такое медленное развитие эффекта объясняется тем, что при введении они накапливаются в организме и в крови еще какое-то время циркулируют полноценные факторы свертывания.

ДОЗИРОВАНИЕ

Препараты антикоагулянтов непрямого действия обладают способностью к кумуляции как материальной, так и функциональной, что требует правильного дозирования и точного поддержания развившегося эффекта. Лечение проводят под обязательным контролем уровня протромбина в плазме крови. Методом контроля является определение протромбинового времени – показателя, величина которого зависит от содержания в крови протромбина и факторов IX и X. В период лечения необходимо осторожно достигать удлинения протромбинового времени в 2–3 раза и удерживать его в течение всего курса терапии. При

применении антикоагулянтов непрямого действия от 1 до 6 лет снижается риск смертности от инфаркта миокарда и частоты развития повторного нефатального инфаркта на 20%, а при лечении варфарином снижается суммарная частота риска повторных инфарктов, инсульта и общей смертности на 50%.

Антикоагулянты непрямого действия применяют для длительной профилактики и лечения тромбозов и тромбоэмболий (тромбозов глубоких вен, тромбоэмболии легочной артерии, тромбоэмболических осложнений при мерцательной аритмии предсердий, инфаркте миокарда, протезировании клапанов сердца) в хирургической практике для предупреждения тромбообразования в послеоперационном периоде.

Антикоагулянты непрямого действия применяются исключительно внутрь (перорально), **внутримышечно, внутривенно или подкожно их использовать нельзя**. Выпускаются в таблетках: **Аценокумарол** (Синкумар) 2 мг и 4 мг; **Варфарин** (Варфарекс) 2,5 мг, 3 мг и 5 мг; **Фениндион** (Фенилин) 30 мг. Препараты хорошо и почти полностью всасываются (90%), биодоступность достигает 93–98%, подвергаются биотрансформации в печени и выводятся с мочой. Во время терапии данными препаратами необходимо строго соблюдать диету, исключив из рациона продукты, богатые витамином К: листовые овощи, цветную капусту, шпинат, томаты, кукурузное масло, говяжью печень, яйца и др.

Обратить внимание! Перечисленные препараты противопоказаны при серьезных заболеваниях печени и почек, при тяжелой артериальной гипертензии. Прекращать терапию антикоагулянтами непрямого действия следует не сразу, а постепенно – медленно, уменьшая дозу и увеличивая время между приемами препарата (до 1 раза в день или даже через день). Резкая отмена лекарственного средства может повлечь за собой внезапное компенсаторное повышение в крови уровня протромбина, что может вызвать тромбоз.

Наиболее частыми осложнениями при применении препаратов – антикоагулянтов непрямого действия являются кровотечения. Для остановки кровотечений, вызванных антикоагулянтами непрямого действия, следует вводить водорастворимый препарат витамина К₁ (Викасол) или концентрат протромбинового комплекса (содержит II, VII, IX, X фактор). К другим побочным эффектам антикоагулянтов непрямого действия относятся аллергические реакции, диарея, дисфункция печени, некроз кожи.

Препараты антикоагулянтов непрямого действия проникают через плаценту и могут оказывать тератогенное действие, поэтому они противопоказаны при беременности и далее во время кормления грудью.

Фениндион, помимо перечисленных побочных эффектов, может вызвать угнетение кроветворения. На фоне лечения препаратом возможно окрашивание кожи и изменение цвета мочи. В случае появления этих симптомов следует заменить другим препаратом. Возможна повышенная чувствительность организма больного к **Аценокумаролу**. В случае появления аллергических реакций его необходимо отменить.

Не следует назначать одновременно с антикоагулянтами многие лекарственные средства. При одновременном применении Варфарина с ацетилсалициловой кислотой (Кардиоаспирин, ТромбоАСС) или другими

антиагрегантами усиливается риск возникновения кровотечений, поскольку они способствуют повышению концентрации свободного антикоагулянта в крови. Антикоагулянтный эффект усиливают при одновременном применении препарата с *НПВС, симвастатином, амиодароном, хинидином, метронидазолом, цефалоспоринами, салицилатами, сульфасалазином*. Ослабляют эффект *холестирамин* (ухудшение адсорбции), *витамин К, слабительные препараты, парацетамол в большой дозе, гризеофульвин* и индукторы печеночных ферментов (*барбитураты, рифампицин*). Антагонистическое действие в отношении антикоагулянтного эффекта возникает у больных, хронически злоупотребляющих алкоголем и никотином.

Важно! Антикоагулянты прямого и непрямого действия – это очень серьезные препараты, которые при непрофессиональном приеме могут вызвать серьезные и даже опасные для жизни осложнения.

Данная информация про все антикоагулянтные препараты предоставлена специалистам – провизорам и фармацевтам – лишь с целью ознакомления и категорически запрещает их рекомендовать покупателям! Определить, необходимы ли они пациенту, а также подобрать эффективную и безопасную дозировку этих препаратов может только врач-кардиолог!



ПРЕПАРАТЫ ВЫБОРА ПРИ СКЕЛЕТНО-МЫШЕЧНОЙ БОЛИ

Скелетно-мышечные боли чрезвычайно распространены и представляют 1/3 от всех хронических болевых синдромов. Их локализация весьма разнообразна. Наиболее излюбленными местами их локализации являются поясничный, крестцовый, наплечный отделы позвоночника, голень и шея. При этом у пациентов жалобы возникают на боли сразу в нескольких областях одновременно.

Каратеев Андрей Евгеньевич

Заведующий лабораторией гастроэнтерологических проблем при ревматических заболеваниях ФГБНУ НИИР им. В.А. Насоновой, д.м.н.

Скелетно-мышечными болями (СМБ) люди страдают в любом возрасте. Предпосылкой к развитию СМБ являются функциональные нарушения опорно-двигательной системы, вследствие компенсации естественно-возрастных процессов старения, вызванных чаще всего:

- возрастом;
- занятиями тяжелым физическим трудом (особенно длительные, статические нагрузки, подъем тяжестей на пределе возможного, вибрация);
- наличием психосоциальных аспектов (монотонная работа, неудовлетворение условиями труда);
- ожирением;
- курением;
- наркоманией;
- выраженным сколиозом;
- головными болями в анамнезе.

Терапия СМБ носит комплексный характер, в ней важен как фармакологический, так и нефармакологический методы воздействия. В лечении распространенное применение получили **миорелаксанты, нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП) и анальгетики.**

Цель терапии – разорвать порочный круг: **Боль – Мышечный спазм – Боль.**

При выборе средства «первой линии» для лечения СМБ стоит начинать с умеренных, постепенно переходя к средствам «высокой интенсивности», при отсутствии абсолютных противопоказаний. Максимальный эффект от применения НПВП достигается при их регулярном использовании. Оценка эффективности НПВП должна проводиться через 7–14 дней от начала дачи первой терапевтической дозы препарата. Выбор лекарственной формы НПВП проводят с учетом всего собранного анамнеза. Целесообразным способом применения НПВП является пероральное, использование инъекционных форм показано для кратковременного лечения интенсивных острых СМБ, если невозможен пероральный прием. Длительное (более 3 дней) применение инъекционных форм НПВП не оправдано с точки зрения эффективности и безопасности. Локальные формы (мази, гели, спреи) могут быть использованы в качестве дополнительного анальгетика при слабой или умеренно выраженной СМБ, а также невозможности системного применения этих препаратов из-за наличия высокого риска осложнений. Выбор НПВП должен основываться на критериях безопасности и определяться, основываясь на тех или иных факторах риска.

Табл. 1 Алгоритм выбора НПВП

Сердечно-сосудистый риск	
Низкий	Высокий
Лекарственный препарат	Лекарственный препарат
Неселективный НПВП (Напроксен – Налгезин форте)	Напроксен + ингибитор протонной помпы (ИПП) – Налгезин + Нольпаза/ Эманера/Зульбекс
Ингибиторы ЦОГ-2 (Целекоксиб/ Дилакса) нс – НПВП + ИПП	Напроксен + ИПП – Налгезин + Нольпаза/ Эманера/Зульбекс
нс – НПВП + ИПП Целекоксиб + ИПП	Если невозможно избежать применения НПВП: Напроксен + ИПП Целекоксиб + ИПП

Примечание: при выборе НПВП риск осложнений со стороны ЖКТ возрастает при переходе от неселективного НПВП к ингибиторам ЦОГ-2 и далее.

Парацетамол может быть использован как дополнительный анальгетик при лечении НПВП или в качестве самостоятельного средства при умеренно выраженной СМБ. При использовании парацетамола следует учитывать возможное развитие осложнений со стороны печени. Согласно оценке американской ассоциации терапевтов АСТ, парацетамол – лекарство слабое, требующее дозировки не менее 4 г/сутки. В ограниченной группе больных, при сравнении действия парацетамола и плацебо, применяемых в течение 17 дней, в указанной дозировке, между ними не было обнаружено никакой разницы. Установлено, что парацетамол негативно влияет на состояние сердечно-сосудистой системы и ЖКТ.

Трамадол (опиоиды) в комбинации с парацетамолом могут быть использованы как дополнительный анальгетик при недостаточной эффективности НПВП. На сегодняшний день трамадол – единственный опиоидный анальгетик, реально доступный российским пациентам. Главное достоинство трамадола – низкий риск развития сердечно-сосудистых осложнений,

в качестве дополнения НПВП-терапии. Назначение опиоидных анальгетиков осуществляется методом «титрования» для подбора индивидуально эффективной и переносимой дозы. Установлено, что эффективность лечения опиоидами не превышает 50% из-за их плохой переносимости. Лечащему врачу не следует упускать из вида формирование лекарственной зависимости к опиоидным анальгетикам.

Флупиртин является эффективным средством при кратковременном лечении СМБ. Этот препарат рассматривается в качестве альтернативы НПВП в тех ситуациях, когда имеются противопоказания для системного назначения нестероидных противовоспалительных препаратов.

Для лечения СМБ могут быть использованы **глюкокортикостероиды** (ГКС) и **гиалуроновая кислота**. Учитывая, что инъекции ГКС могут сопровождаться рядом серьезных местных и системных осложнений, повторные инъекции в одну и ту же область должны проводиться не ранее, чем через 2–3 недели после первой инъекции. Курсовое введение препаратов гиалуроновой кислоты является важным элементом лечения хронических болей, вызванных остеоартрозом крупных суставов. **Медленно действующие симптоматические средства** (МДСС) способны уменьшить выраженность СМБ, возникшую на фоне остеоартроза. Их целесообразно назначать с быстродействующим анальгетиком (НПВП, парацетамол), оценивая их эффективность не ранее 1–2 месяцев после начала приема.

Особенностью действия МДСС является постепенное развитие терапевтического эффекта. Уменьшение боли относительно начальных показателей невелико – 20–25% от исходного уровня.

Из современных лекарственных средств при лечении СМБ широкое применение получил **Дилакса** (Целекоксиб), преимуществами в назначении которого являются:

- выраженный обезболивающий эффект;
- низкий риск ЖКТ-осложнений;
- удобный подбор терапии.

Табл. 2 Алгоритм выбора НПВП

Показания	Режим дозирования
Симптоматическое лечение остеоартроза	200 мг в день в 1 или 2 приема
Симптоматическое лечение анкилозирующего спондилита	200 мг в день в 1 или 2 приема
Симптоматическое лечение ревматоидного артрита	100 мг или 200 мг 2 раза в день
Лечение болевого синдрома и первичной дисменореи	400 мг – начальная доза, при необходимости + 200 мг в первый день; далее 200 мг 2 раза в день

По материалам симпозиума в рамках
XXIV Национального конгресса
«Человек и лекарство»

Ольга ДАНЧЕНКО ■



ВОПРОС – ОТВЕТ СПЕЦИАЛИСТОВ

В организации действуют две кассы. Вторая касса установлена в обособленном подразделении, которое находится за пределами города.

В кассу вносятся денежные средства, полученные от покупателей аптеки, а также возвращаемые подотчетными лицами, которые до этого получили денежные средства в основной кассе организации. Денежные средства второй кассы в основном выдаются под отчет.

Кассир передает информацию для заполнения кассовой книги из обособленного подразделения в головное подразделение.

Кассу разбили на субсчета 50.01 и 50.04, кассовая книга ведется общая. Нумерация документов ведется общая.

Есть ли нарушение правил ведения кассовых операций в данной ситуации?

Рассмотрев вопрос, мы пришли к следующему выводу:

Обособленное подразделение, в котором ведутся кассовые операции, должно вести собственную кассовую книгу.

Обоснование вывода:

В настоящий момент основным документом, регламентирующим порядок ведения кассовых операций, является указание Банка России от 11.03.14 №3210-У «О порядке ведения кассовых операций юридическими лицами и упрощенном порядке ведения кассовых операций индивидуальными предпринимателями и субъектами малого предпринимательства» (далее – Указание ЦБ РФ).

Согласно пп. 4.6 п. 4 Указания ЦБ РФ поступающие в кассу наличные деньги, за исключением наличных денег, принятых при осуществлении деятельности платежного агента, банковского платежного агента (субагента), и выдаваемые из кассы наличные деньги юридическое лицо учитывает в кассовой книге 0310004. Кассир в кассовой книге 0310004 производит записи по каждому приходному кассовому ордеру 0310001, расходному кассовому ордеру 0310002, оформленному соответственно на полученные, выданные наличные деньги (полное

оприходование в кассу наличных денег) (абзац третий пп. 4.6 п. 4 Указания ЦБ РФ).

То есть записи вносятся в кассовую книгу при каждом факте приема и выдачи наличности из кассы.

В конце рабочего дня кассир сверяет данные, содержащиеся в кассовой книге 0310004, с данными кассовых документов, выводит в кассовой книге 0310004 сумму остатка наличных денег и проставляет подпись (абзац четвертый пп. 4.6 п. 4 Указания ЦБ РФ).

Если в кассу обособленного подразделения поступают наличные деньги и (или) выдаются из кассы наличные деньги, то согласно общему порядку учета денежной наличности в соответствии с п. 4.6 п. 4 Указания ЦБ РФ необходимо производить учет денежной наличности, т.е. вести кассовую книгу.

Отсюда следует, что каждое обособленное подразделение, в котором ведутся кассовые операции, независимо от того, на какие цели будут расходоваться наличные денежные средства, должно вести собственную кассовую книгу.

Кроме того, абзацем седьмым пп. 4.6 п. 4 Указания ЦБ РФ установлено, что обособленные подразделения (без каких-либо исключений) передают юридическому лицу копию

листа кассовой книги 0310004 в порядке, установленном юридическим лицом, с учетом срока составления юридическим лицом бухгалтерской (финансовой) отчетности.

Согласно письму Банка России от 04.05.12 №29-1-1-6/3255, разъясняющему аналогичные нормы ранее действовавшего Положения Банка России от 12.10.11 №373-П «О порядке ведения кассовых операций с банкнотами и монетой Банка России на территории Российской Федерации», требование о ведении кассовой книги, в которую вносятся записи на основании приходных кассовых ордеров и расходных кассовых ордеров, должно соблюдаться каждым обособленным подразделением юридического лица, ведущим кассовые операции, независимо от наличия банковского счета юридического лица, открытого для совершения операций обособленным подразделением (см. также письмо ФНС России от 12.09.12 №АС-4-2/15195).

В письме ФНС России от 05.06.13 №АС-4-2/10250 «О направлении арбитражной практики» было приведено постановление Тринадцатого арбитражного апелляционного суда от 25.02.13 по делу №А56-55039/2012, в котором указывается на необходимость ведения кассовой книги каждым обособленным подразделением организации, ведущим кассовые операции, поскольку невнесение в кассовую книгу записи о поступлении наличных денежных средств в день их поступления является неоприходованием в кассу этих денежных средств.

Таким образом, неведение кассовой книги может послужить основанием для привлечения организации к административной ответственности по части 1 ст. 15.1 КоАП РФ.

Требование вести кассовую книгу обособленным подразделением подтверждается судебной практикой.

В постановлении Пятнадцатого арбитражного апелляционного суда от 13.05.16 №15АП-6184/16 говорится, что состав части 1 ст. 15.1 КоАП РФ охватывает не только деяние, заключающееся в неполном оприходовании денежных средств в кассу, но также и деяние, заключающееся в неведении кассовых книг

обособленными подразделениями, в связи с чем суд приходит к выводу, что состав правонарушения, вмененный инспекцией обществу, является доказанным.

Аналогичные выводы содержит постановление Девятого арбитражного апелляционного суда от 29.04.16 №09АП-14017/16: кассовая книга по обособленному подразделению не представлена по причине ее неведения. Общество допустило нарушение порядка ведения кассовых операций, выразившееся в неоприходовании в кассу обособленного подразделения наличных денежных средств.

В постановлении Пятнадцатого арбитражного апелляционного суда от 28.06.16 №15АП-6594/16 указывается, если обособленное подразделение организации осуществляет наличные операции, оно обязано вести кассовую книгу, в т.ч. когда наличная выручка передается в кассу головного подразделения. ПБУ 1/2008 «Учетная политика организации» не освобождает юридических лиц от обязанности соблюдать кассовую дисциплину.

В постановлении Пятнадцатого арбитражного апелляционного суда от 26.05.16 №15АП-6464/16 отмечалось, что обособленным подразделением общества не оприходовались наличные денежные средства по месту осуществления деятельности по причине неведения кассовой книги обособленным подразделением. Передача денежных средств, принятых по месту осуществления деятельности обособленного подразделения, в дальнейшем в кассу юридического лица (без оприходования по месту нахождения обособленного подразделения) является нарушением порядка, установленного Указаниями ЦБ РФ.

Эксперт службы Правового консалтинга ГАРАНТ

Олег ГРАФКИН





ЦИТОХРОМ С В МЕТАБОЛИЧЕСКОЙ ЗАЩИТЕ КАРДИОМИОЦИТОВ

Наиболее частыми осложнениями, возникающими при ишемической болезни сердца (ИБС), являются инфаркт миокарда, внезапная коронарная смерть, сердечная недостаточность и нарушения ритма сердца.

В настоящее время распространенность ИБС у взрослого населения составляет 10%, а у лиц пожилого возраста этот показатель оказывается более 20%. По данным статистики, ежегодно в мире от сердечно-сосудистых заболеваний умирают около 18 млн человек, в России эта цифра колеблется в пределах 1–2 млн человек.

Возникающая при ишемических заболеваниях гипоксия нарушает утилизацию жирных кислот, в митохондриях накапливаются ацетил-КоА и ацилированный карнитин, вследствие чего угнетаются функции внутриклеточных структур. **Нарушаются процессы тканевого дыхания, возникает клеточный ацидоз, локальное воспаление и пероксидация, нарушается ионное равновесие, уменьшается синтез АТФ, что приводит к развитию функциональных нарушений в кардиомиоцитах.**

Действие средств метаболической защиты, направленное на кардиомиоциты, для

повышения их устойчивости к ишемическим повреждениям, на поддержание оптимального уровня энергетических возможностей и нормализации метаболических процессов нормализует энергетический метаболизм клеток, которые подвергались гипоксии и ишемии, предотвращает снижение содержания внутриклеточного АТФ и обеспечивает сохранение клеточного гомеостаза.

Поэтому важную роль в комплексном лечении ИБС играет применение препаратов, обладающих метаболическим, антигипоксическим, антиоксидантным, кардиоцитопротекторным действием.

Цитопротекторный эффект данных препаратов обусловлен повышением энергетического потенциала, активацией окислительного декарбоксилирования, рациональным потреблением кислорода и устранением нарушения клеточного метаболизма. Они способствуют восстановлению ионного гомеостаза, функций мембран, усиливают стимуляцию

регенерации поврежденных клеток и предупреждают развитие необратимых процессов в кардиомиоцитах.

В отечественной медицине успешно применяют препараты с кардиопротекторными, антигипоксическими и антиоксидантными свойствами, но не все они одинаково эффективны.

Каждое лекарство имеет свое неповторимое фармакологическое действие, поэтому важен правильный подбор кардиоцитопротекторной терапии. Некоторые препараты на практике успешно доказали свою клиническую эффективность.

В настоящее время широкое применение получили препараты: Триметазидин (Предуктал МВ, Римекор), Мельдоний (Милдронат, Кардионат), Цитохром С, Коэнзим Q10, Актовегин и др.

Мельдоний, наделавший много шума в спортивной среде, на самом деле является структурным синтетическим аналогом гамма-бутиробетаина – предшественника карнитина. При его применении снижается синтез карнитина и транспорт длинноцепочечных жирных кислот через клеточные мембраны, что препятствует накоплению в клетках активированных форм неокисленных жирных кислот. Препарат улучшает обмен веществ и обеспечивает энергией на тканевом и клеточном уровне все органы. При ишемии предупреждает нарушение транспорта АТФ и активирует гликолиз, улучшает метаболизм и обменные процессы в человеческом организме. Мельдоний перераспределяет кровоток и направляет больший объем крови к тем участкам, которые испытывают дефицит кислорода, т.е. функционируют в условиях ишемии.

Триметазидин обеспечивает нормальное функционирование мембранных ионных каналов, трансмембранный перенос ионов калия и натрия и сохранение клеточного гомеостаза. В нормальных условиях основными субстратами для выработки энергии в кардиомиоцитах служат свободные жирные кислоты, окисление которых обеспечивает 60–80% синтеза АТФ, а также

глюкоза, обеспечивающая 20–40% синтеза АТФ.

Препарат поддерживает энергетический метаболизм сердца и уменьшает размер повреждения миокарда, уменьшает внутриклеточный ацидоз и повышенное содержание фосфатов, обусловленные ишемией миокарда и реперфузией. уменьшает выход креатинфосфокиназы из клеток и выраженность ишемических повреждений миокарда.

Цитохром С – ключевая молекула важнейших биохимических процессов, основной компонент дыхательной цепи митохондрий в клетках организма человека, играющий ключевую роль в процессах тканевого дыхания, усиливает энергетический потенциал клетки, особенно при ишемии и гипоксии, являясь катализатором клеточного дыхания. Механизм действия препарата **Цитохром С** связан с наличием в простетической группе железа, способного переходить из окисленного состояния в восстановленное. В результате ускоряются эндогенные окислительно-восстановительные реакции и обменные процессы в тканях, улучшается утилизация кислорода и снижается гипоксия тканей при различных патологических состояниях. Препарат стимулирует процессы поглощения кислорода митохондриями клетки и окислительного фосфорилирования, регулирует в митохондриях отношение НАД-Н//НАД+ и транспорт АДФ и АТФ, способствует улавливанию, накоплению и трансформации энергии, препятствует образованию супероксидных радикалов и осаждению холестерина (его эфиров) на стенках аорты.

Применяют препарат Цитохром С в комплексной терапии пациентов с ИБС (стенокардией, инфарктом миокарда), при хронической сердечной недостаточности и для улучшения тканевого дыхания при состояниях, сопровождающихся нарушением окислительно-восстановительных процессов в организме.

Препарат применяют внутривенно (в/в) и внутримышечно (в/м). Этот отечественный препарат выпускается фармацевтической компанией «Самсон-Мед» в виде

лиофилизата для приготовления раствора для в/в и в/м введения во флаконах вместимостью 5 мл, содержащих 10 мг препарата, который вводят внутрь, независимо от приема пищи, по 80 мг/сутки (4 раза в день по 20 мг). Курс лечения – от 5 до 10 дней, в зависимости от тяжести гипоксии.

При стенокардии назначают по 20 мг один раз в сутки в течение 10 дней, повторяя курс каждые три месяца в течение года.

При сердечной недостаточности препарат разводят в 200 мл изотонического раствора хлорида натрия или 5% раствора глюкозы и вводят в/в, капельно – 30–40 капель в минуту в течение 6–8 ч. Суточная доза в данном случае составляет 30–80 мг.

При внутримышечном введении Цитохром С определяется в ткани сердца через 15 мин., максимальная концентрация достигается через 30 мин., через 24 часа препарат определяется в крови в минимальных количествах.

Во избежание аллергических реакций на данный препарат перед применением следует определить индивидуальную чувствительность к нему. С этой целью внутрикожно вводят 0,1 мл препарата (0,25 мг). Если при этом в течение 30 мин. не наступает реакция (покраснение лица, кожный зуд, крапивница), то можно приступать к инъекциям. Перед назначением повторного курса биологическую пробу обязательно повторяют.

Обращает на себя внимание тот приятный факт, что прием препарата не влияет на способность к управлению транспортными средствами и выполнению прочих потенциально опасных видов деятельности.

Эффективность препарата **Цитохром С** имеет клиническую доказательную базу, а именно улучшает клиническую симптоматику, показатели качества жизни и способствует повышению толерантности к физической нагрузке.

Актовегин – высокоочищенный гемодиализат из крови телят с молекулярным весом 5000Д, полученный методом ультрафильтрации. Этот депротенинизированный гемодериват содержит физиологические компоненты, обладающие высокой антигипоксической и антиоксидантной биологической активностью. Антиоксидантный эффект Актовегина обусловлен супероксиддисмутазной активностью. Магний в его составе, компонент нейропептидных фрагментов и ферментов, выполняет функции каталитического центра, обеспечивающего контроль и запуск энзимобиохимических внутриклеточных процессов.

Препарат оказывает системное действие на организм, активизирует аэробное дыхание клеток, находящихся в состоянии ишемии и метаболической недостаточности, повышает обмен веществ, улучшает трофику и регенерацию в тканях.

Применение средств метаболической защиты кардиомиоцитов позволяет откорректировать стандартную клиническую фармакотерапию, уменьшить частоту приступов и увеличить толерантность организма пациента к физическим нагрузкам. Важным преимуществом использования препаратов метаболической защиты являются малая частота нежелательных гемодинамических реакций, хорошая переносимость пациентами всех возрастных групп, что делает их применение особенно привлекательным для больных пожилого и старческого возраста.

Важно! Все перечисленные препараты применяются строго в соответствии с назначением врача и при условии внимательного прочтения аннотации производителя. Будьте здоровы!

Н.Г. ПРЕФЕРАНСКИЙ, д.фарм.н., проф. ■



ЦИТОХРОМ С

Лиофилизат 10 мг
для приготовления раствора
для внутривенного и внутримышечного применения

**Оригинальный цитопротектор широкого спектра действий
не вызывающий лекарственной толерантности**

▶ **Кардиология**

Хроническая сердечная недостаточность

▶ **Гепатология**

Острые и хронические вирусные гепатиты

▶ **Хирургия и клиника неотложных состояний**

Тяжелые травмы. Во время предоперационной подготовки и послеоперационном периоде ведения пациентов

▶ **Пульмонология**

Воспалительные заболевания, бронхиальная астма

▶ **Токсикология**

Отравление угарным газом.
Отравление снотворными лекарственными средствами

▶ **Педиатрия**

Асфиксия новорожденных

Цитохром С – ключевая молекула важнейших биохимических процессов, происходящих в митохондриях клетки человека.

Цитохром С – важнейший компонент дыхательной цепи митохондрий в клетках организма человека, играющий ключевую роль в процессах тканевого дыхания, усиливает энергетический потенциал клетки, особенно при ишемии и гипоксии.



Reg. номер: ЛСР-008117/08 от 14.10.2008

**Энергия и жизнеспособность
каждой клетки!**



Основано в 1937

САМСОН-МЕД

Россия, 196158, Санкт-Петербург,
Московское шоссе, дом 13

тел./факс: +7(812)329-43-66/702-45-92

СПРАВОЧНАЯ
о наличии препарата в аптеках
+7 (495) 775-79-57
www.AptekaMos.ru

samsonmed.ru



ПРОЕКТ МАРКИРОВКИ ЛС – МАСШТАБНЫЙ И СОЦИАЛЬНО ЗНАЧИМЫЙ

Первый вебинар из серии обучающих мероприятий, организованный «Катрен-Стиль» совместно с Федеральной службой по надзору в сфере здравоохранения, был посвящен теме маркировки лекарственных средств, которая будоражит сейчас умы многих участников фармацевтического рынка.



Валентина Косенко, начальник Управления организации государственного контроля качества медицинской продукции Росздравнадзора, рассказала о целях, перспективах и методах реализации этого проекта.

Вопрос маркировки лекарственных средств (ЛС) специальными идентификационными знаками в равной степени касается всех участников сферы обращения лекарственных средств. Маркировка ЛС уже реализована в Турции, Аргентине и др. странах, а в 2019 г. она вводится в Европе. В РФ основанием для разработки и внедрения системы маркировки ЛС стало поручение Президента РФ от 4 февраля 2015 г.

Приказом Минздрава России №866 от 30.11.15 была утверждена концепция Федеральной государственной информационной системы мониторинга движения ЛС от производителя до конечного потребителя с использованием маркировки. С момента поручения президента до утверждения концепции шел поиск оптимальных решений для реализации поручения, а именно определялось, какими знаками должна маркироваться медицинская продукция, в частности ЛС, кто должен быть оператором системы и пр. Для обсуждения этих вопросов была создана межведомственная рабочая группа, в состав которой вошли представители профильных ассоциаций, эксперты в данной области. В качестве приоритетных

рассматривались два вида маркировки: маркировка двухмерным штриховым кодом и RFID-метки. Оптимальным видом маркировки был выбран двухмерный штриховой код, который может быть реализован двумя способами: либо печатью на упаковке непосредственно на производственной линии производителя или наклеиванием на упаковку стикера, этикетки с уже нанесенным двухмерным штриховым кодом. Такой код был выбран оптимальным из-за его несомненных преимуществ и в связи с необходимостью гармонизировать данную маркировку с международными подходами. Так, маркировка двухмерным штриховым кодом гармонизируется со Стандартом маркировки в формате DataMatrix, который введен в Европейском союзе и делегирован нормативным актом от октября 2015 г.

Приказом Минздрава России 28.02.17 были утверждены методические рекомендации для проведения эксперимента по маркировке контрольно-идентификационными знаками и мониторингу оборота отдельных видов лекарственных препаратов для медицинского применения, находящихся в гражданском обороте на территории РФ. В документе установлены:

- состав информации, включаемый в контрольный идентификационный знак, и правила его нанесения;
- требования к оборудованию, используемому для нанесения и считывания кодов;
- требования к информационной системе;
- порядок передачи и обмена информацией;

- порядок взаимодействия информационной системы с имеющимися ресурсами;
- порядок подачи заявки на участие в эксперименте и регистрации участников эксперимента в ИС «Маркировка»;
- порядок взаимодействия участников эксперимента, включая перечень и порядок внесения информации в систему и др.

Этот очень важный для участников фармрынка документ размещен на сайте Росздравнадзора и требует внимательного изучения ответственных за внедрение системы маркировки ЛС на предприятиях, в оптовых и розничных медицинских организациях.

В связи с масштабностью проекта по маркировке ЛС необходимо было провести эксперимент, в результате которого должна быть оценена эффективность и результативность системы контроля за движением на территории РФ лекарственных средств от производителя до потребителя в целом и каждого из участников рынка ЛС в отдельности; технические возможности информационной системы; обработаны и протестированы все бизнес-процессы.

Федеральная государственная программа мониторинга движения ЛС должна охватить более 350 тыс. участников системы – субъектов обращения ЛС и отслеживать движение более 7 млрд упаковок лекарств в год.

В целях определения порядка проведения эксперимента Правительством РФ было принято постановление №62 от 24.01.17 (ПП-62), которое четко определило не только цели эксперимента, но и основные цели внедрения маркировки вообще. Это противодействие незаконному производству ЛС на территории РФ, незаконному ввозу ЛС, незаконному их обороту и противодействие недобросовестной конкуренции в сфере оборота ЛС, а также стандартизация и унификация процедур учета поставок и распределения ЛС, в т.ч. закупаемых для государственных нужд. Учитывая масштабность и социальную значимость проекта, в рамках реализации основного направления стратегического развития РФ «Здравоохранение» на период до 2025 г. был инициирован и 25 октября 2016 г. утвержден паспорт

приоритетного проекта «Лекарства. Качество и безопасность». Оператором операционной системы определена Федеральная налоговая служба России.

1 февраля 2017 г. в соответствии с ПП-62 эксперимент по маркировке контрольными идентификационными знаками и мониторингу за оборотом отдельных групп лекарственных средств для медицинского применения был начат.

Сейчас проводится доработка программного обеспечения, после чего оно будет установлено на промышленном контуре и с 1 июня 2017 г. предоставлен доступ к системе участникам эксперимента. Основная работа сейчас проводится ФНС России, с наиболее подготовленными участниками – пионерами эксперимента:

- 6 фармацевтических производителей: «Биокад», «Хемофарм», «Доктор Реддис», «Пфайзер», «Ортат», «Сердикс»;
- 3 дистрибутора: «Катрен», «Р-Фарм», «Протек»;
- 2 аптечные сети: «Нео-фарм» и «Аптеки столицы» ГБУЗ «ЦЛО ДЗМ».

С учетом итогов эксперимента будут подготовлены предложения по развитию системы маркировки лекарств контрольными идентификационными знаками (КИЗ) и внедрения автоматизированной системы мониторинга движения ЛС от производителя и к потребителю для защиты населения от фальсифицированных ЛС и оперативного выведения из оборота контрафакта и недоброкачественных ЛС. Всего изъявили желание участвовать в эксперименте 34 фармпроизводителя, 8 фармдистрибуторов, свыше 300 медицинских и аптечных организаций.

На начальном этапе принимают участие в эксперименте медицинские и аптечные организации 10 субъектов РФ: от Москвы и Санкт-Петербурга до Нижегородской обл. и Республики Башкортостан.

В настоящее время Росздравнадзор и ФНС России продолжают работу с участниками эксперимента по маркировке ЛС как в рамках созданной рабочей группы, так и в рамках проводимых совещаний. 21 апреля состоялась

встреча с участниками фармрынка, на которой обсуждались вопросы маркировки ЛС (материалы встречи размещены на сайте Росздравнадзора). Сформирована также рабочая группа по информационному сопровождению. Разрабатываются механизмы информационного сопровождения для различных участников фармрынка. План мероприятий составлен и включает в себя назначение ответственного за внедрение маркировки, за выбор оборудования, сопровождение IT-систем и пр. Пошаговые инструкции для аптечных и медицинских организаций будут рассмотрены на следующих вебинарах.

В целях внедрения маркировки ЛС уже подготовлен проект Федерального закона «О внесении изменений в отдельные законодательные акты РФ в целях создания системы мониторинга движения ЛС для медицинского применения». Основные положения законопроекта заключаются в том, что на упаковку лекарственного препарата для целей ее идентификации наносится контрольный идентификационный знак, вносится информация о ЛС в систему

мониторинга движения препаратов – это обязанность всех юридических лиц и предпринимателей, осуществляющих производство, хранение, ввоз, отпуск, реализацию, передачу и уничтожение ЛС. Также установлена ответственность за производство и продажу ЛС без нанесения данных знаков. Проект Федерального закона прошел общественное обсуждение, согласован с ФОИ-Вами, скоро будет внесен в Правительство РФ, а потом в Госдуму для утверждения. Его принятие потребует также принятия ряда других нормативных актов. Все это делается для того, чтобы 1 июня 2017 г. запустить систему и распространить маркировку не только на ЛС, участвующие в эксперименте, но также и на другие лекарственные средства, поступающие в обращение на рынок.

В вебинаре приняли участие около 1000 слушателей: сотрудники аптек, представители производителей лекарств, врачи и работники РЗН.

Анна ШАРАФАНОВИЧ ■



«ЗДРАВООХРАНЕНИЕ В РОССИИ ВСЕ БОЛЬШЕ АВТОМАТИЗИРУЕТСЯ»

Масштабный проект по маркировке лекарственных средств в режиме пилота стартовал 1 февраля 2017 г., а в июне в аптеках уже должны появиться лекарства, отмеченные контрольными идентификационными знаками.

О задачах проекта, его технической составляющей, а также о новых технологиях в системе здравоохранения МА рассказал **Константин Тимофеев**, имеющий более чем 12-летний опыт работы в сфере информационных технологий и отвечающий за развитие решений для медицинских учреждений на территории РФ в компании ZebraTechnologies, мирового лидера в сфере автоматической идентификации.

Константин, маркировка лекарств станет обязательной для всех участников фармрынка. Какие проблемы в сфере обращения лекарств это поможет, на Ваш взгляд, решить?



Основных задач у проекта две. Первая – устранить с фармацевтического рынка фальсифицированные препараты и пресечь повторные продажи одних и тех же лекарств. Вторая – повысить прозрачность движения и контроль налоговой

базы. Эти задачи хочет решить государство с помощью проекта маркировки лекарственных средств. То, что на рынке есть фальсификат, это известно. И есть ситуации, когда препараты могут продаваться дважды. Это так называемая повторная продажа. Например, ситуация с лекарствами для лечения онкологических больных. Они выделяются пациентам по квотам и оплачиваются государством. Госучреждение проводит конкурс на поставку таких препаратов, к слову, дорогостоящих. Дистрибутор поставляет препараты заказчику, и, если последний не совсем чистоплотный (это может быть и государственная структура), то он может препараты частично списать, не выдавая пациентам.

После этого в другом регионе при проведении конкурса может появиться этот проданный ранее товар. Получается, что пациент не получил лекарство, завод не произвел продукцию и понес убытки, а товар был продан дважды. Доказать коррупционную составляющую со стороны заказчика крайне затруднительно, при этом государство заплатит за препараты в двойном размере. Это хищение государственных средств. И это больной вопрос, учитывая, что в настоящий момент экономическая ситуация в нашей стране достаточно непростая.

Насколько надежны методы маркировки?

По факту принятый двухмерный штриховой код (планируется использование *Datamatrix*) будет содержать подробную информацию о препарате. Маркировать будут все, начиная с вторичной упаковки (вторичную упаковку, групповую и палетту). В аптеках мы с вами приобретаем вторичную упаковку. На нее в т.ч. будет нанесен уникальный номер продукта, номер партии, производитель, а также срок его годности. Уникальный номер будет выдавать регулятор (государственная организация), потом этот препарат приобретет дистрибутор,

поставит в аптеку или в медицинское учреждение. Вся цепочка движения препарата от производителя до конечного потребителя станет прозрачной. В больницах есть такое понятие, как персонифицированный учет, когда конкретный препарат списывается на конкретного пациента. После этот уникальный номер препарата в системе мониторинга отмечается как выданный пациенту. В случае появления препарата с таким же уникальным номером в другом лечебном учреждении он просто не пройдет идентификацию и не сможет быть оприходован на аптечном складе. Система в чем-то похожа на почтовый трекинг-номер или ситуацию с iPhone. Если телефон будет помечен как украденный, он блокируется во всех системах, и никто уже не сможет им воспользоваться. И также будет с лекарствами: уникальный номер уже выданного препарата блокируется в системе и повторное его появление на рынке невозможно. К тому же государство планирует установить контроль движения лекарственного препарата на каждом этапе.

Европа и США уже сделали первые шаги в вопросе маркировки лекарств, там разработаны определенные стандарты и сейчас многие наши соотечественники привозят из-за рубежа препараты для собственного использования. Люди больше доверяют в этом плане иностранной системе контроля, веря, что там подделать лекарство и продать его гораздо сложнее.

Но мы в России вообще склонны больше доверять всему иностранному. Проект маркировки лекарств сможет повысить доверие потребителей к отечественным производителям?

Думаю, доверие должно расти с каждым годом. И в этом вопросе сами производители должны быть более активными, публичными и больше рассказывать о своем

производстве и его автоматизации. На тех отечественных фармпроизводствах, где мне приходилось бывать, я видел, что все делается в соответствии с международными стандартами. Российское производство ничуть не хуже европейского.

Насколько затратным окажется внедрение таких технологий для производителей и аптек?

Наибольшие затраты при внедрении оборудования для маркировки лекарственных средств понесет производитель. Есть два варианта нанесения маркировки: первый – это встраивание принтера в производственную ленту, который будет маркировать вторичную упаковку, второй – производитель может заказывать в типографии упаковку, которая уже будет промаркирована необходимым серийным номером, и потом уже привязывать ее к системе. Также производителю необходимо маркировать палеты, автоматизировать склад, чтобы контролировать отпуск продукции тому или иному дистрибутору. Наша компания имеет достаточно большой опыт в данном вопросе, и мы с удовольствием готовы им поделиться. Дистрибуторы на сегодняшний день более автоматизированы, у многих есть оборудование для идентификации, его нужно только модернизировать или частично поменять для работы с двухмерным штриховым кодом. Для аптек ситуация проста – поменять одномерные сканеры на двухмерные.

Наша компания выпустила в этом году новый бюджетный сканер DS2208, идеально подходящий в т.ч. и для федерального проекта по маркировке лекарственных средств – МДЛП (Мониторинг движения лекарственных препаратов). Он не только бюджетный, но и полностью отвечает всем установленным требованиям. Часть аптечных сетей уже протестировала сканер, осталась довольна, и сейчас осуществляются первые закупки нашего оборудования. За счет того, что еще есть в запасе время для модернизации

оборудования, аптеки могут делать это планомерно, а не сразу вкладывать деньги для полной замены всех имеющихся старых сканеров.

Окупятся ли эти затраты и за чей счет?

На препараты перечня ЖНВЛП цена без согласия регулятора не поднимется, а вот на другие препараты, думаю, повысится, потому что инвестировать в модернизацию оборудования надо сейчас, а потом думать об экономии от вторичных продаж. Небольшой рост цен все же будет. Аптечным сетям придется поменять часть оборудования и затраты они понесут, которые надо компенсировать. Мне кажется, что цена в аптеках для конечного потребителя может повыситься в пределах 10%.

Какие компании готовы поставлять оборудование для маркировки? Отечественные, иностранные?

У нас как у производителя отечественных конкурентов я не встречал. Поставляется наше оборудование через сеть авторизованных партнеров. Соответственно нашим партнерам на российском рынке нечего опасаться. С другой стороны, у нас есть достойные конкуренты – иностранные производители. Но наша модель сканера, вышедшая в этом году, как отмечают заказчики, пока лучшая и вне конкуренции. А это главное.

Какие еще технологии могут быть в перспективе использованы в аптеках, больницах и медучреждениях для дальнейшего повышения эффективности их работы и экономии бюджетных средств?

Zebra Technologies – единственная компания, у которой есть отдельно выделенное направление – здравоохранение и экспертиза в данном вопросе. У наших конкурентов такого нет. Здравоохранение в России

все больше автоматизируется. Внедряются системы федерального масштаба, например, ЕГИСЗ (Единая глобальная информационная система здравоохранения), для консолидации всех регионов и лечебных учреждений. Сейчас наше государство собирается маркировать лекарственные препараты, а все больше лечебных учреждений с помощью нашего оборудования, нашей экспертизы маркируют пациентов одноразовыми медицинскими браслетами. Все больше государственных клиник понимают, что для того, чтобы исключить путаницу пациентов, контролировать выдачу лекарственных препаратов и маркировать анализы пациентов уникальными штрих-кодами, необходимо внедрение новых информационных технологий. Сейчас пациенту выдается браслет с фамилией и штрих-кодом, и на каждом этапе оказания медицинских услуг его безошибочно идентифицируют. Больше нет путаницы в фамилиях, анализах и других данных. А ведь именно исключение ошибок позволяет существенно сократить финансовые затраты больницы на их исправление и повысить качество оказываемых медицинских услуг.

Как пациенты относятся к такому новшеству?

Пациент чувствует персональное внимание, рад, что в его отношении ничего не перепутают. Врач, к которому он придет, просканирует его браслет, и пациент будет уверен, что ему сделают правильные назначения без каких-либо ошибок. С этим браслетом пациент находится в безопасности. Отдельно стоит отметить, что в случае идентификации пациента врачом с использованием технологии штрих-кодирования мы существенно помогаем сократить время, которое врач затрачивает на открытие истории болезни, и он сможет его использовать на общение с пациентом.

Анна ГОНЧАРОВА ■



ДИСТРИБУЦИЯ ИЛИ ЛОГИСТИКА? СПОР ПРОДОЛЖАЕТСЯ...

Ситуация на фармацевтическом рынке меняется. А с ней и формы поставок лекарственных средств. Приверженцы многоуровневой системы дистрибуции уверяют, что именно такая технология доставки фармацевтических товаров в аптеки нашей страны наиболее удобна.

ДИСТРИБУЦИЯ В НОВЫХ УСЛОВИЯХ

Ведь в России, с ее огромными территориями, затруднительно, а порой невозможно поставлять товары силами лишь одного, пусть даже крупного, дистрибутора. Да и постоянно пополнять необходимые запасы препаратов с помощью только одного поставщика весьма сложно. Кроме того, именно дистрибуторы обеспечивают мелкие сетевые и единичные аптечные организации различными маркетинговыми программами. У производителей просто «не дотягиваются руки».

Однако дистрибуторская система поставок в России в нынешнее время испытывает массу проблем. «Сейчас в дистрибуторском сегменте концентрация компаний очень высока. В непростой экономике, а сейчас она в России является именно такой, сильные компании становятся еще сильнее, а слабые

– еще слабее. С одной стороны, дистрибутору нужно иметь большую долю на рынке, чтобы быть интересным производителям лекарственных средств, а с другой стороны – нужно заботиться о собственной эффективности и просто так набивать склады продукцией нам не интересно. Ведь наша первоочередная задача состоит в том, чтобы зарабатывать деньги для своей компании», – утверждает директор по корпоративному развитию ЗАО «ПрофитМед» **Игорь Климанов**. Он добавляет, что, когда дистрибуторы работают с партнерами по бизнесу примерно на одинаковых условиях, их конкуренция достигает просто критического уровня. Идут в ход и ценовые войны, и демпинг. В силу таких условий любая дистрибуторская компания вынуждена искать новые пути для своего развития. И тут идея «голубого океана» (т.е. свободного и

глубокого, где конкурентов практически нет) очень актуальна. Имеется в виду стремление выйти из ситуации жесткой и плотной конкуренции с тем, чтобы найти свои пути на фармацевтическом рынке. То, что многие называют «новой нишей», «свободной ячейкой», «незанятым сегментом». Для этого маркетологами уже разработаны новые модели ведения бизнеса.

Западные компании прошли определенный путь. И российским игрокам фармацевтического рынка нужно его знать. Опыт зарубежных компаний показывает, что, как правило, концентрация дистрибуторских компаний за счет слияния и поглощения постоянно увеличивается. Например, в США сейчас на 3 крупные дистрибуторские компании, работающие на просторах фармацевтического рынка, приходится около 90% поставок лекарственных средств. При этом существуют еще тысячи мелких дистрибуторов. В Швеции 2 крупных дистрибутора. В России на сегодняшний день около 3 тыс. дистрибуторов, имеющих оптовые лицензии. И понятно, что многим из них придется покинуть этот рынок. Кстати, по итогам 2016 г. TOP-10 выглядит так:

Протек
Катрен
Пульс
Роста
Сиа Интернейшнл
Р-Фарм
БСС
Фармкомплект
ПрофитМед
Евросервис

Всего же на 15 лидеров, работающих в качестве дистрибуторов, приходится 81% фармацевтического рынка.

Сейчас сложно точно определить возможный сценарий такого будущего, но ясно, что он будет приближаться к американской ситуации.

Реальные варианты:

1. Интеграция, когда на рынке останется 4 оператора.
2. Создание дистрибуторами собственных торговых марок – очень интересное и перспективное направление для развития.
3. Инвестирование дистрибуторами создания собственной розничной сети аптек.
4. Формирование дистрибуторами дополнительных услуг.

Здесь возможно много направлений. Например, переход части бизнеса в логистическое направление. Однако нужно иметь в виду, что на рынке работают самостоятельные логистические компании, которые осуществляют прямые поставки от производителя в розничные сети.

Есть еще одна сложность, с которой сегодня сталкиваются фармацевтические дистрибуторы. Дело в том, что, к сожалению, в нашей стране пока фактически не развито такое направление, как страхование розницы, т.е. аптек. И дистрибуторы фактически являются буфером для производителя в плане возврата денег.

Итак, по мнению большинства аналитиков фармацевтического рынка, в ближайшие несколько лет мелкие дистрибуторские компании «вымрут», и на их «костях» возникнет относительно небольшая группа национальных гигантов, способных обслуживать потребности здравоохранения в масштабах всей страны.

А посему тенденция рынка, по их мнению, будет развиваться по принципу «меняться или умирать».

Ситуацию обостряют:

- Консолидация в сегменте дистрибуторов.
- Рост крупнейших аптечных сетей.

- Слияние и поглощение в фармритейле.
- Развитие маркетинговых альянсов и ассоциаций.
- Новые требования к маркетингу и логистике.

Пока же алгоритм системы дистрибуции поставок таков: **Производитель – дистрибуторы – филиалы – аптеки.**

Это влечет за собой ситуацию, когда:

- много распределительных центров (складов дистрибуторов в одном регионе);
- неэффективный (высокий) товарный запас в товаропроводящей цепи;
- дефектура как следствие слабого управления поставками для каждого клиента;
- демпинг как следствие товарного давления и конкуренции.

При этом алгоритм логистической системы поставок – **Производитель – логистический оператор – клиенты.**

И здесь уже мы видим:

- минимальное количество распределительных центров;
- плановые поставки с единого распределительного центра;
- управление товарными запасами всей товаропроводящей цепи;
- минимизация дефектуры и ценовое позиционирование в аптеке (нет демпинга).

«Сочетание схемы классической дистрибуции и прямых поставок может дать хороший результат для всех участников фармацевтического рынка», – считает Игорь Климанов, далее приводя следующие аргументы.

Можно будет осуществлять:

- Управление цепью поставок и оптимизацию запасов.
- Уникальную систему отбора и сортировки на высоком многоуровневом мезонине.
- Консолидированный отбор на все заказы в единой волне.

- Эффективную систему сортировки и транспортировки по адресам доставки.
- Прозрачную информационную систему в управлении цепью поставок.
- Соблюдение требований GDP (2017).

В результате произойдет:

- Сокращение совокупного товарного запаса в системе в 3–4 раза при заданном уровне сервиса.
- Высвобождение «замороженных» в запасах оборотных средств и снижение совокупных финансовых издержек всей товаропроводящей цепи.
- Эффективные поставки в регионы товаров немассового спроса со специфическими условиями доставки и транспортировки («редко-спрос», дорогостоящие орфанные препараты и т.п.).

Важно использовать систему управляемых и контролируемых маркетинговых программ с высокой эффективностью и прозрачной отчетностью. В их пользу говорят:

- доказанная эффективность сложений в трейд-маркетинг;
- фокусное продвижение в несетевых аптеках и неконтролируемых аптечных сетях;
- программа категорийного менеджмента;
- уникальные образовательные технологии;
- детализированная отчетность и поклиентское планирование продаж.

В нашей компании все вышеперечисленное привело к эффективному запуску проекта «ПрофитБонус», широкому ассортименту акций под любые задачи, созданию учебного центра для аптек с мультимедийным обучением, системы электронного маркетинга (продвижение, управление, аналитика).

Маркетинг, продажи, сервис играют большую роль. Здесь важны:

- CLM-технологии (Closed Loop Marketing), т.е. маркетинг с замкнутой обратной связью, предусматривающий двустороннее общение с клиентами, сбор информации о них для повышения эффективности продаж.

■ Интеграционные технологии, которые представляют собой взаимосвязанную совокупность отдельных технологических приемов.

■ Электронный маркетинг, реализуемый с использованием электронных средств массовой информации и, в частности, электронной почты, тематических сайтов и форумов, социальных сетей, позволяющие продвигать продукт в среде заинтересованной аудитории.

■ BI-технологии (Business intelligence), т.е. методы и инструменты для перевода необработанной информации в осмысленную, удобную форму, в которой заостряется

внимание лишь на ключевых факторах эффективности.

■ CRM-технологии (Customer Relationship Management) – прикладное программное обеспечение для организаций, предназначенное для автоматизации стратегий взаимодействия с клиентами, в т.ч. для повышения уровня продаж.

Продолжение в МА №7/17

По материалам круглого стола «Новая логистика против старой дистрибуции»

Марина МАСЛЯЕВА ■



ЛЕКАРСТВЕННЫЕ СРЕДСТВА, ПРИМЕНЯЕМЫЕ ПРИ КИШЕЧНЫХ ГЕЛЬМИНТОЗАХ

Кишечные гельминтозы – инфекционные и паразитарные заболевания, которые относятся к числу наиболее широко распространенных патологий человека. С наибольшей частотой и высокой степенью интенсивности паразитарной инвазии подвержены дети. Терапия паразитарных болезней должна быть комплексной и индивидуальной, с учетом вида паразита, интенсивности инвазии, возраста ребенка и сопутствующей патологии. Этапное лечение необходимо, прежде всего, при специфической терапии описторхоза, лямблиоза и тканевых гельминтозах.

Для лечения больных используется ряд высокоэффективных химиотерапевтических препаратов, действующих на различные стадии развития паразита. Выбор лекарственного средства определяется по эффективности его фармакологического действия на биологический тип червей при условии максимальной безопасности препарата для ребенка.

Исходом большинства паразитарных заболеваний после изгнания или гибели паразитов наблюдается выздоровление, однако при несвоевременной диагностике и длительном хроническом течении паразитоза развивается функциональная или органическая патология органов пищеварения, аллергические заболевания, а также новообразования (описторхоз).

Для мониторингового исследования спроса были использованы данные, основанные на статистике обращений на сайт AptekaMos.ru

На *рис. 1* представлен спрос на препараты данной группы в мае 2017 г. по торговым наименованиям. Наибольшим спросом пользуется препарат **Немозол тб. 400 мг**, применяемый при:

- нематодозах (аскаридоз, энтеробиоз, анкилостомидоз, некатороз, трихоцефалез и др.);
- смешанных глистных инвазиях;

- стронгилоидозе, нейроцистицеркозе, вызванных личиночной формой свиного цепня (*Taenia solium*);

- эхинококкозе печени, легких, брюшины, вызванном личиночной формой собачьего ленточного червя (*Echinococcus granulosus*);

- в качестве вспомогательного средства при хирургическом лечении эхинококковых кист, лямблиозе и токсокарозе.

Далее идет антигельминтный препарат широкого спектра действия **Вермокс тб. 100 мг**, наиболее эффективен в отношении *Enterobius vermicularis*, *Trichuris trichiura*, *Ascaris lumbricoides*, *Ancylostoma duodenale*, *Necator americanus*, *Strongyloides stercoralis*, *Taenia solium*, *Echinococcus granulosus*, *Echinococcus multilocularis*, *Trichinella spiralis*, *Trichinella nativa*, *Trichinella nelsoni*. Вызывая необратимое нарушение утилизации глюкозы, истощает запасы гликогена в тканях гельминтов, препятствует синтезу клеточного тубулина, а также тормозит синтез аденозинтрифосфата (АТФ).

Фармакокинетика: практически не всасывается в кишечнике. После приема препарата в дозе 100 мг два раза в день в течение 3 дней подряд концентрация в плазме крови *мебендазола* и его *метаболита (2-аминопроизводного)* не превышает 0,03 мкг/мл и 0,09 мкг/мл соответственно. Связь с белками плазмы – 90%.

Неравномерно распределяется по органам, накапливается в жировой ткани, печени, личинках гельминтов. В печени метаболизируется до 2-аминопроизводного, не обладающего антигельминтной активностью. Период полувыведения – 2,5–5,5 ч. Более 90% дозы удаляется через кишечник в неизменном виде. Всосавшаяся часть (5–10%) выводится почками. Применяется при энтеробиозе, аскаридозе, анкилостомидозе, стронгилоидозе, трихоцефалезе, трихинеллезе, эхинококкозе, тениозе, как при моноинвазии, так и при смешанных гельминтозах; эхинококкозе (при невозможности оперативного лечения). На третьей позиции – **Бильтрицид тб. 600 мг** – антигельминтное средство широкого спектра действия. Препарат повышает проницаемость мембран клеток

гельминтов для ионов кальция, вызывая генерализованное сокращение мускулатуры паразита, переходящее в стойкий паралич, ведущий к гибели гельминта.

На *рис. 2* представлены средние розничные цены на лекарственные средства, применяемые при кишечных гельминтозах, в мае 2017 г.

Профилактика кишечного гельминтоза проводится преимущественно неспецифическими методами. К ним относят: мытье рук перед едой, тщательное приготовление пищи, употребление только хорошо прожаренного мяса, отказ от употребления сырой и вяленой рыбы, употребление только кипяченой воды, регулярное употребление в пищу сырого лука, чеснока, красного перца.

Рис. 1 СПРОС НА ЛС, ПРИМЕНЯЕМЫЕ ПРИ КИШЕЧНЫХ ГЕЛЬМИНТОЗАХ, В МАЕ 2017 г.

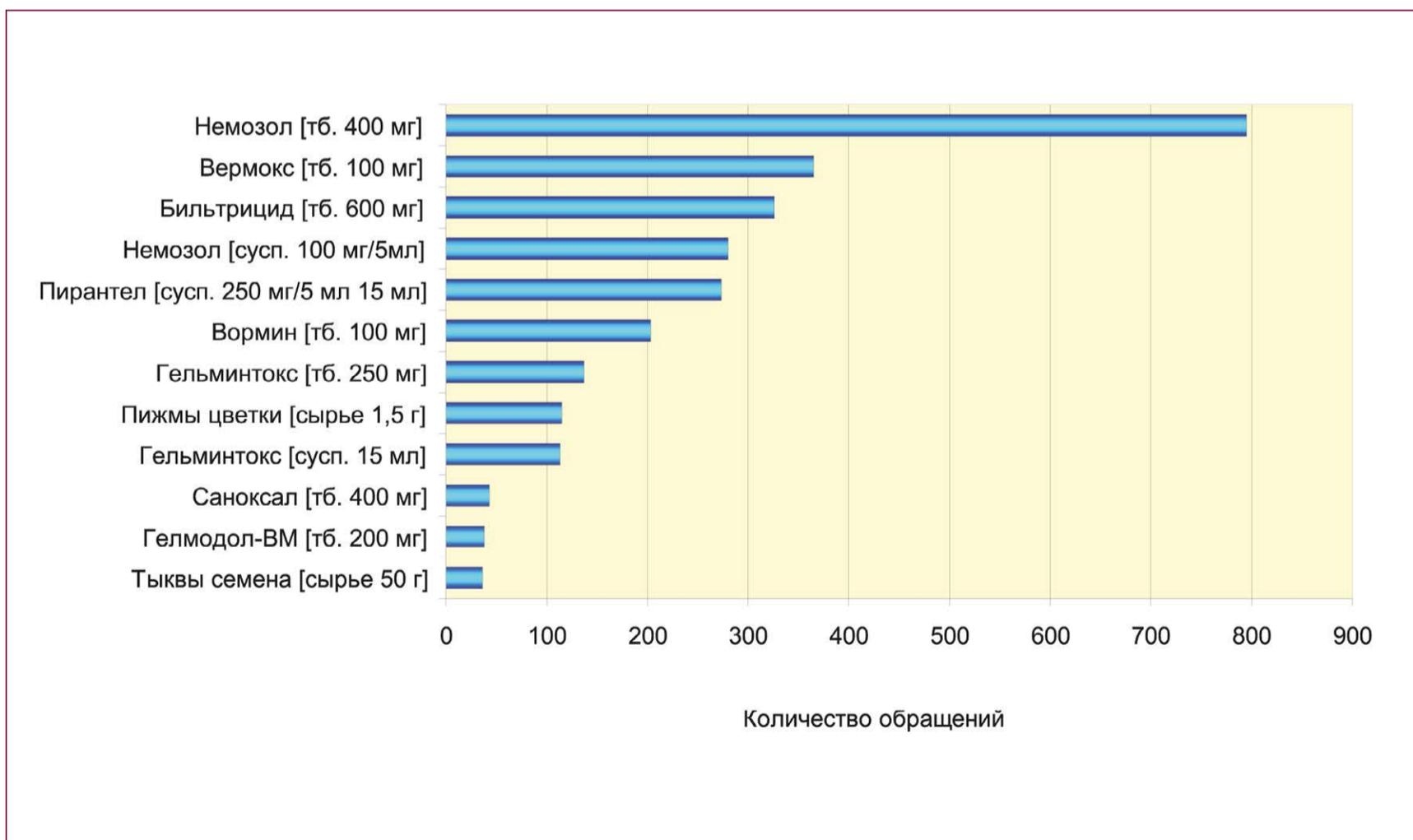
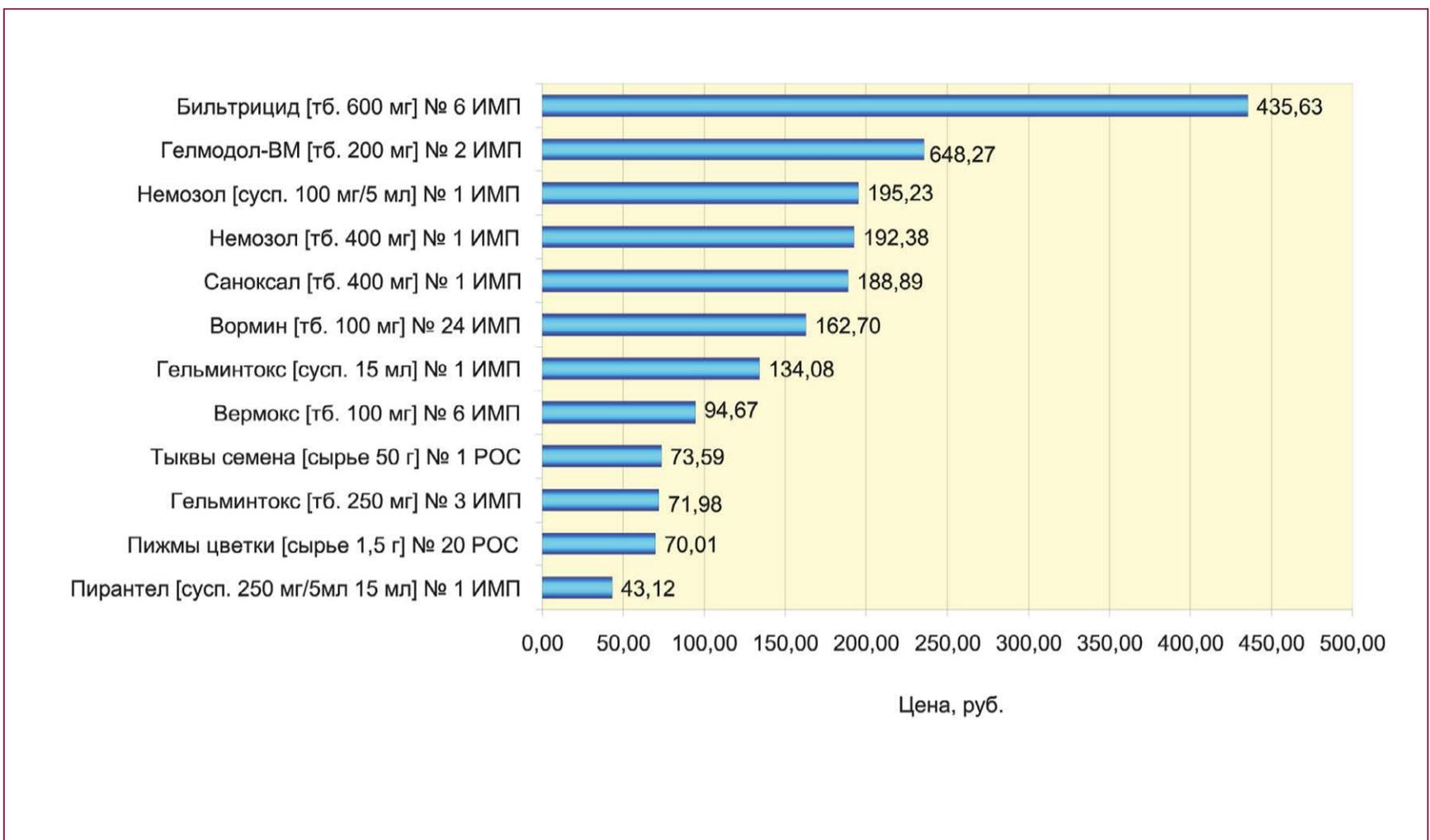


Рис. 2 **СТОИМОСТЬ ЛС, ПРИМЕНЯЕМЫХ ПРИ КИШЕЧНЫХ ГЕЛЬМИНТОЗАХ, В МАЕ 2017 г.**





XXI ВЕК: НОВАЯ ФАРМАЦЕВТИЧЕСКАЯ РЕАЛЬНОСТЬ

Продолжение. Начало в МА №1/17

Гандель Виктор Генрихович

Член-корр. Международной академии интеграции науки и бизнеса (МАИНБ), к.фарм.н.

Итак, с учетом ранее мною сказанного, деньги, затребованные Большой фармой, сначала небольшими ручейками, затем аккуратными речками, далее полноводными реками и, наконец, бушующими водопадами, полились на мельницу мировой фармации.

Более половины этого серьезного потока попадали в США, где технология «бюджетирования» была почти оптимальной. Об источниках финансирования уже говорилось выше: фармация всегда была привлекательной, престижной, уважаемой, в какой-то мере даже сакральной, что прибавляло ей значительности и шарма. Особо заманчивой была отдача от вложений: к 1980 г. один доллар, вложенный в научные разработки, стал приносить доход сначала в пять долларов, а затем и больше. Пожалуй, никакая другая отрасль экономики не может похвастаться чем-либо подобным.

С этого момента Большая фарма стала оформляться как специфическая «бизнес-модель», достигнув своего апогея к концу 90-х гг. прошлого века, когда по результатам грандиозных по вброшенным финансам M&A (слияний и поглощений) началось ее успешное реформатирование в Большую финфарму, причем финансовая мотивация овладела сознанием ее финансового менеджмента настолько, что поиск новых молекул как-то сам собой переместился на другой план.

Эта метаморфоза сыграла злую шутку сначала с финансовым менеджментом лишь нескольких крупных фармацевтических компаний, а затем «вирус» стяжательства перекинулся на других выгодоприобретателей

фармацевтического бизнеса с «ослабленным иммунитетом» на разных континентах.

Интересно проследить «поминутно», как это все-таки произошло, как одно из древнейших искусств постепенно превратилось в «искусство» древнейшего, т.е. стяжательство (корыстолюбие, выражаясь по-русски). Гордыня, жадность и зависть – сопутствующие стяжательству черты, осуждаемые церковью и людьми верующими, пассионарными и просто порядочными, стали «фирменными» компонентами менталитета значительной части мировой фармацевтической элиты.

Для понимания причин этого личностного «реформатирования» необходимо обратиться к понятию «протестантской этики», которой приписывают становление буржуазного общества и возникновение капитализма: регионы Европы, принявшие протестантизм, оказались впоследствии экономически процветающими, ведущими странами континента.

Протестантизм¹, или протестантство, – одно из трех, наряду с православием и католицизмом, главных направлений христианства, представляющее собой совокупность множества самостоятельных течений, церковей и сект (лютеранство, кальвинизм, англиканская церковь, методисты, баптисты, адвентисты, всего более 200 направлений), связанных общим вероисповеданием отца

Реформации Мартина Лютера – основоположника, наряду с Жаном Кальвиным, этого религиозного течения в XVI в.

Протестантизм стал знаменем великих буржуазных революций в Северной Европе в Нидерландах в XVI в., в Англии XVII в. Он определил и судьбу бывших английских колоний в Северной Америке, которые в XVIII в. провозгласили независимость от Британской империи и образовали Соединенные Штаты. Сегодня протестантизм распространен главным образом в США, Великобритании, Германии, Скандинавских странах, а также в Финляндии, Нидерландах, Швейцарии, Австралии, Канаде, Латвии, Эстонии, Западной Украине. Общее число приверженцев протестантизма – примерно 325 млн человек или чуть больше.

М. Вебер в «Протестантской этике»² описал духовные факторы становления первичного капитализма на Западе. *В тот период именно духовная, религиозная мотивация предпринимательской деятельности, ее восприятие с точки зрения религиозного спасения души доминировала над стремлением к наживе, рационализировала его и наделяла религиозным смыслом.*

Образцом представителя протестантизма стал пуританин – приверженец аскетического образа жизни, нетерпимый к отступлениям от требований принятой морали, творец достижений капитализма в экономике, сторонник благотворительности и милосердия в понимании того времени.

В современном западном обществе положение круто изменилось: страсть к наживе вырвалась из религиозной «обертки» и превратилась в самодовлеющий мотив, в базовую ценность частного предпринимательства, или бизнеса, другими словами.

Извините за многословие, коллеги, но все же позволю себе процитировать несколько мыслей Вебера, высказанных еще в прошлом веке, но вполне актуальных (может быть, еще более актуальных!) сегодня.

«Пуританин делал свое дело и вступал в деловое общение на основе своих собственных, внутренне ему присущих этических

убеждений и ценностей. Мы же сегодня вступаем в деловое общение, отодвинув в сторону нравственные, в т.ч. христианские, идеалы, которым на каждом шагу противоречат цели и характер деятельности и общения. По мере того, как ценности протестантской этики начали преобразовывать мир, внешние мирские блага все сильнее подчиняли себе людей и завоевали, наконец, такую власть, которой не знала вся предшествующая история человечества. В настоящее время дух аскезы ушел из «мирской оболочки». Победивший капитализм перестал нуждаться в христианской опоре, в протестантской этике и лишь представление о «профессиональном долге» бродит по миру как призрак прежних религиозных идей».

«В настоящее время стремление к наживе, лишненное своего религиозно-этического содержания, принимает, где оно достигает своей наивысшей свободы, а именно в США, характер безудержной страсти, подчас близкой к спортивной».

«Безудержные профессионалы, бессердечные сластолюбцы – и эти ничтожества полагают, что они достигли ни для кого ранее не доступной ступени человеческого развития».

Таким образом, констатируем, что деньги нанесли сокрушительный удар по изначально нормальной («девственной») протестантской этике, открыв ящик Пандоры – неумемную жажду непрерывного обогащения. Нашлись, однако, «доктора», решившие, что во благо человечества деньги надо бы повсеместно отменить. Так, по крайней мере, полагали авторы «Коммунистического манифеста» 1848 г. Маркс и Энгельс, к которым позже присоединился и Ленин. Придя к власти, их последователи (воинствующие утописты и профессиональные революционеры) отмену денег начинали с отмены креативных классов: репрессий и расстрелов, продолжавшихся более полувека.

Как видим, сбылись худшие предположения Вебера: пессимистические прогнозы, сделанные им в начале века, были подтверждены и углублены такими блестящими

исследователями капитализма, как психолог Карен Хорни, психоаналитик Эрих Фромм и др. По Фромму³, «современный «развитой капитализм» (или империализм или даже «сверхимпериализм») на каждом шагу порождает человека с «рыночным характером», главная цель которого в деловом общении состоит в том, чтобы подороже себя продать.

Все высокие нравственные принципы и ценности, в т.ч. и христианские, сразу же забываются, как только речь заходит о прибыли. При этом в деловом общении утрачивается не только мораль, но и самоидентификация личности. Поскольку при рыночной ориентации человек рассматривает свои силы и возможности как товар, отчужденный от него и предназначенный для продажи, то на место чувства идентификации зрелой и здоровой личности, которое можно передать словами «я есть то, что я делаю», заступает чувство униженной конформистской персоны, действующей по принципу «я таков, каким вы хотите меня видеть».

Это противоречие между этикой и бизнесом, должным и сущим, весьма остро проявляется и сегодня в деловом общении, причем на самых разных его уровнях – как между организацией и социумом, так и внутри самой организации. Между управляющими, предпринимателями и вообще деловыми людьми по отношению к указанному противоречию существуют две основные позиции⁴:

«1. Считающие себя прагматиками полагают, что в деловом общении и вообще в бизнесе этика сама по себе не нужна. Единственная обязанность управляющего корпорацией, работающего по найму у владельца бизнеса – любыми доступными средствами максимизировать прибыль, «делать как можно больше денег», всячески, в том числе и мнимо («якобы»), приспособляясь к нормам общества, воплощенным в законах и этических традициях (так называемой «бизнес-успешности»).

С этой позиции, которую можно назвать «деловой макиавеллизм», этические нормы и сам язык этики рассматриваются как помеха

в деловом общении. В нем стараются избегать разговоров о морали, этических идеалах, долге и социальных обязанностях, поскольку в результате появляются «излишние», «не относящиеся к делу» проблемы, касающиеся моральной и социальной ответственности.

Крайним случаем «неэтичного» поведения бизнесменов, руководителей предприятий является банальное нарушение закона. Но неэтичным поведением следует также считать различного рода действия компаний, не предпринимающих надлежащих мер для устранения различных дефектов в своей продукции, которые могут привести к неблагоприятным последствиям для общества. Поэтому в истинное понятие этики делового общения входит и забота руководителей (собственников) предприятий о качестве своей продукции, ответственность за тот вред, который она может нанести потребителю.

2. Соблюдение этических норм в деловом общении признается важным не только с точки зрения ответственности бизнесменов перед обществом, организацией и самими собой, но и необходимым для эффективности производства. В этом случае этика рассматривается не только как естественный нравственный императив поведения, но и как средство, помогающее увеличить рентабельность, повысить конкурентоспособность, способствовать укреплению деловых связей и улучшению делового общения.

Подобный подход – более цивилизованный и, в конце концов, более эффективный, т.к. предприятие – компонент общества, и, утверждая этические нормы общения у себя, оно в то же самое время способствует их распространению и в социуме. А чем более благополучной становится этическая атмосфера в обществе, тем более благоприятная обстановка создается и для бизнеса. Вместе с тем неэтичное поведение и общение рано или поздно обернутся если и не прямыми экономическими убытками, то во всяком случае социальными и нравственными издержками, как для предприятия, так и для социальной среды.

Поэтому, рассмотрев оба взгляда на место этики в деловом общении, следует присоединиться не к Никколо Макиавелли, проповедавшему «освобождение» политики от морали, а к Бенджамину Франклину, утверждавшему, что «честность – лучшая политика».

Не убавить, не прибавить. Возможно, кто-то уже узнал себя, исходя из приведенных «ориентировок».

С учетом изложенного приходим к выводу, что Большая финфарма в значительной мере утратила главное завоевание (богатство) фармацевтического дела – изначальную (истинную) этико-деонтологическую сущность оказания фармацевтической помощи, без которой как создание лекарственного средства, так и реализация фармакотерапевтического пособия, скорее всего, не только не принесут заявленного и ожидаемого результата, но могут привести (и приводят!) к самым неблагоприятным последствиям, включая неприемлемые. Усилиями своего «стратегического» менеджмента она превратилась

в банальную бизнес-модель современной империалистической экономики с выраженными чертами монополизма, присущего технологической олигополии, пусть и суперсовременной, и «суперуспешной».

Постиндустриальное общество рано или поздно отторгнет подобную модель путем создания новых «производителей здоровья», для чего, по-видимому, понадобится иной общественный уклад, но это уже тема другого исследования.

[1] От лат. *protestantis* – публично доказывающий.

[2] Вебер М. Протестантская этика и дух капитализма // Избранные произведения. М.: Прогресс, 1990.

[3] Источник:

<http://e-libra.ru/read/149881-iskusstvo-lyubit.html>

[4] Психология и этика делового общения: учебник для вузов / В.Ю. Дорошенко, Л.И. Зотова, В.Н. Лавриненко и др.; под ред. проф. В.Н. Лавриненко. 2-е изд., перераб. и доп. М.: Культура и спорт, ЮНИТИ, 1997. 279 с.

Продолжение в МА №7/17



ПАЦИЕНТ НА БАЗАРЕ: КАК СЕБЯ ЧУВСТВУЕТЕ, ПОТРЕБИТЕЛЬ?

Медицина – рынок. Заболевший человек – клиент. Фармацевтическая помощь – роскошь. Мы давно уже привыкли к этим реалиям. Однако на пятом, юбилейном, Всероссийском конгрессе «Право на лекарство» государственный регулятор неожиданно согласился с защитниками пациентов: всеобщее лекарственное возмещение необходимо.

А 503 млрд руб. для распространения программы на перечень ЖНВЛП – не так много по сравнению с теми 3 трлн руб., которые наши соотечественники ежегодно вкладывают в свое лечение.

Пусть возмещение обещают лишь в 2021 г., но этот шаг – решительный разворот от рынка к пациенту. Здравоохранение признало: лекарства нужно не продавать, а выдавать больному человеку – ведь право на жизнь не должно зависеть от кошелька.

По материалам доклада «Основные положения стратегии охраны здоровья населения РФ на период 2013–2020 гг. и последующие годы», 74% наших соотечественников до сих пор считают право на бесплатное лечение первым из всех прав. Это не только дань уважения медицине, но и констатация факта: здравоохранение переместилось в коммерцию, что очень опасно для заболевшего человека.

Лекарственное возмещение – лишь первый шаг к исправлению ситуации. Потребительский рынок в медицине – явление системное, затрагивающее и пациента, и врача, и сам процесс помощи больному.

ЛЕЧЕБНЫЙ ПРОЦЕСС ПО ДАРВИНУ

Во-первых, от недофинансированности и необходимости постоянно искать источники выживания страдает главный ресурс медицины – кадровый. Как показал недавний мониторинг фонда «Здоровье», каждый

второй российский доктор хотел бы перейти из государственного медучреждения в частное (среди специалистов среднего звена – фельдшеров и медицинских сестер – этот показатель чуть выше). Каждый четвертый врач уже осуществил это на практике – полностью или частично. Рабочие будни в районной поликлинике давно совмещают с трудовыми выходными в частной.

В дни победившего социального дарвинизма трудно обвинять медицину в меркантильности. Перед высококлассным специалистом стоит та же задача, что и перед представителями животного мира, – выжить. Выжить вопреки всему.

ТОМОГРАФИЯ В ПРОДУКТОВОМ СУПЕРМАРКЕТЕ

Во-вторых, о пациенте все чаще говорят как о потребителе. На первый взгляд, такой юридический статус принесет больному благо. Ведь клиент, как известно, должен быть всегда прав и даже защищен специальным законом. Да и государственные больницы и поликлиники давно уже проверяет Роспотребнадзор. А крупный международный бизнес услужливо предложил симптоматическое «разрешение» проблемы с очередями в медицинских учреждениях.

«Современные потребители готовы отправиться в магазин или аптеку за определенными медицинскими услугами. Раньше такое невозможно было представить. Для

потребителей, которые устали от больших очередей и высоких расходов, ритейлеры превратились в своеобразный «спасательный круг».

Эти строки – из отчета транснациональной корпорации PwC. Сообщение о недавно проведенном ею исследовании Агентство новостей розничной торговли опубликовало в начале июня. Пациента почти в каждой строке именуют потребителем и поясняют, что рациональный клиент согласен с предусмотрительным решением: пройти УЗИ или компьютерную томографию в магазине или аптеке будет дешевле и проще. Человек сможет сэкономить и деньги, и драгоценное время.

МРТ или рентген в магазине? На это готов уже каждый четвертый. А небольшое обследование при нетяжелых заболеваниях в розничном торговом пункте хотел бы пройти каждый второй. Таковы данные исследования.

На первый взгляд, рациональное предложение для рационального человека. Тем более что больной, ни разу в жизни не плативший за лечение, давно достоин Красной книги. В октябре 2016 г., по данным исследования Лиги защитников пациентов, таковыми были всего 5% наших соотечественников. Однако выдавливание каждого, кто заболел, в ту область экономики, где «клиент всегда прав», повлияло на здоровье нации весьма своеобразно.

СОВЕРШЕННО ЗДОРОВ? НЕ МОЖЕТ БЫТЬ, ЭТО ФАНТАСТИКА!

Скорее наоборот – сегодня абсолютно здоровых нет даже среди 16-летних юношей и девушек (в первом классе картина немногим лучше – всего 4,3% малышей не больны хроническими заболеваниями – пока). Судьбоносный ЕГЭ и страх перед ним – определяющая, но не единственная часть.

Вспоминается недавно увиденная сценка в московском метро. Женщина говорит по

мобильному телефону с ребенком, отправленным в детский лагерь. В учреждении, выбранном для отдыха, юному человеку плохо, и проблема не только в условиях проживания и питания. Над школьником жестоко издеваются однокашники. Среди них – и соседи по палате. «Терпи! – раздраженно бросает мать. – Не будем мы забирать тебя! За это деньги плачены! Ты что, хочешь, чтобы мои деньги пропали?»

Психологическая травма – возможно, на всю жизнь – в глазах самых близких людей становится менее значимой, чем сумма, сравнимая с ежемесячной зарплатой. И, увы, это не отдельно взятый случай в одном из самых материально благополучных городов России.

ЦЕНА ЖИЗНИ – СТО РУБЛЕЙ?

На конгрессе «Право на лекарство» были представлены результаты исследования, проведенного в 2017 г. также в одном из регионов, которые принято считать благополучными.

Итак, Краснодарский край. Сочи, Новороссийск, Анапа, Горячий Ключ... Жителям задают несколько вопросов о доступности препаратов.

Начнем с самых простых и понятных: речь в них идет о рублях и копейках. Итак, «Какую максимальную сумму вы можете заплатить за лекарство, важное для вашего здоровья или для здоровья ваших близких?» От пятисот до тысячи рублей – таков самый популярный ответ (20,4% респондентов, каждый пятый). Немногим меньше участников исследования считает, что важный препарат должен стоить от тысячи до трех, но не больше (18,9%).

А вот еще один вопрос, очень похожий на предшествующий: «За какую цену вы приобретете лекарство, от которого зависит ваша жизнь?» Подчеркнем: речь идет о средстве, не принимая которого, пациент в считанные дни, а то и часы, попадет в реанимацию. 17,2% участников исследования оценивают

собственную жизнь дороже 3 тыс. руб. 16,2% – немногим дешевле: от 1 тыс. до 3. 15,7% – еще более скромно: от 500 руб. до 1000. Немало оказалось и тех, кто отдаст не больше 100 руб. за самое ценное – возможность жить на свете.

19,8% опрошенных... затруднились с ответом.

На конгрессе «Право на лекарство», прошедшем осенью 2016 г., Лига защитников пациентов представляла общероссийское исследование доступности медицинской помощи. Его частью была аналогичная анкета о фармпрепаратах.

Данные, полученные в 2017 г., в процентном соотношении во многом совпали с результатами исследования года 2016-го.

ДЕТИ И ДЕНЬГИ: ЧТО ЖЕ ДОРОЖЕ РОДИТЕЛЯМ?

Стоит ли объяснить эти цифры национальным менталитетом? Для ответа на этот вопрос обратимся к недавнему опыту Новой Зеландии.

Государство решило ввести в педиатрии систему соплатежей. Новозеландцев обязали доплачивать за визиты к врачу и надеялись, что это положительно скажется на бюджете страны. Увы, взлетели не размеры госказны, а детская смертность.

Будучи вынужденными платить (причем не полностью, а частично), папы и мамы Новой Зеландии стали реже водить своих детей к доктору. За короткий срок страна недосчиталась многих маленьких граждан.

Государственный регулятор опомнился первым: соплатежи отменили, и взрослые вновь повели детей на прием к педиатрам. Детская смертность стала меньше.

КАКАЯ ОБЫКНОВЕННАЯ ИСТОРИЯ...

А вот рассказ уже отечественного пациента-льготника: «Приехали в аптеку на сорок минут позже, и льготного препарата уже не было. Живем мы с женой на селе... У супруги

моей – сахарный диабет. Не принимая лекарство, она не может ходить на работу. Но на работе не дают больничный: говорят, она должна купить таблетки, которые аптека не выдала. Стоят они 1400 руб. У жены зарплата 5 тыс., у меня военная пенсия – 8».

Хочется верить, что, пока пишутся эти строки, региональное здравоохранение Ярославской обл. все же обеспечило семью льготным лекарством для лечения сахарного диабета. Муж женщины, оставшейся без препарата, не побоялся обратиться к уполномоченному по правам человека в Ярославской обл. **Сергею Бабуркину**. Уполномоченный занялся вопросом и, выступая на конгрессе «Право на лекарство», не смог не рассказать одну из историй, давно ставших повседневными в системе лекарственного обеспечения.

И в Северном, и в Южном полушарии пациенты реагируют на платность здравоохранения одинаково. Решить вопрос с точки зрения законодателя или в активном сотрудничестве с ним – проще, быстрее и эффективнее, чем воспитывать в больном человеке осознание ценности жизни и здоровья. Последнее, может быть, и увенчается успехом, но сколько веков понадобится на достижение этой высокой цели?

О «ЛЕГКОМ» И «ДОСТУПНОМ»

Рынок предполагает предметы не первой необходимости. Те, от которых клиент может отказаться. Так сложилось исторически. Когда пациент считается клиентом, медицина и лекарства переходят в статус предметов роскоши.

Вернемся к опросу, проведенному Лигой защитников пациентов в этом году. «Считаете ли вы, что лекарства доступны?» – обращает внимание на первый, общий вопрос анкеты **Ольга Иванова**, председатель Краснодарского краевого отделения Лиги защитников пациентов и правления Краснодарской региональной общественной организации

социально-правовой поддержки «ФОРПОСТ». «Нет, они труднодоступны», – отвечают 44,3% опрошенных. Почти каждый второй! «Труднодоступные? Что вы, они недоступны совершенно», – замечают еще 11,9%.

На этом этапе исследования участников еще не спрашивают, пытались ли они хоть раз в жизни получить льготный препарат. Речь идет о лекарстве «в целом».

У пациентов, имеющих право на льготу, трудности с приобретением положенного по закону лекарства возникают в трех случаях из четырех (74%). «Льготный», «легкий» и «облегчить», по всей видимости, остались родственными словами лишь для лингвиста – историка языка. В лекарственном обеспечении «льготное» почти всегда означает «трудное»: 44% отвечавших на вопросы анкеты говорят, что сложности возникают часто, а еще 33% признаются, что без затруднений не получали свое льготное средство никогда.

УГОЛОВНЫЙ КОДЕКС И ГОСУДАРСТВЕННЫЙ БЮДЖЕТ

Сегодня лекарственным обеспечением уже заинтересовалась Генеральная прокуратура. За 2016 г. в этой области было выявлено 15 тыс. нарушений и заведено 7 уголовных дел. «Цифра может иметь важные последствия, если станет широко известна. Наличие семи уголовных дел за год заставит власти на местах меньше нарушать права граждан на лекарства», – предполагает **Александр Саверский**, глава Лиги защитников пациентов.

Заставить регулятора обратить внимание могла бы и соответствующая медицинская статистика, если бы она была. Благодаря вовремя данной таблетке человек продолжает жить и трудиться. И, как ни цинично это звучит, вносит свой вклад в экономику страны и в то же здравоохранение. Если же таблетку дали не вовремя, больной становится инвалидом. Невыданное, закончившееся в аптеке или попросту не закупленное

лекарство для лечения диабета – это слепота, ампутация конечности, инсульт или инфаркт. Спасение пациента в этой ситуации стоит уже не 1400 руб.

КЛИЕНТ С ОСОБЫМ СТАТУСОМ

Быть может, закон «О защите прав потребителей» – все равно единственная надежда для пациента, не защищенного государственным здравоохранением? И просто признание фактического положения дел?

По объемам вложений в медицину наши сограждане еще в 2015 г. сравнялись с бюджетом целой России. Платить за лечение привыкли все: правда, в том же 2015-м 36% жителей нашей страны признавались, что лечат себя сами, а на посещение приемов у врачей нет денег...

Итак, пациент объявляется клиентом. И действительно, кем он является в кассе частной клиники?

*«Кассир в медицинском учреждении – не просто кассир. Это лицо организации, – обращает внимание **Александр Саверский**. – Даже если больного человека считать потребителем, то он потребитель с особым статусом. Решение, какие услуги ему оказывать, – точнее, как лечить его, принимает не он».*

ЮРИДИЧЕСКИЕ СЛОЖНОСТИ: КАК БЫТЬ СО СВОБОДОЙ ДОГОВОРА?

Клиент посещает поликлинику с целью получения платной медицинской услуги. В соответствии с законом о защите прав потребителей он должен получить об услуге исчерпывающую информацию, которая позволит ему сделать правильный выбор. Кстати, все сведения должны быть даны в понятной для обывателя форме.

Больной с тяжелой черепно-мозговой травмой, находящийся без сознания, конечно, не сможет грамотно оценить суть своего лечения. Но и пациент, пришедший к гастроэнтерологу в поликлинику, чаще всего

не врач и не фельдшер. И вряд ли поймет все биохимические тонкости процесса пищеварения за те минуты, что выделены на общение доктора с больным.

Право на информацию, данное потребителю, в кабинете врача оказывается нереализуемым?

Быть может, помогут другие правовые принципы – например, автономия воли или свобода договора? Как сказано в ст. 178 Гражданского кодекса, ни одна сделка, совершенная под влиянием угрозы или заблуждения, не имеет юридической силы.

А теперь представим типичную для наших дней ситуацию: врач-кардиолог предупреждает больного – если после операции по стентированию не принимать лекарства, риск инфаркта очень велик. С точки зрения законодательства о защите прав потребителя, доктор только что угрожал пациенту самыми неблагоприятными последствиями и потому договор на лечение должен быть аннулирован. И гражданин, еще не так давно лежавший на операционном столе, может немедленно отказаться от навязанных ему лекарств.

Согласие на хирургическое вмешательство, в соответствии с логикой закона о защите прав потребителей, тоже было получено противоправным путем: со стороны медиков наверняка имели место угрозы – иначе больной не испугался бы за свою жизнь и не лег бы на операцию.

Для гражданского законодательства любое соглашение о медицинской помощи – кабальная сделка. Не будь у пациента стечения трудных обстоятельств, основным из которых является его болезнь, на лечение он бы не согласился.

ИЗВЛЕЧЕНИЕ ПРИБЫЛИ – ПРЕЖДЕ ВСЕГО?

Итак, принцип автономии воли – как и принцип свободы договора – для медицины подходит, мягко говоря, не очень. Как и тот

закон рынка, согласно которому предложение жестко определяет спрос. Пациента, опасющегося за свою жизнь, легко убедить в необходимости любой медицинской манипуляции.

Например, операции на сердце без показаний для этого – причем не на деньги больного, а на бюджетные средства высокотехнологичной медицинской помощи. Или пяти выскабливаний матки за один месяц... После таких случаев пациенты и их родные обращались за помощью в Лигу защитников пациентов. В надежде исправить хоть что-то или, по крайней мере, привлечь к ответственности «врачей», живущих по законам рынка и потому лишивших больного человека жизни.

Современное потребительское законодательство применимо и к государственной медицине. Тарифы ОМС – не что иное, как вознаграждение за сделанную работу. Стало быть, для большей прибыли нужно больше клиентов. А по тому же закону о защите прав потребителей исполнителем считают и предпринимателя, и организацию (независимо от организационно-правовой формы). Потребитель же не обязан платить из своего кармана. Внести средства за лечение могут близкие, фонд ОМС, страховая компания, работодатель и др. В каждом таком случае доктор «осуществляет медицинскую услугу» возмездно и таким образом оказывается в сфере действия указанного закона.

НЕДОЛЕЧИЛ? ВЕРНИ ВСЕ ДЕНЕЖКИ!

К сожалению, даже закон, успешно применяемый в подлинно потребительских правоотношениях, не может дать ту гарантию, о которой пациенты мечтают веками – даже в платных медицинских услугах исполнитель (т.е. доктор) может гарантировать не все, за что заплачено. В процессе лечения гарантий нет, и это касается не только серьезных травм и тяжелых заболеваний. И стоматолог в некоторых случаях может сделать не все.

Итак, в медицинской помощи стопроцентных гарантий нет. Здоровье – не компьютер и не автомобиль. Его не сдашь в ремонт и не продолжишь при этом заниматься своими делами.

Как же быть с одним из главных принципов потребительского законодательства: исполнитель должен гарантировать надлежащий результат? Единственное, что может гарантировать врач, – это процесс. Соответствие своих поступков, слов и намерений нормам и правилам, этике и деонтологии. Но что это за потребительская гарантия, которая распространяется лишь на процедуру?

И вот еще одна интересная деталь: в соответствии все с тем же упоминаемым мной неоднократно законом при недостижении желаемого результата исполнитель обязан вернуть клиенту деньги. Переводим на язык медицины: пациент восстановился после травмы не полностью, хотя доктора сделали все возможное. Чтобы не нарушить потребительское законодательство, больница

возвращает выздоравливающему больному (или фонду ОМС, или страховой компании) все деньги, вложенные в лечение. А заодно компенсирует моральный вред – эту обязанность закон «О защите прав потребителей» тоже предусмотрел.

Бюджеты здравоохранения уходят в минус. Врачи, медицинские сестры, фельдшера, санитары и даже главврачи вспоминают 90-е как время относительного благополучия. Одновременно с этим обесцениваются все усилия медицины по спасению человеческих жизней...

Роль потребительского рынка, навязанная медицине в надежде сэкономить на ней, в реальности ведет к колоссальным расходам. Сегодня разворот от рынка к пациенту – уже не решительный шаг, а экстренная необходимость. Для страны. Для здравоохранения. Для каждого человека.

Екатерина АЛТАЙСКАЯ ■



КОГДА «СЕЛЬСКИЙ ФЕЛЬДШЕР» ВАЖНЕЕ КОМПЬЮТЕРА

6 июня в Госдуме впервые встретились участники заседания экспертного совета по вопросам совершенствования организации здравоохранения. Опытные доктора, руководители федеральных центров, главы региональных минздравов.



«Говорить должны те, кто что-то представляет собой в медицине. Кто сумел чего-то достичь и чьи достижения мы можем увидеть, можем «подержать в руках». Те, кто может говорить ответственно», – пояснил МА

создатель совета **Валерий Елыкомов**. Врач высшей категории, который почти двадцать лет назад первым в России ввел в практику службы крови карантинизацию донорской плазмы и замороженных эритроцитов. Доктор медицинских наук, профессор, а с сентября 2016 г. – депутат Государственной Думы и руководитель подкомитета по вопросам совершенствования организации здравоохранения.

Идею организовать экспертное обсуждение самых болезненных вопросов медицинской помощи поддержал не только председатель Комитета Госдумы по охране здоровья **Дмитрий Морозов**. На призыв откликнулись коллеги-врачи: главный детский гематолог **Александр Румянцев**, президент Российского медицинского общества по артериальной гипертензии **Ирина Чазова**, главный врач Федерального центра травматологии, ортопедии и эндопротезирования **Людмила Григоричева**.

Первой проблемой, которую рассмотрел совет, стала доступность лечения. Следующее заседание будет посвящено специализированной медицинской помощи.

ПОЧЕМУ НЕ ПОМОГАЮТ ИНФОМАТЫ

«Внедрили электронную запись, а качественного скачка в медицине не произошло. Почему? Потому что доступность первичного звена еще не означает доступности медицинской помощи. Пациенту очень часто нужен не терапевт, а специалист. Но на прием, например, к кардиологу он попадет через три недели после записи...» – поясняет Валерий Елыкомов. В далеком 2010 г. благодаря его усилиям в Алтайском крае был создан первый в России регистр пациентов с хронической ишемической болезнью сердца. Несколько лет спустя изобретение запатентовали. Доктор, руководивший в 2010–2012 гг. краевым кардиологическим диспансером, рассказал о своей идее легенде советской и российской кардиологии – Евгению Чазову, тот проект одобрил.

Хороший врач умеет действовать не в идеальных, а в реальных обстоятельствах. Сегодня обобщение медицинских данных спасает тысячи жизней, но совсем не в формате гипотетической «единой базы», которая чревата утечкой сведений о больном человеке и нарушением закона о врачебной тайне. На это экспертному совету указала и зампредела Федерального фонда ОМС **Елена Сучкова**. А в той версии, которую успешно применили и в Алтайском крае, и в Федеральном детском онкоцентре им. Дмитрия Рогачева.

В МЕДИЦИНЕ МЕЛОЧЕЙ НЕТ

«Каждый третий ребенок имеет не тот диагноз, который есть в действительности»,

– заметил на совете профессор Александр Румянцев, главный детский гематолог Минздрава и директор ФНКЦ детской гематологии, онкологии и иммунологии им. Дмитрия Рогачева. Александру Григорьевичу удалось добиться практически невозможного: сегодня установлен почти полный контроль над некоторыми видами детского рака. Регистр по лимфобластному лейкозу ведется на территории всей страны. Как результат, 82% детей, которым поставили этот страшный диагноз, сегодня выздоравливают! Четверо из пяти, заболевших онкологическим заболеванием крови!

Этому есть еще одна причина: детские протоколы лечения ориентированы на выздоровление, а взрослые – на «повышение качества жизни», пояснял два года назад Александр Румянцев одному из федеральных печатных изданий. Детские рекомендации строже, в них более жесткие протоколы поддерживающей терапии (антибиотики, трансфузии, лечебное питание). Когда по ним, в порядке эксперимента, стали лечить взрослых пациентов, результаты оказались таковы, что коллективы врачей Боткинской больницы и РДКБ получили за свое открытие премию правительства Москвы. Как пояснил профессор, четкое соблюдение протоколов поддерживающей терапии дает до 25% выживаемости онкологических больных.

В ПОМОЩЬ ДОКТОРУ И МИНЗДРАВУ

В медицине «второстепенного» и «неглавного» нет. Порядок и систематизация часто играют решающую роль. Поэтому врачу, заинтересованному в пациенте, статистика по заболеваниям необходима как воздух. Нелишней она будет и организатору здравоохранения.

«Семь лет назад мы создавали регистр как руководство к действию. Если в вашем городе выросли цифры, скажем, по больным туберкулезом – это повод задуматься и выяснить: чем лечили пациентов? Почему им стало хуже? Региональные власти быстрее узнают, на какие области медицины нужно выделить

дополнительные средства», – поясняет Валерий Елыкомов.

Кстати, в США никаких единых баз данных не существует. Медицинский учет ведется не по всему государству, а по отдельным штатам. В дальнейшем компьютер складывает обезличенные данные, замечает А.Г. Румянцев.

В числе предложений экспертного совета значится формирование региональных регистров больных по нозологиям. Например, «Сахарный диабет», «Бронхиальная астма», «Гипертоническая болезнь», «Хроническая ишемическая болезнь сердца». Эти данные будут полезны и мобильным диагностическим центрам, и федеральным центрам высокотехнологической помощи.

ИНТЕРНЕТ ВМЕСТО ИНТЕРНАТУРЫ

Надежды на телемедицину и электронные базы данных – **во многом это надежды на улучшение доступности и качества медицинской помощи**. Этим летом вступают в профессиональную жизнь первые врачи, не обучавшиеся в интернатуре. Доктору со стажем работы в несколько месяцев или даже дней понадобятся регулярные консультации старших коллег. Если речь идет о сельском районе, где дефицит кадров ощущается наиболее остро, современные технологии станут единственным спасением молодого специалиста и его пациента.

Установить компьютер и Интернет в кабинете вчерашнего выпускника медицинского вуза – решение эффективное, но лишь отчасти. И лишь временно.

Развертывание программ «Земский доктор» и «Сельский фельдшер» – например, снятие возрастного ценза для медицинского специалиста – даст юному врачу более серьезные гарантии в профессиональной деятельности. Возможность не только поговорить с наставником – десять минут по скайпу, но и изо дня в день учиться у него. Благодаря данным программам молодой специалист сможет видеть и слышать, как более опытный коллега общается с пациентами и коллегами, на что

обращает внимание в процессе лечения. Ведь не все знания и навыки сможет передать электроника.

ЗЕМСКИЙ ДОКТОР – ВАЖНЕЕ КОМПЬЮТЕРА

На современные технологии был сделан акцент и в заключении экспертного совета. Правда, приглашенные на совет врачи и руководители региональных минздравов говорили и о другом. О пунктах неотложной помощи в отдаленных районах, о строительстве и ремонте ФАПов, о сотрудничестве медицинских вузов со школами, о результатах уже общероссийской программы «Земский доктор» и еще региональной программы «Сельский фельдшер». Словом, о кадрах и уже зарекомендовавших себя на практике методах устранения кадрового дисбаланса.

К привлечению медиков в небольшие города и тем более поселки многие относятся скептически. Но в Свердловской обл., несмотря на маленькую плотность населения, действуют пункты скорой помощи, создаются новые станции и отделения. В Белгородской обл. и Алтайском крае строятся и ремонтируются десятки ФАПов... А если обратиться к сухим цифрам, то с 2012 г. по программе «Земский доктор» пациентов на селе стали лечить более 22 тыс. новых специалистов. «Сельский фельдшер» – проект пока еще региональный. Но в том же Алтайском крае, где он стартовал одним из первых в стране,



846 фельдшеров уже приступили к лечению больных (с 2013 по 2016 г.). А Алтайский государственный медицинский университет не только увеличил целевой набор более чем на 100 бюджетных мест, но и открыл в школах региона профильные старшие классы – по лечебному делу и педиатрии, фармации и стоматологии... Сегодня 85% выпускников АлтГМУ находят работу по специальности.

Участники экспертного совета предлагают дать «Сельскому фельдшеру» общероссийский статус. А программу «Земский доктор» – расширить, дав льготы и выплаты специалистам не только на селе, но и в малых городах. С десятью тысячами жителей и менее. Быть может, даже на этом шаге стоит не останавливаться? Те, кто хотя бы год прожил в городке с населением в 60–70 тыс. человек, знают, как рвутся оттуда специалисты в региональные центры и как отчаянно готовятся школьники к поступлению в областные или даже московские университеты...

Совет обратил внимание и на болезненный для всех «квартирный вопрос» – докторам и фельдшерам предложили давать служебные дома и квартиры, компенсировать платежи за аренду жилья, выделять земельные участки на льготных условиях. Поднять на федеральный уровень доктора и региональные минздравы советуют и «подъемные», а ведь когда-то их необходимость для специалиста не вызывала сомнений и не требовала обсуждений... Цифру называют пока до 300 тыс. руб.

Кадровый вопрос – хроническая болезнь сегодняшней медицины. Ее слишком часто «лечат» симптоматическими средствами – такими, как электронная запись. Как заметила Людмила Григоричева, главный врач Федерального центра травматологии, ортопедии и эндопротезирования, сегодня из средства сделали цель.

Может быть, отечественному здравоохранению пора ориентироваться не на «качество жизни», а на полное выздоровление?

Екатерина АЛТАЙСКАЯ



БОЛЕЗНЬ БЕХТЕРЕВА: ОТ ДИАГНОЗА ДО ЛЕЧЕНИЯ

Для успешного лечения болезни нужно учитывать и объективные медицинские показатели, и ощущения самих больных...

ЧТО ТАКОЕ АНКИЛОЗИРУЮЩИЙ СПОНДИЛОАРТРИТ?

Недуг, известным многим как **болезнь Бехтерева**, имеет и международное название – анкилозирующий спондилоартрит. Это хроническое воспаление опорно-двигательного аппарата и межпозвонковых суставов. Прогрессируя со временем, болезнь приводит к тому, что суставы, расположенные между позвонками, срастаются. Это серьезно ограничивает движения. А при осложненных и запущенных случаях приводит к полному обездвиживанию. Но даже на ранних стадиях болезни пациенты ощущают боли в спине умеренной и средней степени тяжести. Они концентрируются в области бедренной кости и спины, особенно давая о себе знать по утрам. Двигаясь в течение дня, пациенты чувствуют некоторое уменьшение болевых проявлений. Однако боль все равно не проходит... «Когда я говорю, что со мной все в порядке, в это время у меня болит спина», – цитирует своих друзей по болезни

председатель Общества взаимопомощи при болезни Бехтерева **Алексей Вадимович Ситало**. Он добавляет, что каждый человек хоть раз в жизни испытывал боль в спине. И, если представить себе самую сильную степень такой боли и помножить ее фактически на все 24 часа в сутки, то будет понятно, что испытывают больные анкилозирующим спондилоартритом.

Первые признаки болезни Бехтерева могут давать о себе знать в молодом возрасте. И это особенно угнетает заболевших людей. Ведь многих из них инвалидность ждет еще в трудоспособном возрасте.

Что является причиной заболевания, точно не известно. На сегодняшний день основным «провокатором» недуга считается генетическая предрасположенность; большую роль играет и снижение иммунитета, поэтому и относится заболевание к группе аутоиммунных.

Вторичным, но порой решающим фактором, влияющим на то, что человек

заболевает анкилозирующим спондилоартритом, является наличие хронических инфекций в кишечнике или мочевом пузыре.

Различные травмы, стрессовые состояния, гайморит и даже кисты зубов тоже могут спровоцировать развитие болезни Бехтерева.

В результате возникновения анкилозирующего спондилоартрита у больного появляются следующие симптомы:

- повышенная утомляемость;
- ограничение подвижности позвоночника;
- скованность в месте сочленения крестца с подвздошной костью;
- нарушения, вызванные болевым синдромом;
- боли в спине и бедренных суставах;
- затруднения дыхания;
- артриты;
- искривление позвоночного столба;
- полная неподвижность (в поздних стадиях заболевания).

Существуют и различные формы болезни.

Центральная – поражение только позвоночника.

Ризомелическая – поражение позвоночника и корневых суставов (плечевых и тазобедренных).

Периферическая – поражение позвоночника и периферических суставов (коленных, голеностопных и др.).

Скандинавская – поражение мелких суставов кистей, как при ревматоидном артрите, и позвоночника.

Висцеральная – наличие одной из перечисленных выше форм и поражение висцеральных органов (сердца, аорты, почек).

ДИАГНОСТИКА – ОСНОВА ЛЕЧЕНИЯ

Диагноз болезни Бехтерева обычно ставят на основе рентгеновского исследования, МРТ и анализа крови на присутствие специфического гена. «Однако большую роль в правильной постановке диагноза и дальнейшем определении степени распространения заболевания играет индекс BASMI и тест Шобера», – замечает к.м.н., зав. лабораторией научно-организационных проблем

в ревматологии ФГБНУ НИИ ревматологии им. В.А. Насоновой, к.м.н. **Татьяна Васильевна Дубинина**. BASMI (Bath Ankylosing Spondylitis Metrology Index) – комбинированный индекс для оценки подвижности в позвоночнике. Для определения этого индекса врач проводит опрос пациента. Каждый вопрос сопровождается визуальной аналоговой 100-миллиметровой шкалой. Около левой крайней точки шкалы указывается ответ «Не было», а около крайней правой точки – «Очень сильная». Пациент сам должен ответить на все вопросы, сделав отметку ручкой на каждой шкале:

1. Как бы вы охарактеризовали выраженность слабости (утомляемости) в целом за последнюю неделю?

2. Как бы вы охарактеризовали выраженность боли в шее, спине или тазобедренных суставах в целом за последнюю неделю?

3. Как бы вы охарактеризовали выраженность боли в суставах (кроме шеи, спины или тазобедренных суставов) или их припухлости в целом за последнюю неделю?

4. Как бы вы охарактеризовали выраженность неприятных ощущений, возникающих при дотрагивании до каких-либо болезненных областей тела или при давлении на них, в целом за последнюю неделю?

5. Как бы вы охарактеризовали выраженность утренней скованности, возникающей после просыпания, в целом за последнюю неделю?

6. Как долго длится утренняя скованность после просыпания в целом за последнюю неделю? (Левая крайняя точка шкалы обозначается цифрой «0», правая крайняя точка – «2 часа и более»).

2. Сначала подсчитывается средняя арифметическая величина ответов на 5-й и 6-й вопросы, полученное значение складывается с результатами ответов на остальные вопросы и вычисляется среднее значение суммы пяти показателей. Максимальное значение BASDAI составляет 100.

Тест Шобера предлагает проводить ряд измерений больного. Например, при наклоне пациента вперед измеряют увеличение

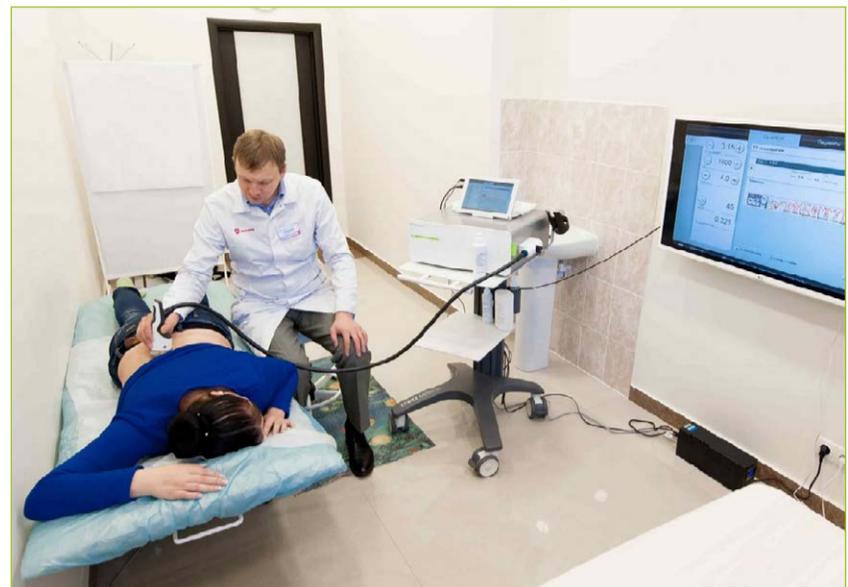
расстояния между двумя заранее отмеченными точками (первая из них соответствует месту пересечения оси позвоночника с линией, соединяющей боковые углы известного всем ревматологам ромба Михаэлиса, вторая – располагается на 10 см выше первой). В норме при полном сгибании это расстояние увеличивается не менее, чем на 4–5 см, при анкилозирующем спондилоартрите – значительно меньше. «К сожалению, многие врачи, ссылаясь на то, что на прием пациента отводится всего лишь 12 минут, не проводят нужных тестирований и измерений. Конечно, сделать это может и специально обученная медицинская сестра. Но в большинстве случаев ревматолог ведет прием больных в одиночестве и все делает сам. Тем не менее, как показывает опыт, сделать необходимые измерения наклонов больного можно и за 3–5 минут. И выполнять их нужно обязательно при каждом визите пациента, страдающего болезнью Бехтерева. Это не только позволит поставить диагноз, но и поможет оценить как динамику прогрессирования заболевания, так и эффективность лечения. Так, если, например, индекс BASDAI ухудшается, значит не все правильно в лечении пациента с анкилозирующим спондилоартритом», – считает **Т.В. Дубинина**.

ЛЕЧЕНИЕ – В КОМПЛЕКСЕ

Лечение больным болезнью Бехтерева назначают комплексное. В него входят:

- ЛФК (лечебная физкультура, которую пациенты сначала выполняют под руководством инструктора, а затем дома, самостоятельно);
- лечебный массаж (он улучшает кровоснабжение тканей, что улучшает состояние на ранних стадиях болезни);
- физиотерапевтические процедуры (магнитотерапию, рефлексотерапию, иглоукалывание);
- медикаментозное лечение (гормональные иммунодепрессанты, обезболивающие, противовоспалительные и хондропротекторные препараты).

«Особое внимание хочется обратить на ЛФК. Дело в том, что лечебной физкультурой



пациент должен заниматься обязательно. Однако практика показывает, что, находясь в стационаре или в специализированном санатории, больные добросовестно выполняют все упражнения, которые ему показывает тренер. А оказавшись дома, многие пациенты, ссылаясь на нехватку времени, либо занимаются ЛФК эпизодически, либо вовсе не выполняют упражнения. Задача врача убедить больного анкилозирующим спондилоартритом, что для него лечебная физкультура – такой же важный элемент лечения, как лекарственная терапия. И без ЛФК не будет не только прогресса, но и ремиссии», – подчеркивает руководитель Городского ревматологического центра, заслуженный врач Республики Татарстан, врач-ревматолог высшей категории **Равия Гаязовна Мухина**. Но наряду с этим необходимо учитывать индивидуальные особенности каждого пациента. «Практикующие врачи знают, что некоторым больным после лечебной гимнастики становится не только не лучше, но и хуже.

И это обстоятельство дискредитирует ЛФК. Дело в том, что в случае с болезнью Бехтерева не применим массовый подход. Каждый пациент в данном случае очень отличается от других. И то, что во благо одному пациенту, может быть во вред другому. Поэтому отправной точкой в назначении лечебной физкультуры должна быть индивидуальная консультация врача, очень хорошо разбирающегося в особенностях и этапах заболевания именно у конкретного

пациента. К сожалению, уже были случаи, когда во время утренней зарядки человек с болезнью Бехтерева получал перелом в области позвоночника, вызванный тем, что пациент разгибал спину с большим, чем ему показано, углом наклона», – предупреждает научный сотрудник ФГБОУ «Саратовский государственный медицинский университет им. В.И. Разумовского», к.м.н. **Инна Зурабиевна Гайдукова**.

ВРАЧ И ПАЦИЕНТ

Как показывают опросы, отношение к болезни Бехтерева у врачей и пациентов несколько отличаются. Так, по результатам анкетирования на первое место по значимости результатов лечения доктора ставят достижение ремиссии, а пациенты – отсутствие боли и улучшение качества жизни. Тем не менее только совместные усилия врача

и пациента могут дать положительный эффект. «Многие, особенно молодые люди, узнав о том, что они больны анкилозирующим спондилоартритом и прочитав об этом, например, в Интернете, различные материалы, впадают в депрессию. Главным образом из-за того, что болезнь Бехтерева может привести к инвалидности и обездвиженности. Задача врачей объяснить, что точное выполнение всех медицинских рекомендаций сможет помочь пациенту не запустить заболевание и улучшить состояние своего здоровья», – уверяет зам. директора ФГБНУ НИИ ревматологии им. В.А. Насоновой РАМН, проф., д.м.н. **Шандор Федорович Эрдес**.

По материалам мероприятия в рамках
VII Съезда ревматологов

Марина МАСЛЯЕВА ■



И ПРИ ЛЕГКОМ ТЕЧЕНИИ ЗАБОЛЕВАНИЯ НЕОБХОДИМО ЛЕЧЕНИЕ

Среди множества фенотипов бронхиальной астмы (БА) доминирующим является аллергическая (или атопическая) БА. Она встречается почти в 80% случаев детской астмы и более чем в 50% случаев астмы у взрослых¹.

Это данные зарубежных исследований. Согласно отечественным исследованиям, у взрослых пациентов эта цифра еще выше: у 68–78% из них диагностируют атопический вариант БА.

Атопическая бронхиальная астма характеризуется более ранним дебютом, большая часть пациентов заболевают до 12 лет, в крайнем случае до 18 лет. Среди пациентов детского и подросткового возраста преобладают лица мужского пола, а среди взрослых пациентов, в т.ч. старших возрастных групп, преобладают женщины.

Пациенты с атопической астмой могут быть sensibilizированы к различным аллергенам, но чаще всего – к находящимся внутри жилища клещу домашней пыли, шерсти домашних животных, тараканам.

По частоте sensibilизации пальму первенства держат домашняя пыль и клещ. Это поистине вездесущий аллерген, от которого крайне сложно избавиться. На втором месте

– эпидермальные аллергены, и только потом следуют пыльцевые аллергены.

Несколько исследований, проведенных в последние годы, позволили обнаружить удивительный факт. Оказывается, эпидермальные аллергены (ЭА) вызывают sensibilизацию даже у тех детей и подростков, у кого в семье никогда не было кошек, собак и прочих братьев наших меньших. Другими словами, sensibilизация к ЭА может произойти и вне дома. Это связано с достаточно высокой концентрацией эпидермальных аллергенов в общественных местах, их очень малыми размерами и способностью легко переноситься на одежде.

Существенная часть больных имеют легкое течение бронхиальной астмы. И значительная их часть страдает именно атопической формой БА.

Но несмотря на это, они часто остаются вне зоны внимания врачей, поскольку редко обращаются за медицинской помощью.

Однако сейчас в нашей стране готовится большой согласительный документ по ведению пациентов с легкой БА. И ситуация должна измениться в лучшую сторону.

Ступенчатая терапия, которая представлена в федеральных рекомендациях, предлагает следующие возможности для лечения. На 1-й ступени (легкая интермиттирующая астма) в качестве предпочтительной терапии – короткодействующие β 2-агонисты (КДБА) по потребности. Они же предлагаются в качестве препаратов для купирования симптомов.

В качестве предпочтительного выбора и на 1-й, и на 2-й ступенях (легкая персистирующая астма) предлагаются низкие дозы ингаляционных глюкокортикостероидов (ИГКС). Другая группа препаратов, которая является альтернативой ИГКС на 2-й ступени, – антагонисты лейкотриеновых рецепторов.

Таковы возможности терапии легкой БА: короткодействующие β 2-агонисты для купирования симптомов астмы, ингаляционные ГКС в качестве базисной терапии и антагонисты лейкотриеновых рецепторов в качестве альтернативы ИГКС.

Насколько хороша эта стратегия, позволяет понять известное среди специалистов клиническое исследование START. Несмотря на то, что оно было проведено около 10 лет назад, к нему обращаются до сих пор.

Это репрезентативное исследование охватило более 7 тыс. пациентов с легкой БА в возрасте от 5 до 66 лет, которые были разделены на две группы. Пациентов с легким течением

астмы, вошедших в первую группу, сразу же начали лечить малыми дозами будесонида (ИГКС): по 200 или 400 мкг в зависимости от возраста один раз в день. Пациентов второй группы в течение первых трех лет не лечили (это была плацебо-контролируемая закрытая фаза). А затем наступила открытая фаза, во время которой уже пациенты обеих групп получали ИГКС.

У пациентов, которые с самого начала получали ИГКС, существенно реже развивались обострения астмы. Таким образом, исследование позволило сделать вывод: регулярная терапия ингаляционным глюкокортикостероидом при легкой астме уменьшает риск обострений, улучшает контроль, снижает потребность в дополнительной терапии.

ИГКС – препараты №1 при бронхиальной астме, это аксиома. Но в реальной практике часто приходится сталкиваться с проблемой комплаенса к регулярной терапии ИГКС. Порядка 47% больных не соблюдают рекомендации врача, еще 30% соблюдают их только при ухудшении состояния. И лишь 23% пациентов соблюдают рекомендации врача весь период лечения.

Причины низкой приверженности к ИГКС, о которых говорят сами больные легкой БА: редкие и легкие симптомы, быстрый эффект от КДБА, нормальная функция дыхания и самочувствие между симптомами, особенно у молодых, не видят причин для постоянного применения препаратов, стероидофобия.

Но и сами врачи тоже не слишком склонны назначать больным легкой формой астмы ингаляционные ГКС. Причем, как ни странно, практически по тем же самым соображениям. Как правило, врачи назначают такие препараты курсами, если проявления БА связаны с вирусными инфекциями или сезонным цветением. А вот их отношение к регулярной терапии ИГКС оставляет желать лучшего.

Эта проблема сейчас активно обсуждается в профессиональном сообществе. И, по всей видимости, тактика ведения этих пациентов будет меняться, чему способствует и появление новых препаратов.



В марте прошлого года в нашей стране был зарегистрирован, а в конце года появился на отечественном рынке комбинированный препарат СабаКомб®, который имеет в своем составе *сальбутамол* (короткодействующий β 2-агонист) и *беклометазона дипропионат* (ИГКС). Впрочем, препарат не так уж нов, просто он поздно пришел в нашу страну.

Препарат применяется у взрослых с 18 лет и показан для лечения и бронхиальной астмы, и хронической обструктивной болезни легких. Достоинство его в том, что он показан как для купирования симптомов (поскольку содержит сальбутамол – КДБА), так и для постоянного применения.

Зарубежное исследование этого препарата позволило сделать вывод – у пациентов с легкой персистирующей астмой стратегия симптоматического применения ИГКС (беклометазона 250 мкг) совместно с сальбутамолом (100 мкг) в одном ингаляторе является столь же эффективной, как и регулярное применение беклометазона (250 мкг) дважды в день. Число обострений астмы в соответствующих группах пациентов в течение года было практически одинаковым. При этом применение комбинированного препарата по требованию сопровождается существенно меньшей кумулятивной дозой ИГКС за 6 месяцев лечения, чем регулярная терапия беклометазоном.

Что касается среднетяжелой и тяжелой atopической БА (3, 4 и 5-я ступени терапии), то и здесь у врачей появилась возможность предложить пациентам эффективные комбинированные лекарственные препараты. Основными препаратами на этих ступенях терапии являются комбинации ингаляционных ГКС и длительнодействующих β 2-агонистов (ДДБА).

Выбор зарегистрированных в России таких комбинированных препаратов большой, все они разные и для каждого пациента можно подобрать свой препарат. Это Серетид®, Тевакомб®, Симбикорт®, Дуоресп Спиромакс®, Фостер®, Зенхейл®, Релвар Эллипта®, – препараты, при правильном использовании одинаково эффективные.

Особое внимание все же обращает на себя хорошо известный препарат – Релвар Эллипта® – первый представитель нового поколения комбинированных препаратов ИГКС + ДДБА. Он содержит *флутиказона фууроат* (ИГКС) и *вилантерол* (ДДБА). Его преимуществом является то, что он применяется один раз в день, причем его можно использовать либо утром, либо вечером, как удобно самому пациенту.

Проведенные за рубежом исследования показали, что этот препарат обеспечивает стабильную функцию легких при назначении в любое время суток, достоверно снижает риск обострений астмы по сравнению с монотерапией ИГКС, не оказывает никакого системного эффекта. Однократный режим применения позволяет пациентам приспособить терапию бронхиальной астмы к своей жизни и повысить ее эффективность, является более удобным, чем двукратное применение, и повышает приверженность к лечению.

Терапия atopической БА отличается от терапии других ее фенотипов. Отличие стратегии лечения atopических заболеваний (как бронхиальной астмы, так и аллергического ринита) состоит в возможности провести лечение, модифицирующее болезнь. Оно включает в себя элиминацию аллергена, аллергенспецифическую иммунотерапию (АСИТ) и анти-IgE-терапию при тяжелой резистентной БА. Эти виды терапии изменяют течение болезни, дают достаточно



длительную ремиссию (за исключением тяжелой астмы) даже без применения фармакологических препаратов.

Уникальным методом лечения, который сегодня активно развивается, является аллергенспецифическая иммунотерапия. На сегодняшний день существует большая доказательная база эффективности АСИТ при астме. Два основных метода, одобренных для лечения аллергических болезней, в т.ч. атопической БА, – подкожная и сублингвальная² иммунотерапия.

Это конкурентный метод специфического лечения аллергенами. Он приводит к существенному уменьшению симптомов БА и снижению потребности в фармакотерапии, а также дает пациентам возможность длительной ремиссии уже после его окончания. Причем АСИТ эффективна не только при легкой астме, но и среднетяжелой, которая контролируется ингаляционными ГКС.

В новом документе GINA 2017 одна из существенных новостей касается АСИТ. В качестве дополнительного варианта терапии на ступени 3 и 4 в настоящее время может быть рассмотрено добавление сублингвальной иммунотерапии (СЛИТ) у взрослых, больных бронхиальной астмой и аллергическим ринитом, сенсibilизированных к клещу домашней пыли, в случае если они имеют обострения, несмотря на лечение ингаляционными

ГКС. По сути, это дополнение вводит сублингвальную иммунотерапию клещом домашней пыли в ступенчатую терапию БА.

СЛИТ на сегодняшний день является наиболее безопасным методом АСИТ, поскольку аллерген не поступает непосредственно в кровь. При СЛИТ не развивается тяжелых системных реакций, которых можно опасаться при подкожной АСИТ.

Современные принципы терапии бронхиальной астмы основываются на ступенчатом подходе к лечению с целью достижения контроля симптомов и профилактики обострений. Этого реально достичь у подавляющего большинства пациентов при условии адекватной терапии. Благо, возможности современной медицины это позволяют.

^[1] Публикация подготовлена на основе выступления Натальи Ненашевой, проф. кафедры клинической аллергологии ФГБОУ ДПО Российской медицинской академии непрерывного профессионального образования Минздрава России, д.м.н. на IX научно-практической конференции «Актуальные вопросы респираторной медицины».

^[2] Сублингвальный прием препаратов – фармакологический термин, означающий прием определенного лекарства путем размещения его под языком.

Инга ЛОПАТКА ■



МЫ ЛЮДИ ЛИШЬ НА 10%

И на 90% – микроорганизмы. По данным Национального института здоровья США, только 10% клеток, входящих в состав нашего организма, – человеческие, остальные – нечеловеческого происхождения.



На поверхности кожи человека живет значительно больше микроорганизмов, чем людей на Земле. Так что здесь не до мыслей об одиночестве. Скорее уместен вопрос, как ужиться с такими соседями, как бактерии, вирусы и грибы? Особенно, когда эра антибиотиков, по мнению ученых, подходит к концу. Об этом рассказала **Екатерина Кажарская**, к.м.н., доцент, медицинский советник компании «НПО Петровакс Фарм».

БАКТЕРИИ

Абсолютное большинство клеток, из которых мы состоим, это клетки бактериального происхождения (и порядка 95–99% бактерий существуют в организме в форме биопленок).

К примеру, толщина биопленки в половых путях составляет 10–15 мкм (микрометров) и может быть разрушена аскорбиновой,

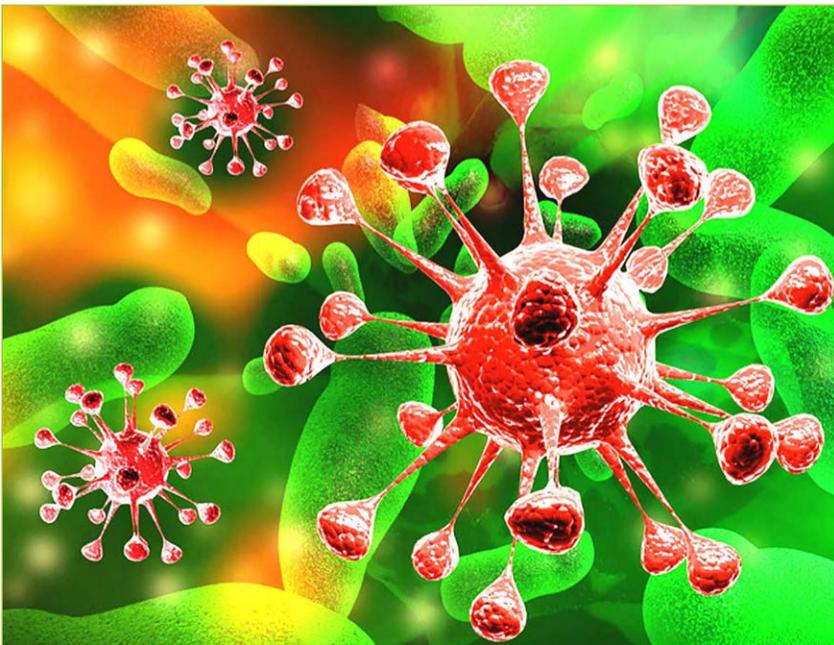
молочной, уксусной кислотами; на костях и зубах – 100 мкм и разрушается только механически. «Соскабливание зубного камня – это, по сути, разрушение биопленки, которую образовали микроорганизмы, чтобы создать для себя комфортные условия существования», – пояснила Е. Кажарская.

Микроорганизмы строят себе жилье и защищают друг друга (белково-полисахаридные каркасы охраняют членов колонии от иммунной системы макроорганизма и антибиотиков), общаются между собой, создают друг для друга максимально комфортные условия, например, контролируя кислотность, и учатся. Это сложно понять, но бактерии разных видов обмениваются генетической информацией, чтобы научить друг друга устойчивости к антибиотикам, например (обмен плазмидами резистентности от вида к виду). Как отметила Е. Кажарская, внутри пленок бактерии могут засыпать. И это немаловажный факт, ведь антибиотики действуют только на размножаю-

щиеся клетки. «Когда бактерия засыпает, она не размножается. И даже если посыпать ее сверху антибиотиком, он на нее действовать не будет, потому что она в этот момент не строит клеточную стенку, ей антибиотик не страшен. Внутри пленок создаются такие условия, когда микроорганизмы засыпают и становятся абсолютно неуязвимыми для антибиотиков», – пояснила специалист.

ВИРУСЫ

Бактерии – еще не все наши соседи. Также мы сосуществуем с вирусами. Медицинский советник «Петровакс Фарм» напомнила, что до сих пор не решен вопрос, живые это микроорганизмы или нет? Способность размножаться и передавать наследственную информацию следующим поколениям говорит о том, что живые. Об обратном свидетельствует способность вируса разобрать себя до молекул, а потом снова в определенной ситуации собраться в живой организм. Вирусы – это облигатные паразиты, которые размножаются только внутри клетки за счет хозяина. Вирусы хитро организованы и могут по-разному сосуществовать со своим хозяином. Большинство из них, попадая внутрь клетки, его убивают. Но многие могут существовать в человеческом организме на протяжении всей жизни. Однажды заразившись вирусом герпеса, человек уже от него не избавится: он навсегда поселяется в нервных



стволах лицевого нерва, например. Генитальным герпесом болеют до 20% взрослого населения всей Земли.

Е. Кажарская напомнила, что простуда – бытовое название всех респираторных инфекций – практически всегда вирусное заболевание. ОРВИ – группа вирусных заболеваний верхних дыхательных путей (существует 200 видов респираторных вирусов). Простуда вызвана теми же самыми респираторными вирусами, и заболевший всегда заразен для окружающих (это к вопросу, а стоит ли геройствовать, отправляясь на работу простуженными?). Грипп – респираторное заболевание, вызванное вирусом гриппа (порядка 2000 антигенных вариантов вирусов). Они постоянно изменяют свою антигенную структуру, чтобы иммунной системе человека было трудно идентифицировать врага.

ГРИБЫ – ЕЩЕ ОДНИ НАШИ СОСЕДИ

Существует порядка 400 видов патогенных грибов – микроорганизмов растительного происхождения. Грибки способны поразить любую систему органов человеческого организма. И 70% населения заражены ими. По выражению Е. Кажарской, «на нас живут не только звери, но и растения». Иммунная система человека с трудом распознает грибы как врага, потому что поверхностные антигены, которые находятся на клетках грибов, очень похожи на наши собственные. Поэтому так часто развиваются аутоиммунные патологии на фоне инфицирования грибами. Постинфекционного иммунитета нет. Даже если человек вылечился от микоза, ничто не мешает ему снова заболеть уже через неделю.

«Многие ученые рассматривают человека как термостат, в котором живут 90% микроорганизмов-квартирантов и используют нас как уютное жилье. С биологической точки зрения не мы определяем жизнь на планете», – убеждена специалист.

И мирное сосуществование человека с такими соседями возможно до тех пор, пока иммунная система держит под контролем постоянство внутренней среды. Любое инфекционное заболевание – это пример дисбиоза, нарушения соотношения микроорганизмов в макроорганизме.

АНТИБИОТИКИ УХОДЯТ

С 1928 г., когда А. Флеминг открыл пенициллин, инфекционные заболевания лечат антибиотиками (АБ). Появление АБ позволило увеличить среднюю продолжительность жизни человека в два раза. Но антибиотики работают не всегда. Е. Кажарская рассказала, в каких случаях это происходит. *Во-первых*, антибиотики воздействуют только на бактерии, чувствительные к данной группе препаратов. А чувствительность можно определить в лаборатории, на что обычно уходит неделя. Врачи, не имеющие столько времени, чтобы помочь пациенту, назначают антибиотики, что называется, опытным путем. АБ воздействуют только на активно размножающуюся клетку и часто возбудитель не бактерия (за 10 лет количество бактериальных возбудителей эндометрита сократилось в 2 раза, а вирусов возросло на треть: онкогенные штаммы ВПЧ, герпес-, адено- и энтеровирусы). Возбудителем острых респираторных инфекций в 97% случаев являются вирусы, на которые антибиотики не действуют принципиально (!). При этом в 60% случаев взрослым назначаются антибиотики при ОРВИ.

Во-вторых, бактерии формируют устойчивость к антибиотикам. Как уже упоминала специалист, биопленочные формы существования бактерий – это фактор устойчивости бактерий (защитный белково-полисахаридный каркас «отталкивает» антибиотики из-за совпадения поверхностного электрического потенциала). Повсеместное, повторное, многокомпонентное, часто неоправданное, «эмпирическое» назначение АБ формирует

резистентность в среднем за 6–8 лет применения препарата.

В-третьих, у антибиотиков много побочных эффектов, поэтому их приходится отменять и заменять. АБ вызывают в т.ч. аллергические реакции у каждого 10-го пациента. Например, стрептомицин, левомицетин, циклосерин, полимиксин вызывают токсические поражения зрения; тетрациклин, эритромицин, гризеофульвин, амфотерицин В, фузидин поражают ЖКТ.

ВОЗДЕЙСТВИЕ НА ИММУНИТЕТ

«Антибиотики через некоторое время просто перестанут воздействовать на все микроорганизмы, вызывающие заболевание, а значит надо будет искать другие возможности для борьбы с инфекционными заболеваниями», – подчеркнула Е. Кажарская.

Есть несколько путей, как бороться с инфекциями. *Первый* – вакцинация, когда мы искусственно учим наш иммунитет опознавать врага и немедленно с ним расправляться. В современной медицине используются поверхностные антигены, маленькие кусочки клеток, которые несут информацию об этом антигене, не вызывая болезнь при вакцинации.

Второй путь – бактериофаги (это вирусы-паразиты), убивающие бактерии в организме.

Третий – антимикробные пептиды – «природные антибиотики», состоящие из коротких цепей (из 30–40 аминокислот). Выделены из гемолимфы насекомых, нейтрофилов человека, кожной слизи лягушек, из некоторых растений. Встраиваются в цитоплазматическую мембрану, разрушая ее.

И самое перспективное направление борьбы с инфекциями, по мнению ученых, – это влияние на иммунитет, применение иммунотропных препаратов. Е. Кажарская напомнила, что болезнь развивается только в том случае, если есть определенная иммунная недостаточность, когда иммунная система не в состоянии отреагировать на встречу с инфекцией.

К примеру, в мире ежедневно 1,5 млн человек заражаются инфекциями, передающимися половым путем: их иммунная система просто не справилась.

В современном мире мы все живем в зоне риска развития вторичного иммунодефицита. Среди факторов, ослабляющих иммунитет человека, плохая экология, стресс, тяжелые физические или интеллектуальные нагрузки, переутомление и недосыпание, нерациональное питание, вредные привычки (спиртное и курение), хронические заболевания,

бесконтрольный прием антибактериальных препаратов и др.

«При росте резистентности к антибиотикам вакцинация и иммуностропная терапия позволяют предотвратить болезни или снизить тяжесть их течения и осложнений», – резюмировала Екатерина Кажарская.

По материалам круглого стола
«Архитектура здоровья. Роль медиа»,
организованного «НПО Петровакс Фарм»

Анна ШАРАФАНОВИЧ ■



ЗГТ ИЛИ ФИТОЭСТРОГЕНЫ: ЧТО ВЫБРАТЬ

Климакс – достаточно тяжелое состояние для многих женщин, которое может стать даже причиной ухода с работы. Процент счастливиц, практически не ощущающих неприятный дискомфорт, невелик, поэтому для облегчения симптомов менопаузы разработаны специальные фармацевтические препараты, способные облегчить этот жизненный этап.

ПОБОЧНЫЕ ЭФФЕКТЫ И ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ ЗГТ

Несмотря на то, что современные гормональные препараты способны значительно улучшить жизнь женщины в сложный для нее период, следует принять к сведению, что у заместительной гормональной терапии (ЗГТ) есть и другая, малоприятная сторона. Важно не забывать, что забота о своем здоровье принадлежит только вам, врач лишь дает рекомендации.

Побочные действия гормональной терапии:

- Опухание и болезненные ощущения в молочных железах, образование опухолей.
- Повышение аппетита, тошнота, боли в животе, болезнь желчных путей.
- Отечность лица и голеней из-за задержки жидкости в организме, увеличение массы тела.

- Сухость влагалища или, наоборот, увеличение шейной слизи, маточные и напоминающие менструации (нерегулярные) кровотечения.
- Сильные головные боли, утомляемость и общая слабость.
- Спазмы в мышцах нижних конечностей.
- Появление угревой сыпи и себореи.
- Тромбозы.

Главными противопоказаниями для проведения гормональной терапии в период климакса являются:

- злокачественные новообразования молочных желез или внутренних половых органов в анамнезе;
- маточные кровотечения неизвестного характера;
- сахарный диабет в тяжелой форме;
- серьезные патологии почек и печени;

- повышенная свертываемость крови, склонность к тромбозам и тромбоэмболии;
- нарушение липидного обмена (возможно наружное использование гормонов);
- присутствие эндометриоза яичников или аденомиоза;
- повышенная чувствительность к лекарственным препаратам данной группы;
- развитие или обострение течения таких заболеваний, как мастопатия, аутоиммунные заболевания соединительной ткани, ревматизм, эпилепсия, бронхиальная астма.

Необходимо при первых же проявлениях климакса посетить гинеколога и проинформировать о происходящих изменениях в организме, а также обо всех сопутствующих заболеваниях. Учитывая индивидуальность каждого организма, врач подберет заместительный гормональный препарат, который (при отсутствии противопоказаний) поможет избежать серьезных изменений в организме женщины в период климакса, улучшить как физическое, так и психическое ее состояние, качественно повысив уровень жизни.

ОСНОВА НЕГОРМОНАЛЬНЫХ ПРЕПАРАТОВ

Негормональные лекарственные препараты, применяемые во время климакса, можно условно разделить на две группы:

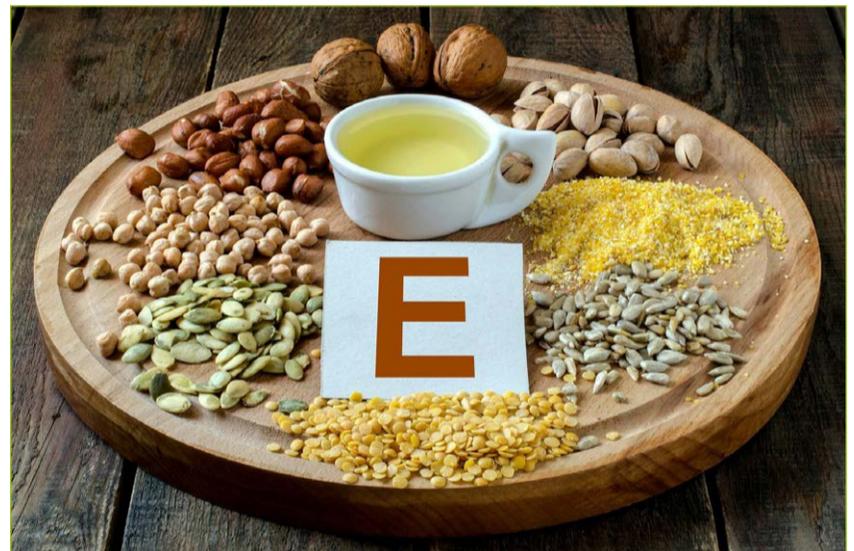
- витамины, микроэлементы, седативные препараты, антидепрессанты и др. средства, оказывающие общеукрепляющее воздействие, либо стабилизирующие отдельные системы организма;
- гомеопатические препараты при климаксе, воздействие которых основывается на фитоэстрогенах – растительных аналогах женского гормона эстрогена.

Подобная терапия считается намного безопаснее гормональной в плане побочных эффектов, которые практически отсутствуют. Возможна индивидуальная непереносимость и аллергические реакции. Гомеопатические препараты снижают сухость

влагалища, предотвращают остеопороз, благотворно влияют на эластичность кожи и здоровье волос. **Однако прежде чем начинать прием того или иного средства, необходима консультация гинеколога.**

Большинство женщин страдают от приливов, и неудивительно, что пытаются найти идеальное средство для снятия этого неприятного симптома.

■ Хорошим подспорьем является **витамин Е**, поэтому он входит в состав многих комплексных препаратов. Витамин Е действительно способен облегчить физическое состояние, снижая частоту и интенсивность приливов, помогает устранить симптомы вагинальной сухости, улучшает состояние кожи, ногтей, волос.



Тем не менее исчерпывающего научного обоснования того, чтобы утверждать его положительный эффект, еще не существует.

■ Другой компонент – **ресвератрол** – мощный антиоксидант, намного превосходящий по своей силе витамин Е. В его власти восстановить процесс образования коллагена, эластина и тем самым замедлить процесс увядания и старения кожи. Он способствует нормализации периферического (капиллярного) кровообращения, улучшает работу сердечно-сосудистой системы. Кроме того, ресвератрол начинает работать как сильный эстроген вместе с теми же рецепторами, что и эстрадиол (один из главных эстрогенов человека).

■ **Витамин D₃** – это производная форма витамина D (образуется у животных и человека

естественным путем). Витамин D₃ важен для поддержания функций паращитовидных желез, кишечника, почек и костной системы. Он играет важное значение в абсорбции кальция и фосфатов в кишечнике, транспорте минеральных солей и процессе кальцификации костей, регулирует выведение кальция и фосфатов почками. Женщинам в период менопаузы требуется определенная доза витамина D₃, поскольку недостаток эстрогенов связан с риском развития остеопороза.

■ Витамин K₁ способствует формированию и восстановлению костей, обеспечивает синтез белка костной ткани, предупреждает развитие остеопороза. Кроме этого, обеспечивает нормальное свертывание крови, поддерживает работу кровеносных сосудов, почек и других жизненно важных процессов организма.

■ Экстракт цимицифуги известен давно и с успехом применяется для облегчения симптомов климакса: улучшает состояние вегетативной нервной системы, устраняет частоту и интенсивность приливов, потливости, сердцебиения и головокружения; смягчает дисбаланс гормонов, уменьшает мышечные, суставные и головные боли; улучшает метаболизм костной ткани и приводит к снижению потери кальция.

■ Экстракт плодов витекса священного. Плоды этого растения используются для снижения симптомов ПМС. Его главное свойство – уменьшение раздражительности, нервозности, болезненности молочных желез, вздутия живота, головных болей. Экстракт витекса оказывает обезболивающее действие, уменьшая предменструальную и преклимактерическую масталгию, оказывает положительное воздействие на сердечно-сосудистую систему, вызывает противоопухолевый эффект, убивая раковые клетки.

■ **Изофлавоны сои**, или иначе **фитоэстрогены**, т.е. вещества растительного происхождения, близкие к эстрогену, обладающие похожим действием при недостатке собственных гормонов и компенсирующие негативные эффекты эстрогена при его избытке. Изофлавоны снижают частоту приливов, потливость, головные боли и многие другие симптомы,

свойственные климактерическому периоду. Фитоэстрогены смягчают гормональный фон при предменструальном синдроме (ПМС), стимулируют процессы обновления костной ткани, способствуют ее укреплению и восстановлению, а также обладают антиоксидантными, противовоспалительными, жаропонижающими свойствами, способствуют профилактике сердечно-сосудистых заболеваний.

■ **Экстракт дикого ямса** нормализует состояние, вызванное дисбалансом гормонов при климаксе и ПМС, препятствует развитию атеросклероза, оказывает спазмолитическое действие и пр.

■ **Индол-3-карбинол** содержится в большом количестве в овощах семейства крестоцветных (брокколи, цветная, брюссельская и белокочанная капуста), работая по разным направлениям: уничтожает вирусы *Herpes simplex* и вирус папилломы человека, нормализует метаболизм эстрогенов, блокирует развитие гинекологических заболеваний, снижает риск возникновения опухолей.

■ **Экстракт крапивы двудомной** содержит витамины группы B, а также C и K, каротиноиды, флавоноиды, хлорофилл. Витамин K оказывает профилактический эффект при нарушениях менструального цикла; играет важную роль в формировании и восстановлении костей, способствуя предупреждению остеопороза у женщин в период менопаузы.

■ Новая форма органического бора – **фруктоборат кальция**, содержащаяся в овощах и фруктах. Большое преимущество этого соединения заключается в том, что при его применении с кальцием, плотность минерализации костной ткани гораздо выше, а случаи остеопороза в период менопаузы наблюдаются реже. Кроме того, бор способствует усилению действия фитоэстрогенов.

■ **Витамин B₆** повышает метаболизм белков, углеводов, жиров, делает организм более стрессоустойчивым, способствует профилактике сердечно-сосудистых заболеваний и остеопороза. Помимо этого, он сглаживает симптомы ПМС за счет снижения отечности, вызванной задержкой жидкости в организме.

Повышает естественные гормоны радости – эндорфины, настраивая на позитивный лад и улучшая положительные эмоции, что имеет большое значение при климаксе и ПМС.

■ **Фолиевая кислота** важна для развития кроветворной и иммунной систем, обладает эстрогеноподобным действием, замедляет наступление климакса и ослабляет его симптомы.

■ **5-гидрокситриптофан** работает по принципу *серотонина* (гормона радости), увеличивая в комплексе с витамином В₆ синтез эндорфинов, отвечающих за снижение восприятия боли.

■ **D,L-фенилаланин** (аминокислота), которая превращается в тирозин, обладающий болеутоляющим действием и способностью регулировать температурный режим тела.

КАК ДЕЙСТВУЮТ ФИТОЭСТРОГЕНЫ

Растительные негормональные средства (БАД), созданные специально для женщин, находящихся в климактерическом периоде, способны оказать положительное воздействие на функции организма.

Климакс – это не заболевание, а вполне закономерный и естественный процесс в жизни каждой женщины, который, как правило, наступает после 45 лет и характеризуется угасанием менструального цикла и детородной функции. Помимо этого, климактерический синдром включает целый комплекс различных нарушений и симптомов, способных осложнить жизнь и вызвать проблемы со здоровьем. Это обусловлено гормональной перестройкой в женском организме вследствие снижения активности яичников.

Фитоэстрогены призваны оказывать положительное воздействие на различные проявления климакса по целому ряду симптомов:

- способствуют нормализации скачков артериального давления;
- уменьшают интенсивность приступов мигреноподобной головной боли и головокружения;
- снижают интенсивность и частоту приливов;

- уменьшают ощущение слабости, утомляемости, раздражительности и нервозности;
- улучшают настроение, повышают сексуальную активность;
- позволяют улучшить качество сна;
- способствует снижению риска возникновения остеопороза.

Благодаря основным составляющим БАД для женщин в период климакса, становится возможным избежать заместительной гормонотерапии (при противопоказаниях или нежелании принимать ЗГТ) и купировать менопаузальные симптомы. Таким образом, создаются условия для повышения работоспособности и улучшения жизненного тонуса у женщин с нейровегетативными расстройствами во время климакса.

ИЗМЕНЕНИЯ В ПИТАНИИ И ДРУГИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

Простые правила здорового образа жизни существенно снижают риск раннего климакса и облегчают течение обычных климактерических явлений, уберегут от прибавки в весе, снизят риск многих возрастных заболеваний и т.д.

Климакс – период существенной гормональной перестройки организма, которая проходит на фоне возрастного замедления обмена веществ, поэтому наступает время менять свои гастрономические пристрастия и образ жизни.

■ **Снижение калорийности пищи.** Замечено, что женщины с лишним весом тяжелее переносят приливы, чем те, у кого не существует



подобной проблемы. Кроме того, избыточные килограммы создают большую нагрузку на ноги и риск развития варикозной болезни. При наличии жировых отложений в области талии и бедер придется похудеть. Однако методы жесткого голодания не приемлемы, поскольку организм может серьезно отомстить за то, что ему отказывают в необходимых продуктах питания еще большей прибавкой в весе. Важно исключить из рациона быстроусвояемые углеводы (сладкое, жирное, выпечка и пр.).

■ **Уменьшение порции** до 2/3 или даже половины обычного содержимого тарелки, но при этом питаться чаще, до 5–6 раз в день. Наиболее питательные блюда необходимо съесть в первой половине дня, чтобы организм успел сжечь калории. На ужин можно обойтись фруктовым или овощным салатом, заправленным лимонным соком.

■ **Больше рыбы и морских продуктов в рационе.** И те, и другие – отличный источник белка, полиненасыщенных жирных кислот *омега-3* и *омега-6*, которые защищают от атеросклероза. К тому же они малокалорийны по сравнению со свининой, говядиной и т.д.

Предпочтительны нежирные сорта (окунь, судак, треска, щука) в отварном, тушеном, запеченном виде; полезны также малосольная сельдь, килька, мойва.

■ Отказ **от жирного мяса и копченостей (разрешаются только постные сорта).**

■ В свинине, баранине и говядине очень много холестерина, который наносит вред сосудам. Хорошая замена – грудка индейки или курицы без кожи.

■ **Способ приготовления пищи – любой другой, кроме жарки,** потому что пища, обжаренная в масле, намного калорийнее, чем

приготовленная в пароварке, мультиварке, духовке.

■ Для предотвращения дефицита кальция в период менопаузы, надо есть больше богатых этим элементом **сыра, молочных продуктов, морскую рыбу с мягкими костями, семени кунжута.**

■ Отказ от курения.

■ Сокращение спиртных напитков. Во-первых, они очень калорийны, а во-вторых, провоцируют приливы. Время от времени можно себе позволить бокал красного сухого вина – благородного напитка, богатого антиоксидантами, которые защищают организм от старения и негативного воздействия свободных радикалов.

■ **Уменьшение количества соли.** Этот минерал задерживает воду в организме, увеличивает отеки и повышает артериальное давление. Можно заменять ее различными приправами или соевым соусом или же солить блюдо уже в тарелке.

■ **Соевые продукты** (сыр тофу, соевое молоко, мясо, соус) в рационе помогают уменьшить неприятные симптомы менопаузы, потому что соя содержит природный аналог гормона эстрогена, синтез которого стремительно падает в период менопаузы.

■ **Больше фруктов и овощей,** поскольку они содержат полезные витамины и минералы, а также клетчатку, которая «чистит» организм изнутри и оберегает от рака кишечника. Рекомендуемая норма свежих овощей и фруктов – не менее 500 г в день (за несколько приемов).

■ Приветствуется физическая активность: прогулки или плавание (30–40 мин.) 3–6 дней в неделю.

Ольга ЛУПАНИНА ■

120
летсо дня рождения
В.Х. Василенко

- 14-15 сентября, **Владикавказ**, 35-я Межрегиональная научно-практическая конференция РНМОТ
www.vladikavkaz.rnmot.ru
- 21-22 сентября, **Казань**, IV Съезд терапевтов Республики Татарстан
www.kazan.rnmot.ru
- 5-6 октября, **Ростов-на-Дону**, V Съезд терапевтов Южного федерального округа
www.rostov.rnmot.ru
- 19-20 октября, **Тюмень**, 36-я Межрегиональная научно-практическая конференция РНМОТ
www.tyumen.rnmot.ru
- 26-27 октября, **Вологда**, 37-я Межрегиональная научно-практическая конференция РНМОТ
www.vologda.rnmot.ru

Подробности на сайте www.rnmot.ru

Оргкомитет:

117420, Москва, а/я 1
 телефон: +7 (495) 518-26-70
 электронная почта: mail@interforum.pro
www.rnmot.ru

Конгресс-оператор:

ООО «КСТ Интерфорум»
 Москва, ул. Профсоюзная, д. 57
 телефон: +7 (495) 722-64-20
 электронная почта: mail@interforum.pro
www.rnmot.ru

18+ Реклама

РЕК

Календарный план научно-практических мероприятий, организуемых РОДВК в 2017 году

**ИЮНЬ**

1-2

САРАТОВ

Ежегодная научно-практическая конференция дерматовенерологов и косметологов «Григорьевские чтения»



20-23

МОСКВА

XVII Всероссийский съезд дерматовенерологов и косметологов

СЕНТЯБРЬ

8

ТУЛА

Конференция дерматовенерологов и косметологов Центрального федерального округа



29

СЕВАСТОПОЛЬ

III Конференция дерматовенерологов и косметологов Крыма

Организационный комитет: 107076, г. Москва, ул. Короленко, д. 3, стр. 6. E-mail: congress@cnikvi.ru, ershova@cnikvi.ru, sobolevae@cnikvi.ru.
 Телефон: +7 (499) 785-20-42, факс: +7 (499) 785-20-21

www.cnikvi.ru, www.rodv.ru

РЕК

IV ВСЕРОССИЙСКИЙ КОНГРЕСС

ПРАВОВОЕ РЕГУЛИРОВАНИЕ ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ В РОССИИ И В ЕАЭС



Среди ключевых тем Конгресса:

- Гармонизация законодательства в сфере оборота лекарств между странами ЕАЭС в 2017-2018гг.;
- Государственное регулирование цен на лекарственные препараты (ЛП): проблемы ценообразования, действенность контроля и надзора за применением цен на ЛП, включенные в ЖНВЛП;
- Изменения в государственной регистрации лекарственных средств и фармацевтических субстанций в РФ и на территории ЕАЭС в 2017-2018 году;
- Ключевые изменения в государственных и корпоративных закупках лекарственных средств и медицинских изделий в 2017г., планируемые изменения в 2018г.

К участию в Конгрессе приглашены представители: ЕЭК; Минздрава России; Минпромторга России; Росздравнадзора; Первого МГМУ им. И.М. Сеченова; ФБУ «ГИЛС и НП»; Института госзакупок и др.

07 июля 2017, Москва

www.asergroup.ru

E-mail: info@asergroup.ru; Тел.: +7 (495) 988-61-15



НА ПРАВАХ РЕКЛАМЫ

РЕК



**I Московский
Конгресс
Кардиологов**

21-22 Сентября 2017 г.

Тематическая выставочная экспозиция

**Здание Правительства Москвы
(ул. Новый Арбат, 36)**

РЕК



XVIII ВСЕРОССИЙСКИЙ НАУЧНО-ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫЙ ФОРУМ
Мать и Дитя

27–29 СЕНТЯБРЯ 2017

г. Москва, МВЦ «Крокус Экспо»

В РАМКАХ ФОРУМА:

СОВРЕМЕННЫЕ ПРИНЦИПЫ УЛЬТРАЗВУКОВОЙ И ЛУЧЕВОЙ ДИАГНОСТИКИ В АКУШЕРСТВЕ, ГИНЕКОЛОГИИ И ПЕРИНАТОЛОГИИ
Всероссийский научно-образовательный конгресс

НЕВЫНАШИВАНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ: СОЦИАЛЬНАЯ ПРОБЛЕМА, МЕДИЦИНСКИЕ РЕШЕНИЯ
VII Научно-практическая конференция

ОХРАНА ЗДОРОВЬЯ МАТЕРИ И РЕБЕНКА – 2017
XIX Международная специализированная выставка оборудования, лекарственных препаратов по акушерству, гинекологии и неонатологии

+ ПРЕКУРСЫ
(Подробнее на сайтах: www.mother-child.ru, www.mediexpo.ru)

Заявки на доклады в научной программе принимаются до 1 июля

ОРГАНИЗАТОРЫ:

- Министерство здравоохранения Российской Федерации
- ФГБУ «Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии имени академика В.И. Кулакова» Минздрава России
- Российское общество акушеров-гинекологов
- Лига акушеров России
- Конгресс-оператор ООО «МЕДИ Экспо»

РЕКЛАМА

КОНГРЕСС-ОПЕРАТОР:
Тел.: +7 (495) 721-88-66
E-mail: expo@mediexpo.ru **МЕДИ Экспо**

Регистрация и подача тезисов осуществляется через личный кабинет на сайте www.mediexpo.ru

РЕК

4 октября 2017 года

IX Аптечный саммит

Лотте Отель Москва

РАЗВИТИЕ ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОГО РИТЕЙЛА В РОССИИ И СНГ

ПОЧЕМУ НЕЛЬЗЯ ПРОПУСТИТЬ:

- **УЧАСТВУЮТ ВСЕ!** Весь свет российской розницы, Москва и регионы + приглашены лучшие сети стран СНГ!
- **ШЕСТЬ+** интеллектуальных дискуссий; вечерний дискуссионный клуб и фармацевтический спарринг.
- **ЛАБОРАТОРИЯ УСПЕХА:** как строить бизнес на красоте и здоровье
- **ИНТЕРАКТИВНЫЙ ФОРМАТ** и заседания в формате оживленных дискуссий без цензуры.

У НАС ЗДЕСЬ СВОЯ АТМОСФЕРА!

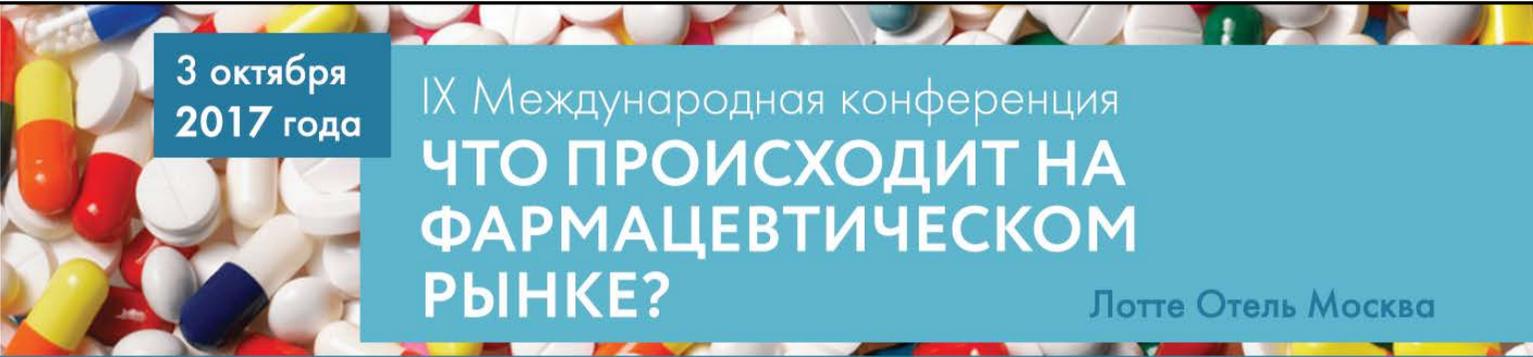
АПТЕЧНОЕ МЕНЮ САММИТА:

- **3D ОБЗОРЫ:** прогноз развития аптечного ритейла. Первые итоги 2017 г. Каким будет 2018 г. для российской розницы? Концентрация нарастает!
- **IN FOCUS** Разработка стратегии развития сегодня, завтра и после завтра!
- **НОТ! МЕДИУМЫ ДИСТРИБУЦИИ. ПРОРОЧИЛИ, ЧТО ОНИ УМРУТ.** Партнерские отношения с дистрибьюторами: точки взаимовыгодного сотрудничества.
- **ЗАКАДРОВЫЙ ИНСТРУМЕНТ:** собственная торговая марка (СТМ)
- **ПОВИСНУТЬ В ВОЗДУХЕ. ПРОЙДЕТ ЛИ МОДА НА ИНТЕРНЕТ-ТОРГОВЛЮ ЛЕКАРСТВЕННЫМИ ПРЕПАРАТАМИ?**
- **НІТ! РАЗГОВОРЫ ПО ДУШАМ. О ТАКТИКАХ ПРОДВИЖЕНИЯ В РОЗНИЦЕ.** Цена платы за маркетинг в рознице?

ИТОГИ МЕЖДУНАРОДНОЙ ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОЙ ПРЕМИИ «ЗЕЛЕНЫЙ КРЕСТ». ТОРЖЕСТВЕННАЯ ЦЕРЕМОНИЯ НАГРАЖДЕНИЯ ПОБЕДИТЕЛЕЙ!

Более детальное описание программы и состава спикеров на сайте: www.congress.pharma-conf.ru или у Елены Проненко, тел.: +7 495 995-80-04, доб. 1272, e.pronenko@infor-media.ru

РЕК



**3 октября
2017 года**

**IX Международная конференция
ЧТО ПРОИСХОДИТ НА
ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОМ
РЫНКЕ?**

Лотте Отель Москва

ПОЧЕМУ ВАМ СТОИТ ПРИНЯТЬ УЧАСТИЕ?

- Мы гордимся тем, что конференция стала главным осенним событием для встречи **ВСЕГО ФАРМСООБЩЕСТВА** для разработки стратегии развития на следующий год!
- **3D ОБЗОРЫ.** Драйверы роста фармацевтического рынка. Свет в конце тоннеля?
- **CASE STUDY.** Практический опыт как международных, так и российских компаний.
- **10+ ДИСКУССИОННЫХ ПАНЕЛЕЙ:** системное видение + новые идеи.
- **ГОСТИННАЯ ФАРМВЕСТНИКА.** ТРИ интервью со специальными гостями конференции.
- **НIT! Интерактивный формат и максимум NETWORKING OPPORTUNITY.** Круглые столы и дискуссии без цензуры!

У НАС ЗДЕСЬ СВОЯ АТМОСФЕРА!

ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОЕ МЕНЮ КОНФЕРЕНЦИИ:

- **IN FOCUS.** Экспорт российской фармпродукции: новый вектор развития отечественных компаний? M&A и инвестиции в российский фармацевтический рынок.
- **HOT TOPICS!** Закон и бизнес risk-sharing и price volume: варианты реализации механизма на фармрынке.
- **ПОД ПРИЗМОЙ.** Маркировка лекарственных средств – промежуточные итоги пилотного проекта.
- Бюджетный фармацевтический рынок: изменение правил игры и приоритет отечественным компаниям?
- **МАРКЕТИНГ БЕЗ ПЫЛИ.** Особенности регионального маркетинга.
- **ЕСЛИ ЕСТЬ НА СВЕТЕ РАЙ – ЭТО... КРАЙ.** ИНВЕСТИЦИИ В РЕГИОНЫ.
- Почему спик до сих пор не работает в фармотрасли?
- Переход на производство по полному циклу: новая реальность или изменение государственной политики?
- **ОТ СОЗДАТЕЛЕЙ.** Истории восхождения брендов: перед нами были закрыты двери и нам пророчили короткую жизнь... Как нам удалось оказаться в лидерах продаж?

Более детальное описание программы и состава спикеров на сайте: www.what.pharma-conf.ru или у Елены Проненко, тел.: +7 495 995-80-04, доб. 1272, e.pronenko@infor-media.ru

РЕК

УВАЖАЕМЫЕ КОЛЛЕГИ!

24-26 октября 2017 года состоится

XVI РОССИЙСКИЙ КОНГРЕСС

«Инновационные технологии в педиатрии и детской хирургии»

Это одно из важнейших событий года в жизни педиатрической общественности страны. Конгресс вносит достойный вклад в решение проблемы повышения квалификации детских врачей и других специалистов, работающих в области охраны здоровья детей. Научно-практические симпозиумы, семинары, школы, круглые столы и дискуссии будут посвящены актуальным проблемам и новейшим достижениям в диагностике и лечении в различных разделах педиатрии: аллергологии и иммунологии, гастроэнтерологии, гематологии, вакцинопрофилактике, эндокринологии, кардиологии, генетическим заболеваниям, неврологии, нефрологии, неонатологии, нутрициологии, пульмонологии, экопатологии.



СЕКРЕТАРИАТ ОРГКОМИТЕТА:

125412, г. Москва, ул. Талдомская, д. 2,

Научно-исследовательский клинический институт педиатрии

Тел.: +7 (926) 525-16-82, www.congress2017.pedklin.ru

РЕК

24-я Международная специализированная выставка

аптека

2017

ufi
Approved
Event



РОССИЙСКАЯ НЕДЕЛЯ
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ



DECEMBER
4-7
ДЕКАБРЯ

**МЕЖДУНАРОДНЫЙ ДЕЛОВОЙ
МЕДИКО-ФАРМАЦЕВТИЧЕСКИЙ ФОРУМ**

INTERNATIONAL MEDICAL AND PHARMACEUTICAL BUSINESS FORUM

Международный Форум

**Традиционные медицинские
системы мира**

International Forum TRADITIONAL MEDICAL SYSTEMS OF THE WORLD



Москва
ЦВК «Экспоцентр»
павильон № 7

Pav.7, Expocentre
Fairgrounds, Moscow

*Ждем вас
на нашей
выставке!*

Организатор:



16+

www.aptekaexpo.ru

РЕК



РОССИЙСКАЯ НЕДЕЛЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ RUSSIAN HEALTH CARE WEEK

4–8 декабря 2017



За здоровую жизнь

VIII Международный форум по профилактике
неинфекционных заболеваний и формированию
здорового образа жизни



Здравоохранение

27-я международная выставка
«Здравоохранение, медицинская техника
и лекарственные препараты»



Здоровый образ жизни

11-я международная выставка «Средства
реабилитации и профилактики, эстетическая
медицина, оздоровительные технологии
и товары для здорового образа жизни»



MedTravelExpo

Санатории. Курорты. Медицинские центры

1-я международная выставка медицинских
и оздоровительных услуг, технологий оздоровления
и лечения в России и за рубежом



www.rnz-expo.ru

www.zdravo-expo.ru

www.health-expo.ru

www.mte-expo.ru

Реклама 12+



Организаторы:

- Государственная Дума ФС РФ
- Министерство здравоохранения РФ
- АО «Экспоцентр»

При поддержке:

- Совета Федерации ФС РФ
- Министерства промышленности и торговли РФ
- Российской академии наук
- ТПП РФ
- Всемирной организации здравоохранения

 **ЭКСПОЦЕНТР**

РЕК

Вся информация в издании предназначена **только для специалистов здравоохранения и сферы обращения лекарственных средств** и не может быть использована пациентами для принятия решения о применении описанных методов лечения и продуктов. Информация в издании не должна быть истолкована как призыв к неспециалистам самостоятельно приобретать или использовать описываемые продукты.

Авторские позиции, выраженные в тематических материалах, являются частными, не отражают официальную точку зрения уполномоченных государственных органов или других субъектов здравоохранения (если прямо не указано обратное), могут не совпадать с мнением редакции и публикуются с целью ознакомления специалистов с широким спектром мнений по указанным проблемам и о представляемых продуктах.

Ответственность за достоверность сведений в рекламе и объявлениях несет рекламодатель. Рукописи не рецензируются и не возвращаются. Использование материалов газеты в любом виде, включая электронные, разрешается только с письменного согласия редакции.

Мнение редакции может не совпадать с мнением авторов.

Все рекламируемые товары подлежат обязательной регистрации и декларированию соответствия.

Материалы со знаком **РЕК** печатаются на правах рекламы.

Учредитель

Некоммерческое партнерство
«Редакция газеты «Московские аптеки»

Издатель

Некоммерческое партнерство
«Редакция газеты «Московские аптеки»

Адрес редакции

109456, Москва, ул. Яснополянская, д. 3, к. 1
8 (499) 170-93-20
info@mosapteki.ru

Главный редактор

Лактионова Е. С.

Заместитель главного редактора

Стогова Н. М.

Подписка на электронное издание

на сайте mosapteki.ru
podpiska@mosapteki.ru

Реклама

ООО «Алеста»
8 (495) 720-87-05

Периодичность

Газета выходит 1 раз в месяц

Интернет-версия газеты

mosapteki.ru

Свидетельство о регистрации

№ 019126 от 21.07.1999
Государственного Комитета Российской Федерации по печати