

ТЕМА НОМЕРА



Яндекс банк

МЕД ПЛЮС ФАРМ: ВОССТАНОВИТЬ НЕОБХОДИМЫЕ ВЗАИМОСВЯЗИ

ТЕМА НОМЕРА

Медицина и фармацевтика — два взаимосвязанных и взаимообусловленных элемента единого процесса, имя которому — лечение пациента. Такой взгляд на роль врача и провизора, фельдшера и фармацевта, аптеки и медицинской организации отражен в ряде нормативно-правовых актов. Первый из них — ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан».

Непрерывное образование для медицинских и фармацевтических специалистов также представляет собой единую систему. Общероссийский классификатор занятий (ОКЗ) и Общероссийский классификатор специальностей по образованию (ОКСО) относят и тех, и других к работникам здравоохранения. Однако в некоторых документах представлена противоположная точка зрения, что ведет к многочисленным коллизиям на практике.

АНОНС



А.Л. Кедрин: **ВАЖЕН
ДЕТАЛЬНЫЙ ДИАЛОГ
РЕГУЛЯТОРА
И ФАРМПРОМА**

2022 год — юбилейный для Ассоциации фармацевтических производителей Евразийского экономического союза. За десятилетие работы пройден большой путь — объединение участвовало в обсуждении практически всех значимых инициатив по развитию фармацевтической отрасли. А сегодня эксперты ассоциации обращают внимание на серьезный риск: чтобы защитить пациента от возможной дефектуры лекарственных средств, имеющихся механизмов явно недостаточно.



В.И. Маховская: **АПТЕКА — ЧАСТЬ
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ.
И НИКАК ИНАЧЕ**

Регламентация фармацевтической и медицинской деятельности сложна. Это объяснимо. Ведь от их труда зависят жизнь и здоровье.

И все же в ходе работы с нормативно-правовой базой и аптеке, и медицинской организации важно успеть обратить внимание на все те нормы, которые могут содержать неясности или вступать в правовую коллизию с другими нормами.

ТЕМА НОМЕРА

	МЕД ПЛЮС ФАРМ: ВОССТАНОВИТЬ НЕОБХОДИМЫЕ ВЗАИМОСВЯЗИ	3
---	--	----------

АПТЕКА

	ЗАПАДНОЕ ДЕГУНИНО: АПТЕКУ ДОЛГО ИСКАТЬ НЕ ПРИДЕТСЯ	26
---	---	-----------

	Сабрина Саидова: ДАРИТЬ НАДЕЖДУ НА ЗДОРОВЬЕ	34
---	--	-----------

	В.И. Маховская: АПТЕКА — ЧАСТЬ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ. И НИКАК ИНАЧЕ	38
---	--	-----------

	ИНДАПАМИД КАК ЗОЛОТОЙ СТАНДАРТ	42
---	---	-----------

	ВОПРОС — ОТВЕТ СПЕЦИАЛИСТОВ	46
---	--	-----------

ФАРМРЫНОК

	СТАНДАРТЫ GMP ВАЖНЕЕ САНКЦИЙ И ПОЛИТИКИ	51
---	--	-----------

	А.Л. Кедрин: ВАЖЕН ДЕТАЛЬНЫЙ ДИАЛОГ РЕГУЛЯТОРА И ФАРМПРОМА	54
---	---	-----------

	КАК СОХРАНИТЬ БРЕНД И ПОКУПАТЕЛЯ В ТРУДНОЕ ВРЕМЯ?	58
--	--	-----------

	ЧТО ВИРУС НАМ ЕЩЕ ГОТОВИТ	62
--	--------------------------------------	-----------

ЗДРАВООХРАНЕНИЕ

	ПОЧЕМУ ЭМБРИОНЫ ПЕРЕСТАЮТ РАЗВИВАТЬСЯ?	67
--	---	-----------

ВАШЕ ЗДОРОВЬЕ

	CURAT PERSONA, ИЛИ ЧЕЛОВЕК ЗАБОТЯЩИЙСЯ	70
--	---	-----------

	КАК ВЫРАСТИТЬ ЗДОРОВОГО РЕБЕНКА	75
--	--	-----------

	ГИПЕРМОБИЛЬНОСТЬ И СПОРТ: ВЗВЕСИМ ПЛЮСЫ И МИНУСЫ	81
--	---	-----------

СПЕЦМЕРОПРИЯТИЯ

	СПЕЦИАЛИЗИРОВАННЫЕ МЕРОПРИЯТИЯ	84
--	---	-----------



МЕД ПЛЮС ФАРМ: ВОССТАНОВИТЬ ВАЖНЕЙШИЕ ВЗАИМОСВЯЗИ

Медицина и фармацевтика — два взаимосвязанных и взаимообусловленных элемента единого процесса, имя которому — лечение пациента. Такой взгляд на роль врача и провизора, фельдшера и фармацевта, аптеки и медицинской организации отражен в ряде нормативно-правовых актов. Первый из них — ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан».

Непрерывное образование для медицинских и фармацевтических специалистов также представляет собой единую систему. Общероссийский классификатор занятий (ОКЗ) и Общероссийский классификатор специальностей по образованию (ОКСО) относят и тех, и других к работникам здравоохранения. Однако в некоторых документах представлена противоположная точка зрения, что ведет к многочисленным коллизиям на практике.

ПРАВОВЫЕ КОЛЛИЗИИ И «СИМПТОМАТИЧЕСКИЕ» ПОДХОДЫ

Другой Общероссийский классификатор — ОКВЭД — вынес фармацевтическую деятельность далеко за пределы здравоохранения, по сути, приравняв работу аптеки к деятельности продуктового магазина (безусловно, жизненно необходимой, но далекой от медико-фармацевтической специфики). А в составе Минздрава давно нет специализированного и исключительно важного подразделения — Главного аптечного управления.

Разрыв целого ряда взаимосвязей между фармацевтикой и медициной с правовой и организационно-управленческой точки зрения не исчерпывается формальным аспектом. Такой подход входит в противоречие с самой логикой

процесса лечения, что вряд ли положительно скажется на результативности помощи пациенту (отметим, что ежегодный рост заболеваемости наблюдается с 2012 г.). Обостряется и кадровый вопрос — как в аптеке, так и в медицинской организации.

Сегодня для кадровых проблем в сфере медицинской помощи принят целый ряд решений: студентам-медикам разрешено работать на «скорой помощи» еще до получения диплома; обучение на фельдшера становится возможным не только после 11, но и после 9 класса средней школы; пристальное внимание уделяется целевому набору будущих врачей. Подход к кадровому вопросу в фармацевтике во многом совпадает с «медицинским»: существенно сокращен срок среднего профессионального образования по специальности «Фармацевт».

Стремление решить «задачу о кадрах», опираясь на скорость и количество, вполне объяснимо

— речь о профессиях, значение которых переоценить сложно. Однако предложенные меры по своему содержанию — симптоматические. Причин возникшей ситуации они не касаются и могут иметь свои «побочные эффекты».

Ответы на вопросы, как возобновить диалог медицины и фармации и как решить их общие проблемы, постарались найти эксперты Темы номера — провизоры, врачи, преподаватели, представители профессиональных ассоциаций и пациентского сообщества.

ЕЩЕ РАЗ ПРО... ПРАВОВОЙ СТАТУС АПТЕКИ

Сегодня, вслед за классификатором ОКВЭД, многие воспринимают аптечную организацию как специализированный магазин. Однако комплексный анализ действующего законодательства приводит к иному выводу.

«С правовой точки зрения аптеки (в зависимости от организационно-правовой формы) являются частью государственной, муниципальной или частной систем здравоохранения. Об этом прямо говорится в соответствующих положениях ст. 29 ФЗ-323 «Об основах охраны здоровья граждан в РФ». К слову, аналогичное правовое положение было у аптек и в предыдущем законе (ст. 12-14 «Основ законодательства РФ об охране здоровья граждан» от 22.07.1993 г. №5487-1), — комментирует Таисия Кубрина, юрист практики «Фармацевтика и здравоохранение» компании «Пепеляев Групп». — Сумятицу, как это часто бывает, вносят подзаконные акты. Проблемы с определением ключевой профессиональной сферы появились у аптек с принятием в 2014 году Общероссийского классификатора видов экономической деятельности (ОКВЭД 2) ОК 029-2014. Аптеки и фармдистрибуторы попали в раздел Г классификатора, где утверждены коды для торговых организаций. Для больниц и других медицинских учреждений выделили самостоятельную группу «Деятельность в области здравоохранения». «Де юре» ОКВЭД 2 введен в действие приказом Федерального агентства по техническому регулированию и метрологии от 31.01.2014 №14-ст. Это значит, что по юридической силе он уступает федеральному закону. Но, к сожалению, когда дело доходит до реального правоприменения, специалисты

«на местах» ориентируются именно на коды ОКВЭД, а не на вышестоящие правовые акты.

Закон приоритетнее подзаконного акта. Казалось бы, это очевидно. Однако коллизия документов, имеющих четкую иерархию, почему-то упорно поддерживается правоприменительной практикой. И когда в сложные периоды профессиональные объединения просят регионы о мерах поддержки для аптек, в ответ они слышат примерно следующее: «Если мы установим хотя бы одну льготу аптечным организациям, придется распространять ее на все предприятия торговли без исключения». Так фармация вновь оказывается не только за рамками системы здравоохранения, но и за пределами списков социально значимых отраслей.

«Если аптека — это объект торговли, тогда нужно отменить все специальные требования к его работе. Но такой подход в корне неверен. Что произойдет с пациентом при подобном функционировании аптеки, и кто в такой ситуации защитит его от последствий неправильного хранения и применения препаратов?» — предлагает задуматься Роза Ягудина, заведующая кафедрой организации лекарственного обеспечения и фармакоэкономики первого МГМУ имени Н.М. Сеченова.

Строго говоря, вопрос о разграничении фармацевтической и торговой деятельности был решен еще... в восемнадцатом веке и до недавнего времени данный подход к роли аптеки не менялся, обращает внимание Мария Литвинова, исполнительный директор ААУ «Союз-Фарма». Запрет на хранение и отпуск лекарств вместе с продуктами питания ввел еще Петр I. А в первом Аптекарском уставе 1789 года, утвержденном Екатериной Великой, содержалось четкое указание: отпускать лекарства вправе только аптечные организации — и никакие другие. Данное понимание значения аптечной деятельности сохранялось и в XIX, и в XX столетии. К системе здравоохранения аптека была отнесена и в советскую эпоху... Закономерное продолжение данной традиции видно и в нормах законов, регулирующих здравоохранение с 1990-х.

ОБЩИЕ ПРОБЛЕМЫ ВЗАИМОСВЯЗАННЫХ СФЕР

Несмотря на частичные разграничения между медициной и фармацией, целый ряд проблем

в этих взаимосвязанных сферах остается общим. А именно:

- падение престижа профессии, несмотря на ее исключительную социальную значимость;
- нехватка специалистов;
- «стирание границ» между высшим и средним профессиональным образованием (данная тенденция сильнее выражена в аптечной деятельности);
- нерешенные организационные вопросы в системе НМиФО;
- низкий доход специалистов и обусловленная им перегруженность (источники финансирования у медорганизации и аптеки в основном различны, однако данная проблема — общая);
- значительное количество изменений в нормативно-правовой базе и их высокая частота;
- недостаточная доступность медицинской и фармацевтической помощи в небольших населенных пунктах, в особенности в сельской местности;
- и, разумеется, прерванный процесс сотрудничества между медициной и фармацией.

ДОХОДЫ ПАДАЮТ, А КОНКУРЕНЦИЯ «ЗАШКАЛИВАЕТ»

Невысокий статус профессий медицинского и фармацевтического работника в глазах современного общества связан, в первую очередь, с условиями труда врача или провизора. Когда специалист перегружен и при этом уровень его заработной платы оставляет желать лучшего, возникает закономерный вопрос: а насколько ценится данная профессия?

*«Решение проблемы должно начинаться с увеличения зарплаты врача — настолько, чтобы на каждое место можно было устраивать конкурс из желающих. И, конечно, тотально облегчать административно-организационные вопросы. Наличие рецептурных бланков или чрезмерное количество документов, обязательных к заполнению для медицинского работника, — проблема именно такого характера, — считает **Антон Фотеев**, директор аптечной сети «СоВа» из Ульяновска. — Что касается аптеки, то здесь кадровый голод вызван варварской экспансией крупных аптечных компаний: часто их «точки» открываются «дверь в дверь», да еще*

и по несколько «штук». По сути, нет никакого дефицита фармацевтов — есть лишь неумные амбиции и конкурентная борьба федеральных сетей, которые готовы открыть 3 аптеки в ряд и работать в убыток ради банкротства соседа. Поэтому проблему надо решать ограничением конкуренции. Если же «решать» ее за счет увеличения количества специалистов, то через какое-то время им придется переучиваться и осваивать другие профессии».

Свою роль играет и стереотип о медицинской и фармацевтической помощи как «услуге», а о пациенте — как о ее «потребителе». *«Чтобы положение дел в медицинской организации изменилось к лучшему, нужно отменить «правило» из эпохи девяностых: «пациент — клиент, медики — обслуживающий персонал, медпомощь — услуга». Это справедливо и для аптечной организации, — убежден **Андрей Звонков**, врач-терапевт, член Союза писателей России. — Речь идет не о сервисе, а о лечении больного, обязательными элементами которого являются помощь медицинская и помощь фармацевтическая».* Даже частная клиника остается учреждением здравоохранения.

«ТРЕБУЕТСЯ ПРОВИЗОР-ФАРМАЦЕВТ»

В области образования часто ищут ответы на вопрос о кадрах. Во многом это верно: профессиональный путь начинается не в первый рабочий день, а значительно раньше, когда новоиспеченный и даже будущий студент начинает знакомиться с профессией в теории.

Но справедливо и другое: профессиональная практика может серьезно влиять на процесс обучения. В некоторые периоды такое влияние сильнее, чем обычно. Сегодня это можно увидеть... в аптеке.

«В прессе прошла информация, что в 2022 году в фармацевтических вузах впервые произошел недобор студентов на бюджетные места, — рассказывает Роза Ягудина. — Ситуация обусловлена в том числе и тем, что в практической деятельности не делается особых различий между провизором и фармацевтом. Посмотрите объявления о приеме на работу в аптеки. В них нередко можно прочесть:

«требуется провизор-фармацевт». До такой степени не разграничены ни должностные функции, ни оплата труда специалистов с высшим и средним профессиональным образованием».

Что говорить об объявлениях, если недавняя публикация в одном из фармацевтических изданий начинается такими словами: *«Молодые провизоры-фармацевты...»* Смешение терминов, называющих разные профессии, предполагающие различный набор знаний и навыков, отражает меняющуюся действительность. Выпускник колледжа выполняет на рабочем месте те же функции, что и выпускник университета, получивший, к тому же, двухлетнее образование в ординатуре. Продолжительность обучения двух специалистов различается более чем вдвое.

«А если нет разницы, зачем платить больше?» — говорилось в рекламе. Если жить только сегодняшним днем, такой подход может показаться эффективным. Однако согласиться с уравниванием провизоров и фармацевтов сегодня — значит, перечеркнуть будущее высшего фармацевтического образования уже завтра. И поставить под большой вопрос будущее фармации в целом.

Недостаточную подготовку молодых фармацевтов после колледжей руководители аптечных организаций отмечали еще два года назад. Теперь же срок обучения данной специальности сокращен на год.

Сходный процесс, пусть и выраженный менее ярко, отмечают практикующие врачи.

«Еще одна ошибка — заменять врачами медсестер и фельдшеров, — констатирует Андрей Звонков. — Специалистов со средним медицинским образованием нужно готовить, и готовить активно... Развитие среднего медицинского образования — среди важнейших задач на сегодня».

Если специалист регулярно выполняет задачи, требующие меньшей квалификации, падает его профессиональный уровень. А вместе с ним деградирует профессия. Если же такой специалист лечит пациента, тот не получит необходимую, грамотную помощь.

НМиФО — НЕ ФОРМАЛЬНОСТЬ, А БАРЬЕР МЕЖДУ ПАЦИЕНТОМ И ПОМОЩЬЮ

Еще один аспект остроты кадрового вопроса в медицине и фармации — особенности организации обучения уже практикующих специалистов.

«Процедуры аккредитации и собственно процесса обучения в системе НМиФО сложны по формальным причинам, — обращает внимание Наталия Елисеева, председатель правления Ассоциации фармацевтических работников Сахалинской области. — Их множество: огромное количество «оформительской» работы даже в условиях электронного документооборота, устаревшие теоретические курсы, нехватка курсов по актуальным современным проблемам фармдеятельности, трудности аккредитации очных, практических мероприятий на портале непрерывного образования, проблемы формирования аккредитационных комиссий в отдаленных регионах (таких, например, как Сахалинская область, Архангельская область, Республика Алтай и т.д.)». Фармацевты и провизоры стремятся к знаниям, но далеко не всегда получают возможность принять участие в учебном курсе по интересующей тематике. Эта проблема — не региональная, она общая.

«Сегодняшние структурные сложности в системе НМиФО — «пробелы» по многим темам, интересующие фармацевтов и провизоров в их профессиональной деятельности, а также чрезмерное количество баллов, едва ли совместимое с загруженностью фармацевтического специалиста. Очень хотелось бы, чтобы лимит этих «зачетных единиц» был пересмотрен в сторону уменьшения, — комментирует Халида Зинурова, директор аптеки ООО «Арман» из Набережных Челнов. — Это необходимость: даже если нет обязанности по набору баллов, аптека старается самостоятельно изучать все новшества и в регуляторных актах, и в лекарственном ассортименте. Без такой работы специалистов фармация как профессия невозможна». Сама специфика деятельности, суть которой — помощь пациенту, подразумевает регулярное повышение квалификации.

Данную точку зрения разделяют и врачи, к которым обратились МА: медицина предполагает стремление к новым знаниям, а его отсутствие перечеркивает саму возможность профессионального развития. *«Да, врач должен постоянно учиться — и это факт. Во-первых, потому, что новые знания в медицине действительно интересны, — убежден врач-оториноларинголог Иван Лесков. — Даже если вы просто подписаны на профессиональный новостной ресурс, вы ежедневно получаете массу полезной информации».* Однако у специалистов вызывает беспокойство преобладание в структуре учебных мероприятий докладов о конкретных препаратах и недостаток образовательных курсов по получению знаний и навыков, которые медицинским работникам действительно интересны. Получается, вопрос не в мотивации специалиста, а в условиях ее реализации, материальных и организационных.

«Необходимо увеличивать число бесплатных образовательных мероприятий и совершенствовать схему начисления баллов в системе непрерывного мед- и фармообразования. Начислять зачетные единицы важно не только за прослушиваемые вебинары и конференции, но и, например, за трудовой стаж, преподавательскую и научную работу, участие в аккредитационных комиссиях и т.д., — считает Настасья Иванова, директор ООО «Интер-С Групп». — Проблемы НМиФО — не формальность, а тот фактор, на основе которого специалисты принимают решение о своем профессиональном будущем. От организации образования на данном этапе во многом зависит, сможет ли врач или провизор остаться в избранной профессии и продолжить оказывать помощь пациенту, либо такая нагрузка уже непосильна. А это вновь возвращает нас к вопросу о доступности медицинской помощи и средней продолжительности жизни».

ПРОВИЗОР И ГОСУДАРСТВЕННЫЙ СЕГМЕНТ

Разделение медицины и фармации «на бумаге» ведет к их разделению и в процессе практической деятельности. *«Отсутствие диалога между врачом и аптекой также представляет собой проблему. Необходима программа,*

которая объединяла бы нас. Чтобы медицинский работник был в курсе того, что есть в аптечной организации. И наоборот, — подчеркивает Халида Зинурова. — Ведь, в действительности, мы работаем с теми же больными — и особенно наглядно это показала пандемия, когда для многих людей аптека оставалась последней надеждой».

О необходимости вернуть сотрудничество медицинских и аптечных организаций сегодня говорят многие эксперты. Например, о новых препаратах и их лекарственных взаимодействиях может рассказать провизор — в ходе совещания в поликлинике (такую практику положительно оценивали врачи и руководители медучреждений). И это далеко не единственное, чем может быть полезна аптека современному врачу.

Участие фармацевтического специалиста играет важную роль не только в амбулаторном, но и в стационарном лечении пациента. *«Раньше при стационарах работали формулярные комиссии. Специалисты, входившие в их состав, пытались анализировать экономические аспекты лечения, аптеки обязаны были контролировать фармацевтический порядок (т.е. регламентацию учета, хранения и применения медикаментов и расходных материалов) в отделениях медучреждений, в которые они отпускали лекарственные препараты по требованиям и накладным, — рассказывает Наталия Елисеева. — Кроме того, ранее за номенклатурой в закупках лекарственных препаратов и расходных материалов за счет средств обязательного медицинского страхования следили территориальные фонды ОМС. Сегодня же провизоров нет и в их штатном расписании — то есть нет тех специалистов, которые могут обратить внимание на отсутствие того или иного необходимого пациентам в регионе лекарства или медизделия».*

Роль фармацевтического специалиста — значительно шире, чем просто отпуск лекарств. И здесь действительно полезен опыт предшествующих десятилетий: в советскую эпоху обязанностью центральной районной аптеки была совместная работа с местными органами управления здравоохранением — по вопросам лекарственной помощи. Интересной функцией аптечной организации было также участие

в подготовке фармацевтических кадров — включая, опять же, повышение квалификации. Таким образом, аптечные специалисты участвовали в разработке и проектов правовых документов, и учебных курсов для фармацевтов и провизоров.

Данный опыт сохраняет свою актуальность и может быть применен в настоящее время. При условии, что одновременно будут решаться наиболее острые проблемы медицины и фармации. *«Задача о сотрудничестве врача и провизора — комплексная. Подход к ее решению тоже должен быть комплексным. Регулятору необходимо вернуть медицине и фармации статус государственных направлений, которые выполняют государственную функцию, — убежден Александр Саверский, президент Лиги защитников пациентов. — А это означает, что оклады медицинских и фармацевтических работников могут быть достойными, а сами организации должны обладать соответствующим правовым положением».*

КАКИМ ДОЛЖЕН БЫТЬ ПЕРВЫЙ ШАГ?

В решении задач, первоочередных для организации медицинской и фармацевтической помощи, важно руководствоваться принципом «лечить не болезнь, а больного». И аптеке, и поликлинике, и стационару подойдут те методы, которые обусловлены спецификой их деятельности. «Торговое» или «сервисное» регулирование в данных случаях неприменимо, ведь оно разрабатывалось для других отраслей.

Обратим внимание на возможные решения для аптечных организаций. *«Аптека — не магазин, а элемент системы здравоохранения, причем важный. Чтобы лекарство помогло, а не навредило, в аптечной организации должен поддерживаться определенный уровень требований к помещениям, к условиям хранения различных категорий ЛП. И, разумеется, уровень квалификации специалистов — провизоров и фармацевтов. Профессиональное развитие сотрудников — то, на чем нельзя экономить! — замечает Роза Ягудина. — Аптечный специалист должен очень хорошо ориентироваться в мире лекарств. Личный формуляр врача — это 60–80 лекарственных препаратов, а личный*

формуляр фармацевтического работника — это весь аптечный ассортимент. Сотруднику аптеки важно знать все те симптомы, при которых можно отпустить препарат пациенту. И все те симптомы, при которых нужно сказать: «Срочно идите к врачу!» Или вызвать «Скорую помощь». Чтобы это все делать — и делать правильно, нужно иметь хорошую подготовку. Знания не возникают из воздуха!»

Сегодня важны те регуляторные шаги, которые поддержат аптеку в эффективном выполнении всех перечисленных задач — в том числе в аспекте необходимых для этого ресурсов.

«Поскольку проблема фактически возникла из-за юридического казуса, то и ее решение должно лежать в юридической плоскости. Код 86.90.9 «Деятельность в области медицины прочая, не включенная в другие группировки» ОКВЭД, в целом не противоречит ФЗ-323, и можно пытаться добиваться его применения либо обращаться в суд, — рекомендует Таисия Кубрина. — Другой, более длительный путь — внесение изменений в действующие акты, но с учетом позиции Минэкономразвития вероятность внесения поправок в ОКВЭД невелика. Куда более перспективным, по нашему мнению, будет учет правового положения аптек как части системы здравоохранения при подготовке актов, устанавливающих те или иные преференции».

Вопрос в алгоритмах реализации того или иного метода устранения правового противоречия, затрагивающего статус аптечной организации. Однако любые алгоритмы могут корректироваться в процессе выполнения. Например, возможно применение опыта советского здравоохранения — с категорированием аптечных организаций в зависимости от их «функционала».

«Первый шаг — вернуть аптечную деятельность в систему здравоохранения, с категорированием аптек, — убеждена Наталия Елисева. — Аптечная организация с полным спектром направлений работы, включая экстреморальное изготовление и льготный отпуск, должна относиться к здравоохранению и получать частичное бюджетное финансирование и возможность работы в страховой медицине. Это необходимо, чтобы при любых обстоятельствах

сохранять доступность лекарственной помощи для пациента».

Интересен также опыт решения вопроса о ценовой доступности лекарственных препаратов. *«Необходима государственная поддержка, — подводит итог Халида Зинурова. — В советскую эпоху аптеки тоже были хозрасчетными, но они являлись учреждениями здравоохранения и их работу (в целях той же ценовой доступности*

лекарственной помощи) дотировало государство. Для сравнения: оптовая цена валидола составляла 20,5 копеек, а пациент приобретал этот препарат всего за 4 копейки. Ведь доступное лечение — это не роскошь, а жизненная необходимость для каждого». И такой инструмент, как субсидирование, давно и эффективно применяется в современной фармацевтической промышленности.

ВОПРОС О СТАТУСЕ АПТЕКИ ВОЗНИК ИЗ-ЗА ЮРИДИЧЕСКОГО КАЗУСА

Кубрина Таисия

Юрист практики «Фармацевтика и здравоохранение» компании «Пепеляев Групп»



Кубрина А.

Дефицит квалифицированных кадров в медицине и фармации можно назвать не только проблемой российского здравоохранения, но и в целом общемировой тенденцией. Решение этой задачи — скорее в экономической плоскости, нежели в правовой.

Нормативные акты здесь лишь облачают в правовую форму принятые экономические решения.

На законодательном уровне последние несколько лет делаются шаги для восполнения недостатка кадров в медицине и фармации. Для отдаленных территорий и сельских поселений вводят программы по поддержке переселенцев, например, госпрограммы «Земский доктор» и «Земский фельдшер». На их финансирование в ближайшие три года планируется выделить 18 млрд. рублей.

Государство отдает приоритет в лекарственном обеспечении сельских территорий ФАПам. Работать в таких структурных подразделениях больниц могут медики, прошедшие повышение квалификации по работе с лекарственными препаратами. С экономической точки зрения, рациональное зерно для такого решения, безусловно, есть. Наличие в малых населенных пунктах медицинского работника — первая необходимость. А расширение его должностного функционала даст больницам возможность экономить ресурсы, выполняя свои основные задачи.

Структурные изменения произошли в образовательном процессе. В августе 2022 года Правительство дало студентам последних курсов по специальностям «Лечебное дело», «Педиатрия» и «Стоматология» возможность начать работать фельдшерами в скорой помощи. В фармации же вектор кадровых потребностей постепенно смещается в сторону специалистов со средним

образованием. Этому в том числе способствует недавнее сокращение срока обучения по специальности «Фармация» в колледжах — до 1 года 10 месяцев. Уже через два года фармколледжи выпустят специалистов, прошедших обучение по этой сокращенной программе.

Также в августе один из фармацевтических журналов сообщил о запрете Минздрава вузам принимать в ординатуру «целевиков», не исполнивших обязанность по трехлетней отработке в организации, направившей специалиста. Законность такого распоряжения может быть поставлена под сомнение. Правоотношения по целевому набору регулируются договорными аспектами права, поскольку возникают между сторонами договора (больницей и врачом), и вопросы расторжения такого договора лежат в гражданско-правовой плоскости. Обучение же в ординатуре регулируется в административном порядке и направлено, в первую очередь, на реализацию конституционного права гражданина на получение образования. Поэтому отказ от приема на обучение не должен нарушать гражданских прав и должен соответствовать законодательству об образовании.

Экономическая составляющая лежит и в основе повышенной нагрузки медицинских и фармацевтических работников. Медики, фармацевты, провизоры вынуждены работать в несколько смен или совмещать несколько ставок, чтобы повысить уровень своего дохода до приемлемых значений. Однако здесь нужно провести разделение. Большая часть медицинских специалистов работают в государственной системе здравоохранения и уровень их зарплат зависит от финансирования всей системы и нормативов, установленных законодательством. Медицинское сообщество уже несколько лет ждет реализации пилотного проекта по пересмотру этих нормативов. Минздрав планирует внести предложения по изменению системы оплаты труда медиков в проект бюджета на 2023 год.

Провизоры и фармацевты сегодня — на против, представители «частного сектора», и их

зарплаты регулируются рыночными механизмами и мало подвержены влиянию извне со стороны нормативного регулирования. Исключения касаются минимальных сумм, которыми гарантированно должны обеспечивать работодатели в соответствии с требованиями трудового законодательства.

Другой причиной дефицита кадров в настоящее время выступает загруженность персонала и его эмоциональное выгорание, связанное с большим количеством «бумажной» работы, оформлением документации, отчетов, справок и т.д.

Здесь необходимо отметить, что ведение документации — не только бремя, но и в какой-то степени защита мед- или фармспециалиста. Проверяющие в рамках контрольно-надзорных мероприятий сегодня, в первую очередь, ориентируются на документы. Их правильное оформление в большинстве случаев позволяет избежать штрафов и других административных издержек.

Дискуссии на тему, относятся ли аптеки к области здравоохранения, ведутся уже несколько лет. По данным опроса, проведенного в декабре 2021 года порталом «Фарма РФ», более 80% аптечных работников высказали пожелание официально стать частью системы здравоохранения.

С правовой точки зрения аптеки (в зависимости от организационно-правовой формы) являются частью государственной, муниципальной или частной систем здравоохранения. Об этом прямо говорится в соответствующих положениях ст. 29 ФЗ-323 «Об основах охраны здоровья граждан в РФ». К слову, аналогичное правовое положение было у аптек и в предыдущем законе (ст. 12-14 «Основ законодательства РФ об охране здоровья граждан» от 22.07.1993 г. №5487-1).

Сумятицу, как это часто бывает, вносят подзаконные акты. Проблемы с определением ключевой профессиональной сферы появились у аптек с принятием в 2014 году Общероссийского классификатора видов экономической деятельности (ОКВЭД 2) ОК 029-2014. Аптеки и фармдистрибуторы попали в раздел G классификатора, где утверждены коды для торговых организаций. Для больниц и других медицинских учреждений выделили самостоятельную группу «Деятельность в области здравоохранения».

«Де юре» ОКВЭД 2 введен в действие приказом Федерального агентства по техническому регулированию и метрологии от 31.01.2014 №14-ст. Это значит, что по юридической силе он уступает федеральному закону. Но, к сожалению, когда дело доходит до реального правоприменения, специалисты «на местах» ориентируются именно на коды ОКВЭД, а не на вышестоящие правовые акты.

Поскольку проблема фактически возникла из-за юридического казуса, то и ее решение должно лежать в юридической плоскости. **Код 86.90.9 «Деятельность в области медицины прочая, не включенная в другие группировки» ОКВЭД, в целом не противоречит ФЗ-323**, и можно пытаться добиваться его применения либо обращаться в суд. Другой, более длительный путь — внесение изменений в действующие акты, но с учетом позиции Минэкономразвития вероятность внесения поправок в ОКВЭД невелика. Куда более перспективным, по нашему мнению, будет учет правового положения аптек как части системы здравоохранения при подготовке актов, устанавливающих те или иные преференции.

К ВОПРОСУ О РОЛИ АПТЕКИ В СИСТЕМЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Литвинова Мария

Исполнительный директор ААУ «СоюзФарма», вице-президент Ассоциации «НП «ОПОРА»»



Литвинова М.

Общероссийский классификатор видов экономической деятельности сегодня нуждается в системной доработке. Почему это необходимо?

До сегодняшнего дня в данном классификаторе есть целый ряд пробелов: упоминания некоторых видов деятельности просто

напросто отсутствуют. И речь не о «высокотехнологичных» специальностях, появившихся во второй половине 2010-х, а о профессиях, известных еще тридцать, сорок лет назад... Также ОКВЭД вступает в правовые коллизии с нормами действующего законодательства и другими классификаторами, применяемыми в настоящее время.

Яркий пример — современное положение аптеки. Согласно ОКВЭД, она отнесена к сфере розничной торговли и представляет собой специализированный магазин (код 47.73). Однако такой подход противоречит ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» — закон, ключевой для системы здравоохранения, определяет аптечные организации как часть данной системы. Классификаторы ОКСО и ОКЗ также отмечают, что фармация, провизоры и фармацевты включены в область здравоохранения.

Предлагаемая направленность отвечает самой природе аптечных профессий. Фармацевтическая помощь — продолжение помощи медицинской, а провизор и фармацевт — специалисты с широчайшим спектром знаний о лекарственных препаратах и особенностях их применения. В ОКВЭД же не отмечена... даже работа аптеки по изготовлению экстенпоральных препаратов (в том числе закупаемых медицинскими организациями). Этого направления как будто не существует.

Роль фармации и медицины переоценить трудно, особенно в сложные периоды. Поэтому исторически в нашей стране аптеки обладали особым экономико-правовым статусом, защищавшим их от воздействия неблагоприятных факторов, и их положение в сфере медицины (а в дальнейшем внутри системы здравоохранения) было закреплено законодательно. Даже право Российской империи более двухсот лет относилось к фармации к медицинской области. Государственная поддержка аптек в нашей стране была учреждена еще в 1701 году, царем Петром I. Одновременно с этим он запретил продажу лекарств вместе с продуктами питания, в зеленых лавках. Так впервые были четко разграничены фармация и торговля.

В 1789 году вступил в силу первый в Российской империи Аптекарский устав. Этот документ фиксировал: подведомственность аптечного дела Государственной медицинской коллегии (главному медицинскому регуляторному органу того периода); четкую взаимосвязь медицинской и фармацевтической деятельности; необходимость защиты аптечных организаций от возможных убытков в силу особого значения их деятельности для государства. Такая защита велась, в том числе, путем запрета на продажу лекарств кем бы то ни было, кроме аптеки. Принцип строгого разграничения фармации и торговли, сформулированный Петром Великим, был подтвержден и дополнен Екатериной Великой.

И в дальнейшем аптеки оставались в области медицины. РСФСР, а затем СССР относили их к системе здравоохранения в силу их особого значения для народного хозяйства (т.е. экономики страны). Согласно декрету Совета народных комиссаров от 28 декабря 1918 г., все российские аптеки были переданы в ведение Народного комиссариата здравоохранения (впоследствии — Минздрав СССР).

Опыт Великой Отечественной войны показал исключительную значимость деятельности аптек для функционирования государства и его

экономики. Поэтому в 1945 г. в составе Минздрава СССР было выделено специальное подразделение — Главное аптечное управление. Оно действовало вплоть до «эпохи девяностых».

Принадлежность аптеки к системе здравоохранения отмечается и позднее. Так, пункт 1 «Положения о хозрасчетной аптеке», утвержденном приказом Минздрава СССР от 18.08.1972 №689, гласит: «Аптека является учреждением здравоохранения». Данный статус зафиксирован и в пункте 1 «Положения о центральной районной аптеке», утвержденном приказом Минздрава СССР от 30 декабря 1976 г. №1255.

И сегодня законодательные нормы, регулирующие здравоохранение, определяют положение аптеки внутри данной сферы — в силу самого содержания фармацевтической деятельности. Классификатор ОКВЭД вступает с ними в правовую коллизию, но... На практике зачастую применяется именно он.

С 2020 года экономическая обстановка работы аптек (в особенности небольших и расположенных в малых населенных пунктах) значительно усложнилась. При этом никаких льгот и мер поддержки для учреждений системы здравоохранения у аптек нет — опять же в силу кода ОКВЭД 47.73, относящего их к сфере торговли. Между тем, сельская аптека или аптека в отдаленном микрорайоне — иногда единственная гарантия лекарственной помощи для жителей.

Аптечные сети, даже не очень крупные, в таком местоположении, как правило, не открываются.

За период с 1 января 2020-го по 1 января 2021 г. на территории России прекратили существование 4060 независимых аптек (данные RNC Pharma). Тенденция к закрытию малых аптечных организаций продолжилась и в минувшем 2021 году. Только с июня по сентябрь 2021 г., по данным DSM Group, в нашей стране закрылось около 2000 аптек, 88% из которых относились к малым и средним аптечным организациям. Общий прирост количества аптек был обеспечен только крупными сетями, открывшими значительное число новых «точек» в крупных и средних городах.

К сожалению, печальная тенденция не идет к снижению. С апреля по июнь 2022 г. отмечено закрытие 275 аптек, многие аптечные организации, обращающиеся за помощью в ААУ «СоюзФарма», сообщают о возможной ликвидации уже этой осенью.

Поэтому исключительно важна необходимость **определить для аптечных организаций код ОКВЭД 86.90** — он относится к прочей деятельности в сфере здравоохранения. Это целесообразно, чтобы предупредить закрытие малых и средних аптек — и тем самым сохранить доступное и качественное лекарственное обеспечение.

ПРОБЛЕМЫ ПОДГОТОВКИ КАДРОВ ТРЕБУЮТ ОСОБОГО ВНИМАНИЯ

Иванова Настасья

Директор ООО «Интер-С Групп»



Иванова Н.

Важный индикатор эффективности государственного здравоохранения — это средняя продолжительность жизни. В 2014 г. нашу страну включили в заслуживающий доверия рейтинг Health-Care Efficiency Index (эффективность системы здравоохранения с учетом продолжительности жизни, затрат на здравоохранение и стоимости медпомощи) и... сразу поставили на последнее место. Год от года позиции улучшались, оценки росли, но мы по-прежнему в нижней части рейтинга.

Эксперты действительно фиксируют увеличение продолжительности жизни россиян, отмечая, что во многом это произошло в результате реформы здравоохранения и ориентирования населения на современные жизненные стандарты. Тем не менее, в 2020 году ООН поставила Россию лишь на 118-е место со средней продолжительностью жизни в 73 года (что на 12 лет меньше, чем в Гонконге). Отмечу, что на данный параметр влияет не только уровень медицинской помощи, но и чистая вода, полезная и разнообразная пища, хорошая экология, отсутствие стрессов, уверенность в будущем. Ни по одному из этих параметров наша страна не входит в группу лидеров. А перманентно сложная экономическая ситуация, дефолты, санкции, иные потрясения негативно влияют на самочувствие и жизнь людей. Во многом в результате данных факторов большинство россиян ведут малоподвижный образ жизни, не знают правил ЗОЖ, не занимаются профилактикой заболеваний, не принимают участия в программе диспансеризации — и идут к врачам, когда болезнь уже запущена.

Профессиональное сообщество ждало реформу по оптимизации системы здравоохранения, целью которой провозгласили повышение

качества и доступности медицинской помощи при рациональном использовании бюджетных средств. Но сделав акцент на сокращении количества «неэффективных коек», реформа не привела к нужным результатам и была отрицательно оценена не только гражданами, но и властными органами. Президент охарактеризовал текущую ситуацию в первичном звене здравоохранения как провальную.

Да, реформа ожидаемо сократила расходы, но при этом ограничила доступ граждан к квалифицированной медпомощи, особенно в регионах. Не отрицаю, в Москве она приближается к мировым стандартам, но в «глубинке» тысячи населенных пунктов не имеют никакой медицинской инфраструктуры. Неудачным результатом реформы стал из-за сокращения доступа населения к бесплатной медицинской помощи, значительного увеличения роли платных услуг и роста неравенства в охране здоровья в разных регионах. При этом никого не беспокоит, что люди с низкими и даже средними доходами сегодня не могут позволить себе современную коммерческую медицину.

Основные проблемы здравоохранения, которые остались нерешенными, известны: низкая доступность первичной медико-санитарной помощи, деградация материально-технической базы, дефицит кадров — и, как следствие, высокая загруженность медперсонала. Остался и целый комплекс проблем в системе ОМС. Для сравнения: в США госрасходы на медицину составляют 14% ВВП, в России — 4%!

Конечно, в условиях пандемии многие задачи решать крайне сложно. Но реформы, безусловно, необходимо продолжать, с учетом всего предшествующего опыта и при его понимании. И главной целью должен стать доступ пациента к медицинской помощи, а не какой-либо количественный показатель. Для этого потребуются масштабная модернизация первичного звена здравоохранения. При нынешнем дефиците бюджета на нее должны быть выделены значительные средства.

Не до конца решена проблема чрезмерного документооборота в работе врача, медсестры, фельдшера... Кроме того, всем учреждениям скоро придется адаптировать программы под операционные системы на Linux, а в медицине и на фармпроизводстве, где глобально используются информационные технологии, зарплаты IT-специалистов меньше, чем в среднем по национальной экономике. Проблем много — и, судя по текущей обстановке, они будут только накапливаться.

Конечно, есть и положительные моменты: во многих учреждениях обновилась медицинская техника, у сотрудников выросла заработная плата, увеличивается число молодых специалистов, сократились очереди в кабинеты, значительно расширился перечень услуг, доступных онлайн, стала удобной запись к врачу, ускорилась обработка анализов. Серьезный результат — снижение младенческой и материнской смертности. Также в крупнейших городах увеличились объемы высокотехнологичной медицинской помощи, а в дальних поселках появились мобильные медицинские пункты. Для решения проблемы дефицита кадров, в рамках программы «Земский доктор», выплачиваются приличные «подъемные» для сельских врачей. Думаю, необходимо также вводить дополнительные льготы (в первую очередь, налоговые) для аптек, расположенных в труднодоступных населенных пунктах. В режиме самокупаемости сельская

аптека с большой вероятностью рискует закрыться, в результате жители отдаленного района могут остаться без лекарственной помощи.

Еще один нерешенный вопрос, общий для медицины и фармации — работа по подготовке и переподготовке медицинских и фармацевтических специалистов. Сегодня она требует особого внимания — в сегменте высшего и среднего профессионального образования, для уже практикующих врачей, фармацевтов, провизоров... Здесь необходимо увеличивать число бесплатных образовательных мероприятий и совершенствовать схему начисления баллов в системе НМиФО. Начислять зачетные единицы важно не только за прослушиваемые вебинары и конференции, но и, например, за трудовой стаж, преподавательскую и научную работу, участие в аккредитационных комиссиях и т.д.

Проблемы НМиФО — не формальность, а тот фактор, на основе которого специалисты принимают решение о своем профессиональном будущем. От организации образования на данном этапе во многом зависит, сможет ли врач или провизор остаться в избранной профессии и продолжить оказывать помощь пациенту, либо такая нагрузка уже непосильна. А это вновь возвращает нас к вопросу о доступности медицинской помощи и средней продолжительности жизни.

АПТЕКА — НЕ МАГАЗИН, А ЭЛЕМЕНТ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Ягудина Роза

**Заведующая кафедрой организации лекарственного обеспечения и фармакоэкономики
Первого МГМУ имени И.М. Сеченова**



Ягудина Р.

По своей сути аптека должна быть частью системы здравоохранения, потому что она решает задачи, связанные с охраной здоровья, оказанием лекарственной помощи и обеспечением пациента иным необходимым аптечным ассортиментом (например, медицинскими изделиями). Именно аптечный работник зачастую оказывается первым специалистом в белом халате, с которым человек сталкивается при возникновении проблем со здоровьем. Он идет в аптеку, потому что она всегда открыта, всегда доступна, и в ней можно сразу же получить профессиональную консультацию по различным аспектам применения лекарств. А вот быстро попасть к врачу, увы, в сегодняшних реалиях возможно далеко не всегда.

Один из основных современных классификаторов не относит аптеки к системе здравоохранения, поэтому их правовое положение становится двояким. С одной стороны, практически все особенности работы аптечной организации регламентированы законодательством в сфере здравоохранения (ведь от фармацевтического специалиста требуется и обеспечение правильного хранения лекарственных препаратов, и знание клинических аспектов их воздействия на организм и многое другое). С другой стороны, по классификации видов экономической деятельности аптека выведена за пределы здравоохранения.

Данное противоречие отрицательно влияет на фармацевтическую деятельность и поэтому воспринимается специалистами особенно остро. Не раз и не два слышала от аптечных сотрудников: «Как только обществу от нас что-то нужно, сразу же говорится о социальной

ответственности аптеки. Но что делается для того, чтобы сохранить аптеку?»

Сегодняшняя система формирования дохода аптеки вряд ли этому способствует — скорее, наоборот. Такая тенденция возникла еще в девяностые годы, когда в фармацию пришло большое количество менеджеров из других отраслей, которые начали ставить бизнес-интересы выше социальных задач. В результате деятельность аптек в настоящее время регулируется так, что многие направления, не связанные прямо с реализацией аптечного ассортимента, «остались за бортом». В современных классификациях видов деятельности их просто нет.

Имидж профессий фармацевта и провизора сейчас тоже не таков, каким должен быть. Да, об аптеке вспоминают, когда становится плохо, но кого обвиняют, если нет лекарств? Аптеку и ее сотрудников. Кого винят в том, что лекарственные препараты подорожали? Опять же аптечного работника. А ведь формирование цены происходит на других логистических этапах движения препаратов — до того, как они попадают в аптеку. Но «отвечает» за все... вновь аптечный специалист. Ведь ни фармдистрибутор, ни завод по производству лекарственных средств с пациентом напрямую не общается. Только определенные уполномоченные лица предприятий-производителей взаимодействуют с пациентским сообществом, однако формат такого взаимодействия совершенно иной, нежели в аптеке.

При всем вышеперечисленном аптека вынуждена существовать (а точнее, пытаться выжить) за счет собственного дохода. Если речь идет не о крупной сети, то доход крайне мал. Почему? Потому что конкуренция среди аптечных организаций не просто «зашкаливает» — она искажена по всем своим форматам. Да, здоровая конкуренция необходима, но именно о здоровой конкуренции в области фармации не идет и речи. Когда в одном доме несколько аптек, ни одна из них не сможет работать нормально. Как вы считаете, почему ранее в нашей стране

многие годы применялись нормативы по расстоянию между аптеками? И почему подобные нормативы сегодня активно действуют во многих других странах?

Аптека — не магазин, а элемент системы здравоохранения, причем важный. Она должна поддерживать определенный ассортимент лекарственных препаратов. Если человек заболел и идет за лекарством, он не будет обходить все аптеки района — он болен, у него элементарно не хватит на это сил и времени. Кроме того, чтобы лекарство помогло, а не навредило, в аптечной организации должен поддерживаться определенный уровень требований к помещениям, к условиям хранения различных категорий ЛП. И, разумеется, уровень квалификации специалистов — провизоров и фармацевтов. Профессиональное развитие сотрудников — то, на чем нельзя экономить!

Аптечный специалист должен очень хорошо ориентироваться в мире лекарств. Личный формуляр врача — это 60-80 лекарственных препаратов, а личный формуляр фармацевтического работника — это весь аптечный ассортимент. Кроме того, сотруднику аптеки важно знать все те симптомы, при которых можно отпустить препарат пациенту. И все те симптомы, при которых нужно сказать: «Срочно идите к врачу!»

Чтобы это все делать — и делать правильно, нужно иметь хорошую подготовку. Знания не возникают из воздуха! Поэтому аптечный работник должен получать достойное вознаграждение за свой труд, чтобы у него была возможность профессионально совершенствоваться. Приспособлено ли для решения перечисленных задач сегодняшнее регулирование аптечной деятельности?

Если аптека — это объект торговли, тогда нужно отменить все специальные требования к его работе. Но такой подход в корне неверен. Что произойдет с пациентом при подобном функционировании аптеки, и кто в такой ситуации защитит его от последствий неправильного хранения и применения препаратов?

У фармации должно быть много льгот. Аптека должна быть организацией с хорошей финансовой подушкой. Именно для того, чтобы она могла оказывать лекарственную помощь пациенту, а не «продавать лекарства». Это очень важно.

В заключение хотела бы обратить внимание: в прессе прошла информация, что в 2022 году в фармацевтических вузах впервые произошел недобор студентов на бюджетные места. Ситуация обусловлена в том числе и тем, что в практической деятельности не делается особых различий между провизором и фармацевтом. Посмотрите объявления о приеме на работу в аптеки. В них нередко можно прочесть: «требуется провизор-фармацевт». До такой степени не разграничены ни должностные функции, ни оплата труда специалистов с высшим и средним профессиональным образованием... Миграция кадров при этом тоже велика. Одни аптеки молниеносно открываются, другие — закрываются так же стремительно. Часть аптечных работников тоже вынуждена часто менять место работы.

Такова реальность, но данную ситуацию нельзя назвать нормальной. Она формирует как у отдельного специалиста, так и у фармации в целом ощущение невостребованности потенциала профессии и ее второстепенности. А это противоречит и самой сути фармацевтической деятельности, и реальным запросам населения.

ДЛЯ МНОГИХ ЗАДАЧ В МЕДИЦИНЕ НЕОБХОДИМО УЧАСТИЕ ПРОВИЗОРА

Елисеева Наталья

**Председатель правления Ассоциации фармацевтических работников Сахалинской области,
член Альянса фармацевтических ассоциаций**



Елисеева Н.

Аптека работает по двум приказам, регламентирующим две стороны одного процесса: с одной стороны, она несет ответственность за правильно оформленный рецепт, с другой — должна соблюсти все нормативы отпуска по документу о врачебном назначе-

нии. Для пациента же этот процесс един, ему адресован в итоге один вид помощи — своевременное предоставление лекарственного препарата. Иногда две его составляющих во многом не совпадают: со стороны врачей и медорганизаций — путаница в правилах выписывания рецептов (причем, зачастую отсутствуют и сами бланки), отсутствие информации об ассортименте в ближайших аптеках, незнание новых препаратов, новых прописей; со стороны аптек — отсутствие тех или иных лекарств, сложности в процессе связи с конкретным врачом или медучреждением. Поэтому важна непосредственная работа определенного врача с конкретными аптеками. Раньше это называлось территориальным прикреплением и ответственность несли местные департаменты здравоохранения, которые издавали соответствующие приказы или распоряжения. (Подчеркнем, что данный шаг дает результаты при условии четкого определения положения аптеки внутри здравоохранения, но не сегодняшних форматов конкуренции со стороны крупных аптечных сетей).

Основные проблемы при назначении лекарственных препаратов в медицинских организациях — это схема их закупки через аукционы и конкурсы, а также порядок финансирования. Клинический фармаколог может назначить препараты, а служба закупок не обеспечит их наличие — и вот уже нет нормального процесса

лечения, не говоря уже о диагностике. Сейчас в централизованном процессе закупок основную роль играют юристы и зачастую отсутствуют... провизоры.

Раньше при стационарах работали формулярные комиссии. Специалисты, входившие в их состав, пытались анализировать экономические аспекты лечения, аптеки обязаны были контролировать фармацевтический порядок (т.е. регламентацию учета, хранения и применения медикаментов и расходных материалов) в отделениях медучреждений, в которые они отпускали лекарственные препараты по требованиям и накладным. Сейчас для розничной аптеки такая деятельность запрещена. Ее могут вести только оптовые организации, которые де-факто бывают освобождены от какой-либо ответственности.

Кроме того, ранее за номенклатурой в закупках лекарственных препаратов и расходных материалов за счет средств обязательного медицинского страхования следили территориальные фонды ОМС. Сегодня же провизоров нет и в их штатном расписании — то есть нет тех специалистов, которые могут обратить внимание на отсутствие того или иного необходимого пациентам в регионе лекарства или медизделия.

Ряд вопросов остается и в системе последипломного образования фармацевтов и провизоров. Процедуры аккредитации и собственно процесса обучения в системе НМиФО сложны по формальным причинам. Их множество: огромное количество «оформительской» работы даже в условиях электронного документооборота, устаревшие теоретические курсы, нехватка курсов по актуальным современным проблемам фармдеятельности, трудности аккредитации очных, практических мероприятий на портале непрерывного образования, проблемы формирования аккредитационных комиссий в отдаленных регионах (таких, например, как Сахалинская область, Архангельская область, Республика Алтай и т.д.)...

Что делать в данной ситуации, если мы говорим об организационном аспекте?

Первый шаг — вернуть аптечную деятельность в систему здравоохранения, с категорированием аптек. Аптечная организация с полным спектром направлений работы, включая экстремпоральное изготовление и льготный отпуск, должна относиться к здравоохранению и получать частичное бюджетное финансирование,

и возможность работы в страховой медицине. Это необходимо, чтобы при любых обстоятельствах сохранять доступность лекарственной помощи для пациента. В советское время был накоплен значительный опыт категорирования аптечных организаций, и между аптекой — учреждением здравоохранения, и аптечным киоском существовали определенные различия.

ЧТОБЫ ВЕРНУТЬ УВАЖЕНИЕ, НУЖНО ОГРАНИЧИТЬ КОНКУРЕНЦИЮ

Фотеев Антон

Директор аптечной сети «СоВа» (г. Ульяновск)



Фотеев А.

На мой взгляд, главная сложность в работе нашей поликлиники — это кадровый голод, который обусловлен низкой заработной платой специалистов и слабой инфраструктурой для жизни в самом населенном пункте. Получается, что работают люди по призванию (надолго ли хватит такой мотивации, когда не хватает самого насущного?) или

из-за безвыходности положения. Кроме того, врач большую часть времени посвящает заполнению бесконечного количества бумаг, а не осмотру пациента. Отсюда ошибки в назначениях и оформлении рецептов. Наиболее частый вид рецепта — надпись на листке из блокнота, хорошо, если не брендированного...

Отказывать людям с такими «рецептами» тяжело, ведь они ни в чем не виноваты. Решение же этой проблемы должно начинаться с увеличения зарплаты врача — настолько, чтобы на каждое место можно было устраивать конкурс из желающих. И, конечно, тотально облегчать административно-организационные вопросы. Наличие рецептурных бланков или чрезмерного количества документов, обязательных к заполнению для медицинского работника, — проблема именно такого характера.

Что касается аптеки, то здесь кадровый голод вызван варварской экспансией крупных

аптечных компаний: часто их «точки» открываются «дверь в дверь», да еще и по несколько «штук». По сути, нет никакого дефицита фармацевтов — есть лишь неумные амбиции и конкурентная борьба федеральных сетей, которые готовы открыть три аптеки в ряд и работать в убыток ради банкротства соседа. Поэтому проблему надо исключить ограничением конкуренции. Если же «решать» ее за счет увеличения количества специалистов, то через какое-то время им придется переучиваться и осваивать другие профессии. Ведь такого количества сотрудников не потребуется через 5-10 лет, когда сети окончательно вытеснят единичные аптеки.

К тому же, сейчас активно идет «либерализация условий» для крупных игроков. Например, для маркетплейсов совсем не обязательно иметь сотрудников-фармацевтов в «точках выдачи». Очевидного решения здесь не вижу. Может быть, запретить получать лицензию, если в радиусе 500 метров уже есть работающая аптека? Но тогда нужно и ограничивать количество аптек на условные квадратные километры для одной организации, иначе «федералы» займут все пространство «впрок».

Со всеми сегодняшними сложностями (в первую очередь, правового и организационного характера) нам помогает разобраться СРО «Ассоциация независимых аптек». Без саморегулируемой организации мы бы погрязли в огромном потоке информации, которую самостоятельно невозможно рассортировать, учесть и использовать в работе. Огромное количество нормативных актов нужно не просто

отслеживать — в них необходимо разбираться, их необходимо применять. Считаю, что законодателям нужно серьезно задуматься насчет организации регулирования в фармации. Нормативно-правовой базе, в которой должна ориентироваться аптека, очевидно, не хватает четкости и системности.

Как вернуть уважение к фармацевту? Еще раз подчеркну: для этого нужно ограничивать конкуренцию! Потому что, когда в одном здании открываются три аптеки, то они думают о том, как заработать деньги на аренду и зарплату сотрудникам, а не о проблемах посетителя-пациента. И вместо роли помощника начинают выполнять совсем другую роль, которая мало кому по душе. В результате сегодня происходит парадокс: кто активнее стремится к деньгам клиента (а речь все-таки о человеке, который болеет и нуждается в квалифицированной помощи специалиста), тот быстрее развивает свою сеть и захватывает те аптеки, которые действительно стремятся вести фармацевтическую помощь. Такая вот обратная селекция... И о каком уважении при подобном алгоритме может идти речь?

Кроме ограничения числа аптечных «точек» на единицу площади города или поселка, **обязательно** нужно переходить от фиксированного размера штрафа к процентам от оборота. Штраф в 150 тысяч для мелкой аптеки — это банкротство, а для крупной сети — смех. Безнаказанность рождает безответственность.

В серьезных корректировках нуждается и система НМиФО. С моей точки зрения, это маскировка полностью нерабочей системы сертификации специалистов, которая погрязла в целом ряде проблем. Прикрывать нерешенные вопросы сложностью — не выход. Считаю, что это всё нужно либо отменить, либо оставить только ту часть, где баллы набираются на государственном сайте — прошёл тему, сдал тест, получил баллы, пришёл срок, автоматически прислали готовый сертификат. Да и вообще, насколько она необходима?

Баллы и знания — все-таки не одно и то же... Можно просто вести реестр фармацевтов на том же сайте, где указывалось бы, допущен ли фармацевт к работе.

ГЛАВНОЕ — ВЕРНУТЬ АПТЕКИ В СИСТЕМУ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Зинурова Халида

Директор аптеки ООО «Арман» (г. Набережные Челны, Республика Татарстан)

Уважение к профессиям фармацевта и провизора снижено до уровня торговли. Мы работаем по законам здравоохранения — а относят нас к обычной «рознице». Требования к образованию и обязанностям аптечных специалистов очень строги, и это необходимо в силу специфики нашей профессии. Но что будет, если лекарственная помощь пациенту исчезнет как вид или ее доступность резко упадет?

Фармации, как направлению с исключительной социальной значимостью, необходимы условия, которые позволят выжить. Но что мы видим сегодня? При оборотах, в силу ряда особенностей аптечного ассортимента, несравнимых с настоящей торговлей, — неподъемные размеры налоговых платежей, ограничение наценки на ЖНВЛП значительно ниже уровня рентабельности, а проблема недобросовестной конкуренции со стороны ряда крупных компаний только усугубляется... В такой ситуации не остается средств ни для развития небольшой аптечной организации, ни для повышения зарплаты ее сотрудникам. И давно не редкость — прогнозы о том, что независимые аптеки и малые аптечные сети исчезнут как вид.

Прибавим сюда сегодняшние структурные сложности в системе НМиФО — «пробелы» по многим темам, интересующим фармацевтов и провизоров в их профессиональной деятельности, а также чрезмерное количество баллов, едва ли совместимое с загруженностью

фармацевтического специалиста. Очень хотелось бы, чтобы лимит этих «зачетных единиц» был пересмотрен в сторону уменьшения.

Это необходимость: даже если нет обязанности по набору баллов, аптека старается самостоятельно изучать все новшества и в регуляторных актах, и в лекарственном ассортименте. Без такой работы специалистов фармация как профессия невозможна.

Отсутствие диалога между врачом и аптекой также представляет собой проблему. Необходима программа, которая объединяла бы нас. Чтобы медицинский работник был в курсе того, что есть в аптечной организации. И наоборот. Ведь, по сути, мы работаем с теми же больными — и особенно наглядно это показала пандемия, когда для многих людей аптека оставалась последней надеждой.

Что нужно сделать для решения названных проблем?

Ответ один — вернуть аптеки в систему здравоохранения. Необходима государственная поддержка. В советскую эпоху аптеки тоже были хозрасчетными, но они являлись учреждениями здравоохранения и их работу (в целях той же ценовой доступности лекарственной помощи) дотировало государство. Для сравнения: оптовая цена валидола составляла 20,5 копеек, а пациент приобретал этот препарат всего за 4 копейки. Ведь доступное лечение — это не роскошь, а жизненная необходимость для каждого.

ПАЦИЕНТ — НЕ КЛИЕНТ, ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНОГО — НЕ СЕРВИС

Звонков Андрей

Врач-терапевт, член Союза писателей России



Звонков А.

Основная проблема в организации работы врача — это «потогонная» система работы и во многих случаях соответствующее отношение руководства. Сдельный формат оплаты труда, заниженные тарифы — все это вредит и процессу лечения, и здоровью са-

мых медицинских работников, которые в таком режиме физически не успевают восстановиться. Вспомним еще про «стимулирующие» выплаты (на деле — это часть ежемесячной зарплаты, которая в любой момент может быть сокращена) и различные штрафные санкции, вплоть до штрафа за неразборчивый почерк в карте вызова «скорой помощи»... От всего перечисленного падает качество лечения. А это самое главное.

Еще одна ошибка — заменять врачами медсестер и фельдшеров. Специалистов со средним медицинским образованием нужно готовить, и довольно активно. В необходимости доучивать их на месте работы нет ничего плохого — при условии, что у таких молодых сотрудников есть грамотные и внимательные наставники. Развитие среднего медицинского образования — среди важнейших задач на сегодня.

Врач должен думать и решать — такова суть его профессии. И он должен хоть немного, но быть ученым. Выполнимо ли это в ситуации, когда на специалисте, который лечит пациента, лежит обязанность по собственноручному заполнению целого ряда документов?

IT в данном случае нагрузку не уменьшили — напротив, увеличили ее объемы...

Сегодняшняя система непрерывного медобразования — увы, тоже «формалистика». Врачу нужна объективная необходимость — и возможность! — учиться, связанная с его работой, а не со стандартами и пунктами. Если специалист понимает, что ему не хватает теоретических знаний, и его режим работы более-менее приемлем, он сам будет искать возможность найти эту информацию и повысить свой профессиональный уровень.

Чтобы положение дел в медицинской организации изменилось к лучшему, нужно отменить «правило» из эпохи девяностых: «пациент — клиент, медики — обслуживающий персонал, медпомощь — услуга». Это справедливо и относительно аптечной организации. Речь идет не о сервисе, а о лечении больного, обязательными элементами которого являются помощь медицинская и помощь фармацевтическая.

Любой спорный случай в медицинской деятельности должен разбираться компетентно и объективно, а не в потребительском аспекте (бригада «03» спасла пациента с обширным инфарктом, а родственники написали жалобу, что «доктора не надели бахилы»). Нужно защищать честь и достоинство специалиста, который оказывает помощь больному, — и законодательно, и экономически, и в общественном мнении. Если есть вина — наказывать. Но отменить формальный подход и ставший привычным принцип «медик — это стрелочник, он виноват всегда».

ВАЖНО, ЧТОБЫ У ВРАЧА БЫЛ ДОСТУП К ПОЛУЧЕНИЮ НОВЫХ ЗНАНИЙ

Лесков Иван

Врач-оториноларинголог



Лесков И.

Говоря о доступности медицинской помощи и проблеме нехватки медицинских кадров, важно понимать, как выстроена система здравоохранения в той или иной стране. Ее структура и определяет во многом потребность во врачах, среднем и младшем медицинском персонале. Система здравоохранения Семашко, на базе которой частично формировалось здравоохранение в советское время, ставила перед собой ключевую цель — сделать медицину максимально доступной для каждого.

На момент формирования данной системы доступность медицины понималась следующим образом: в каждом районе должна быть районная поликлиника, в которой пациента может принять практически любой врач-специалист — гастроэнтеролог, лор, эндокринолог... И больной попадет к нему на прием в течение недели (в настоящее время сроки могут быть чуть дольше).

В ряде западных стран, например, в США, структура системы здравоохранения иная. «На местах» упор делается на врачей общей практики, врачей-специалистов значительно меньше (их почти нет) — и срок ожидания их консультации исчисляется месяцами. С другой стороны, в тех же зарубежных системах здравоохранения высока доступность высокотехнологичной хирургической медпомощи. Сравним две цифры: за всю историю кохлеарной имплантации (хирургической операции по протезированию слуха) в США было проведено около 500 тысяч таких операций, в нашей стране — около 30 тысяч. То есть более чем в 15 раз меньше.

Конечно, одна из ключевых задач медицины — профилактическая: если прогрессирование хронического заболевания остановить вовремя, высокотехнологичная медпомощь пациенту

не потребуется. Но в любом случае она должна быть доступной (как и медпомощь на предшествующих этапах).

Ряд вопросов остается и к системе медицинского последипломного образования. Да, врач должен постоянно учиться — и это факт. Во-первых, потому, что новые знания в медицине действительно интересны. Даже если вы просто подписаны на профессиональный новостной ресурс, вы ежедневно получаете массу полезной информации. В сегодняшней же структуре НМО велика доля конференций, где практикующие врачи слушают доклады — часто спонсорские и касающиеся препаратов вспомогательного характера. А к действительно полезной информации доступ ограничен.

На мой взгляд, наилучший вариант обучения врача должен выглядеть примерно так: специалист сообщает руководству о желании восполнить определенные пробелы в своих профессиональных знаниях (например, отоларинголог хотел бы освоить эндоскопическую хирургию околоносовых пазух), проходит обучение, возвращается — и применяет на практике те виды помощи пациенту, которым он научился. При этом его труд начинает оплачиваться выше, иногда значительно. Естественное желание совершенствоваться в профессии подкрепляется и нематериальной, и материальной мотивацией. Со временем доктор приобретает больше новых знаний и навыков, становится ведущим специалистом в своей профессии.

Но что произошло бы в сегодняшней ситуации? Во-первых, у руководства медицинской организации возник бы вопрос, кто из коллег заменит специалиста, уехавшего на несколько недель на учебу. Во-вторых, у медорганизации может не быть средств, чтобы приобрести соответствующее оборудование для тех же операций на околоносовых пазухах. В-третьих, клиника может попросту решить, что врач собирается сменить место работы. Перечисленные моменты не дают специалисту учиться так, как следовало бы учиться...

МЕДИЦИНА И АПТЕКА — ЭТО БИЗНЕС ИЛИ ВСЕ ЖЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЕ?

Саверский Александр

Президент Лиги защитников пациентов



Саверский А.

Причина сегодняшних проблем с доступностью медицинской помощи, во многом связанных с кадровым дефицитом, — в том, что регулятор много лет назад снял с себя функцию по достойному обеспечению работы медучреждений, врачей, среднего и младшего медперсонала.

Даже «средний» уровень зарплаты врача или медсестры значительно ниже необходимого. К тому же, по данному показателю существует серьезное неравенство. В одном регионе у терапевта одна зарплата, в другом — вдвое меньше, при этом нагрузка и обязанности одинаковы. Иногда подобное наблюдается в пределах одной и той же медорганизации. К сожалению, приходится констатировать: из медицины сделали бизнес. И в такой «системе координат» основная задача врача — не лечить, а зарабатывать. Подобная обстановка очень токсична, более того, она губительна для тех, кто связал свою жизнь с медициной по призванию. Зачастую в профессии остаются не врачи от Бога, а сотрудники, которые врачами, по сути, не являются.

«Бизнес-парадигма» наблюдается и среди аптечных организаций. После того, как открылось много сетевых аптек, активно идет процесс укрупнения и консолидации: сети покупают друг друга, подчиняясь простому экономическому принципу — остаться должен кто-то один. Общая тенденция выражена сегодня очень ярко.

В результате всего перечисленного страдает доступ пациента к помощи — медицинской и фармацевтической. В периоды подъема заболеваемости ковидом число жалоб в нашу организацию «зашкаливало»: резко упала доступность медицинской помощи при огромном количестве заболеваний. Полностью это явление пока не исчезло. К тому же, многие уже

боятся обращаться в поликлиники и стационары — из-за страха заразиться новой коронавирусной инфекцией и из-за сомнений в доступности врачебной помощи.

Пациентка, проходившая в прошлом году стационарное лечение, рассказывала следующую историю. Утром она просыпается — а палата пуста, никого из других пациентов рядом нет. Но вечером были все! В ужасе она спрашивает врача, что случилось с соседями. Оказалось, что их перевели в ковидное отделение, поскольку у них были обнаружены признаки коронавируса. Подобные случаи не придают пациентам уверенности в благополучном исходе лечения. К этому в 2020-2021 гг. прибавлялся максимальный уровень недоступности медицинской помощи.

Несколько слов — о доступности лекарственных препаратов. Задавал в соцсетях следующий вопрос: «Какие лекарства Вы не можете найти?» По итогам ответов на него получился список из 79 наименований. Десять из них удалось отыскать в тех или иных аптеках. А вот с остальными 69-ю были проблемы. Тридцать препаратов оказались исключенными из Госреестра лекарственных средств, о чем могли не знать даже лечащие врачи откликнувшихся на мою публикацию пациентов.

Возникает вопрос: зачем исключать из реестра хорошие лекарства, которые доказали свою эффективность и безопасность? Ведь они действуют, и действуют правильно... Может быть, просто ставить пометку, что они временно не производятся или не импортируются? Статус зарегистрированного препарата очень важен. Ведь за такое действие, как ввоз незарегистрированных медикаментов, законом предусмотрена достаточно серьезная ответственность. Должны быть другие решения, которые сохранят для пациента необходимое ему лекарство.

Что могу сказать о перспективах взаимодействия медицинской организации и аптеки? Ответ на этот вопрос стоит начать с другого вопроса: чем в действительности является аптека

— предприятием торговли или учреждением здравоохранения? То есть организацией, участвующей в оказании помощи пациенту? Нынешние реалии таковы, что верным будет скорее первый из ответов. А по сути правильным должен быть второй.

Подобный вопрос следует задать и медицинским организациям: вы оказываете помощь или «делаете деньги»? Что первым делом видит пациент, заходя в поликлинику? Увы, во многих случаях его встречает не регистратура, а... касса.

Задача о сотрудничестве врача и провизора — комплексная. Подход к ее решению тоже должен быть целостным. Регулятору необходимо вернуть медицине и фармации статус государственных направлений, которые выполняют государственную функцию. А это означает, что оклады медицинских и фармацевтических работников могут быть достойными, а сами организации должны обладать соответствующим правовым положением.



ЗАПАДНОЕ ДЕГУНИНО: АПТЕКУ ДОЛГО ИСКАТЬ НЕ ПРИДЕТСЯ

Дегунино и Бусиново — два старинных села, которые были ранее на месте современного района Западно Дегунино в САО Москвы. Село Дегунино впервые упоминается в духовной грамоте Ивана Калиты аж в 1336-м году — через 189 лет после возникновения Москвы, что является «рекордом древности» этого административного округа.

После включения территории в состав столицы (в 1960 г.), район быстро приобрел городской облик, в течение сравнительно короткого времени здесь выросли крупные научные, производственные, медицинские предприятия и организации, имеющие общероссийское значение. В одном из кварталов создан своеобразный «городок здоровья», где размещены институт педиатрии и детской хирургии, ФНПЦ медико-социальной экспертизы и реабилитации инвалидов, московское протезно-ортопедическое предприятие, Московская областная психоневрологическая больница для детей с поражением ЦНС и психики, взрослый и детский интернаты, хоспис.

Качественно новый этап в развитии района начался в 1997 году, с реализации городской программы по сносу панельного и ветхого жилья. Пятиэтажки, которые в 60-е годы двадцатого столетия стали долгожданным символом городского статуса района, уступили место новым многоэтажным домам современного уровня комфорта.

Район занимает территорию 753 гектара, население — 83,2 тыс. чел.

Исследовано 26 аптечных предприятий:

АС «ГорЗдрав» ООО «Аптека-А.В.Е.»: АП №2614 (Ильменский пр-д, д. 17, корп. 4), АП №262 (ул. Ангарская, д. 6), АП №1959 (ул. Ангарская, д. 28, к. 2), АП №1117 (Коровинское ш., д. 19);

АС «Столички» ООО «Нео-фарм»: АП №239 (ул. Маршала Федоренко, д. 12), АП №206 (Коровинское ш., д. 13, корп. 1), АП №491 (ул. Талдомская, д. 13), АП №742 (ул. Новая, д. 10);

АС «Будь здоров» ООО «Аптечная сеть 03»: АП №1270 (ул. Маршала Федоренко, д. 12) и АП №1456 (ул. Базовская, д. 15, к. 8);

АС «Планета здоровья»: АП ООО «Альфа» (ул. Базовская, д. 15а) и АП ООО «Альфа» (ул. Базовская, д. 15, корп. 9);

Аптеки: АС «Сбер ЕАптека» ООО «Парус-инвест» (ул. Маршала Федоренко, д. 7), АС «Аптека-Эконом» ООО «Столетник-форте» (Коровинское ш., д. 9, к. 1), «Доктор Ватсон» ООО «Фуд-маркет» (ул. Ивана Сусанина, д. 4, к. 7), «Wer.ru» ООО «Вер-фарм» (Дмитровское ш., д. 73, стр. 1), «Вита Экспресс» ООО «Лига» (Дмитровское ш., д. 73, стр. 1), ООО «Мицар-Н» (ул. Новая, д. 9), ООО «Балканфарм» (Ангарская ул., д. 22, корп. 1),

ООО «Фарма-М» (Дмитровское ш., д. 89), IPHARM ООО «Айфарм МСК» (Ильменский пр-д, д. 14, корп. 6);

Аптечные пункты: АС АО «Столичные аптеки» (ул. Талдомская, д. 15), ООО «Авиценна Плюс» (Коровинское ш., д. 1а), ООО «Астра-Фарм» (ул. Дегунинская, д. 10, стр. 2), АС «Мелодия здоровья» (Коровинское ш., д. 3, корп. 2), №21 АС «Здесь аптека» ООО «Аптеки Век живи» (Коровинское ш., д. 23).

В опросе приняли участие 209 человек, включая 120 женщин и 89 мужчин. Возрастные категории: от 55 лет и старше — 38%, среднего возраста — 42%, молодежь до 28 лет — 20%.

ФАКТОР УСПЕХА аптечных предприятий

МЕСТОРАСПОЛОЖЕНИЕ

Важно для 48 человек

До недавнего времени главным неудобством жители района Западно Дегунино называли отсутствие линии метрополитена. В 2018

году московское метро сюда добралось, открылись сразу две станции — «Верхние Лихоборы» и «Селигерская», что кардинально улучшило транспортную доступность в районе. Однако ведущая роль по-прежнему принадлежит наземному общественному транспорту.

Кроме того, вдоль западной границы района функционируют станции «Грачевская» и «Ховрино» Октябрьской ж/д, а там на электричке и Ленинградский вокзал недалеко.

Главная транспортная артерия — Коровинское ш.

Наличествуется в составе Западного Дегунино и несколько обособленный микрорайон Бусиново, отделенный от остальной территории промышленной зоной. В нем работают 3 аптечных предприятия. Также «своей жизнью» внутри района живут территории новостроек — ЖК «На Базовской» (3 аптеки) и ЖК «Селигер Сити» (3 аптеки).

Так или иначе, практически все аптечные организации находятся внутри жилой застройки, а также возле объектов транспортной инфраструктуры, сферы торговли и услуг, внутри крупных торговых центров или универсамов. В универсамах и торговых центрах расположились аптеки: «Фарма-М» (ТРЦ «XL»), «Вита Экспресс» и «Wer.ru» (обе — в ТЦ «Metromall» рядом со ст. м. «Верхние Лихоборы»), «Астра-фарм», «Здесь аптека», «Планета здоровья» на Базовской, д. 15а, «Столичные аптеки» (все — в «Пятерочках»), АП №239 «Столички» и АП №1270 «Будь здоров» — в ТЦ «Бусиново».

Рядом со ст. м. «Селигерская» функционируют аптеки «Фарма-М» и «Авиценна Плюс».

Максим, 41 год: *«Я всегда выбираю аптечный пункт по удобству месторасположения. Конечно, кому-то очень важны скидки, низкие цены. Я задумывался об этом, но почему-то мне кажется, что цены практически везде одинаковы. Для меня на первом месте стоит время, которое я экономлю!»*

АССОРТИМЕНТ

Важен для 40 человек

Самым широким ассортиментом вполне заслуженно славятся аптеки сетей «Столички», «ГорЗдрав», «Планета здоровья», «Будь здоров», «Мелодия здоровья», а также примкнувшие к ним в районе «Авиценна Плюс», «Здесь аптека» и «Фарма-М». Небольшие аптечные пункты

заняты в основном реализацией стандартного аптечного ассортимента, чутко реагируя на сезонный спрос, а также препаратов для оказания первой помощи или для ухода за больными. Более редкие и дорогостоящие препараты поставляются ими под заказ, да и то не везде.

Главная примета сентября — подготовка к всплеску сезонных заболеваний. Во многих аптеках появляются специальные стеллажи и полки с противовирусными препаратами, лекарствами от простуды, витаминами, различными профилактическими средствами. На них устанавливаются специальные ценники.

Почти везде, помимо собственно препаратов, можно приобрести разнообразные средства гигиены, товары для мам и малышей, а вот лечебной косметики стало заметно меньше.

ЦЕНА

Важна для 37 человек

Несмотря на то, что конкуренция в аптечной рознице и меры госрегулирования на ЖНВЛП не позволяют большинству аптечных предприятий задираить цены на многие препараты, все-таки в ходе исследования удалось выявить существенный ценовой разброс на ряд препаратов, прежде всего не из списка ЖНВЛП (см. табл.). Разница в цене на онкопрепарат «Летрозол» может достигать 50% (2362 рубля — в «Будь здоров» и 3411 рублей — в АП №262 «ГорЗдрав»). Подавляющее число опрошенных полагает, что это связано с введенными против российской экономики санкциями и возникшими трудностями в поставках оригинальных импортных препаратов. Если сравнить цены на не столь дорогие «Летзол» (Индия) и «Октавис» (Россия), то картина не выглядит такой удручающей.

Ольга Павловна, пенсионерка: *«Для меня цена играет решающее значение. Иногда я просто заболел и пошла ему сироп от кашля «Лазолван» покупать. Сначала зашла в аптеку «ГорЗдрав», которая мне очень нравится, там он стоит 240 рублей, в аптеке «Столички» — 220, а в «Авиценна Плюс» — 280. Мелочь — 20-60 рублей, но у пенсионеров каждый рубль на счету, мы же еще живем теми, советскими воспоминаниями, и каждый рубль нам все еще кажется весомым!»*

Алексей Петрович, 52 года: *«Я всегда слежу за ценами, для меня это очень важно! Не люблю переплачивать, мне проще пройтись по району,*

сравнить цены на разные лекарства и только тогда выбрать аптеку, в которую буду приходить постоянно!»

Вместе с тем, зная о существовании проблемы, очень многие — из других возрастных

категорий — просто не хотят тратить время на поиск низких цен, а сразу покупают то, что им нужно, особенно если речь идет о препаратах стоимостью до 1000 руб.

Табл. СРАВНИТЕЛЬНАЯ ЦЕНА НА ЛЕКАРСТВЕННЫЕ ПРЕПАРАТЫ

Аптека	Цена на лекарственный препарат, руб.		
	Летрозол, табл. 2,5 мг, №30 («КЕРН Фарма», Испания)	Ингавирин, капс. 90 мг, №10 («Валента Фармацевтика», Россия)	Долгит, крем 5%, 100 г («Долоргит ГмБХ и Ко.КГ», Германия)
АП №№742/№491 «Столички»	2660-00	776-00/774-00	234-00/231-00
АП № 239 «Столички»	2660-00	774-00	234-00
АП №206 «Столички»	2700-00	776-00	231-00
АП №№1456/1270 «Будь здоров»	2362-00	816-00/820-00	-/245-00
Аптека ООО «Фарма-М»	2699-00	800-00	241-00
АП №21 «Здесь аптека»	2805-00	756-00	357-00
АП №1117 «ГорЗдрав»	3186-00	815-00	247-00
АП №262 «ГорЗдрав»	3411-00	818-00	244-00
АП «Авиценна Плюс»	3220-00	828-00	251-00
Аптека «Вита Экспресс»	–	690-00	212-00
«Аптека-Эконом»	–	766-00	245-00
АП ООО «Астра-Фарм»	–	790-00	235-00
Аптека IPHARM ООО «Айфарм МСК»	–	793-00	236-00
АП «Мелодия здоровья»	–	797-00	244-00
Аптека «Wer.ru»	–	753-00	–
АП «Планета здоровья» ООО «Альфа»	–	745-00	248-00
АП «Планета здоровья» ООО «Альфа» (ул. Базовская, д. 15, корп. 9)	–	745-00	246-00
АП №№1959/2614 «ГорЗдрав»	–	817-00	244-00
Аптека ООО «Балканфарм»	–	818-00	246-00
Аптека «Доктор Ватсон»	–	825-00	240-00
Аптека ООО «Мицар-Н»	–	785-00	–
«Сбер ЕАптека» ООО «Парус-инвест»	–	799-00	–
АП АО «Столичные аптеки»	–	–	248-00

СКИДКИ

Важны для 18 человек

«Социальная карта москвича» в большинстве аптек открывает дорогу к дополнительным скидкам и бонусам, однако в последнее время все больше аптек отказываются от данной услуги... Вероятно, причина в том, что большинство самых продаваемых препаратов входит в список ЖНВЛП, и размер торговой наценки на них ограничен государством. Кому же хочется продавать свой товар в убыток? Вот и приходится все чаще слышать: «У нас и без того цены низкие!»

Тем не менее отметим, что в Западном Дегунино скидкой по СКМ возможно воспользоваться в большинстве аптек и аптечных пунктов. Исключение — «Доктор Ватсон», «Астра-фарм», «Wer.ru», «Мицар-Н», «Аптека Эконом», «Здесь аптека», а также оба АП «Планета здоровья». В остальных владелиц СКМ может рассчитывать на скидку в размере от 1 до 5%.

Государственная социальная программа удачно сосуществует и с дисконтно-накопительными программами. Так, в аптеке «Фарм-М» действует дисконтная система АФП «Фармир» (2-7%), в АП «Мелодия здоровья» — система «Медицина для Вас». Собственные клиентские накопительные карты действуют в аптеках «Столички», «Будь здоров», «ГорЗдрав», «Планета здоровья», а также «Балканфарм».

В аптеке «Макс-Фарм» введена специальная 7%-я скидка для тех, кто приобретает лекарства по предварительному заказу.

ПРОФЕССИОНАЛИЗМ РАБОТНИКОВ АПТЕКИ, ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ УСЛУГИ

Важны для 35 человек

Как показывает опрос, аптечной рознице удалось преодолеть кадровый голод (во всяком случае в этом районе). Если раньше на дверях многих аптек можно было встретить объявление о поиске фармацевта или провизора, то сегодня они являются редкостью. Первостольники, с опытом и без него, держатся за работу. Поэтому и серьезных нареканий со стороны посетителей нам услышать не довелось. Как правило, жалобы чаще всего не имеют прямого отношения к конкретной аптеке, а носят общий характер — растущие цены на лекарства или отсутствие тех или иных оригинальных импортных наименований, а также препаратов в нужной дозировке. Некоторые сетуют на отсутствие

сдачи в кассе, слишком долгое общение первостольника с клиентом или медлительность при поиске лекарства. Однако в целом покупатели отмечают внимательность, вежливость и профессионализм аптечных работников.

Многие пенсионеры любят живое обстоятельное общение с фармацевтом, поэтому в списке их предпочтений — небольшие частные аптеки «Астра-фарм», «Доктор Ватсон», «Мицар-Н», IPHARM, «Авиценна плюс», «Балканфарм», а также «Здесь аптека».

Что касается дополнительных услуг, то наиболее востребованной по-прежнему является возможность бесплатно измерить артериальное давление. В районе это можно сделать в следующих аптеках: «Мицар-Н», «Сбер ЕАптека», «Эконом аптека», «Мелодия здоровья», IPHARM ООО «Айфарм МСК», АП№742 «Столички».

Почти все аптечные предприятия предлагают услугу бронирования и резервирования лекарственных препаратов — не только через собственные интернет-ресурсы, но и через сторонние онлайн-сервисы. Лишь самые маленькие аптечные пункты не могут «потянуть» такой сервис — остается только вести отпуск ЛП повышенного спроса, да для пополнения традиционной домашней аптечки.

ИНТЕРЬЕР

Важен для 12 человек

Михаил Иванович, 70 лет: *«Для меня интерьер аптеки не является определяющим фактором. Самое важное — это наличие препаратов, цены, внимание персонала. Что еще нужно пожилому человеку?»*

По результатам опроса можно сказать, что интерьерные изыски не добавляют бонусов при выборе аптеки, хотя, конечно, как положительный фактор, отметили почти все респонденты, — это стремление аптек, несмотря на размер, обеспечить максимальное удобство пожилым посетителям. Именно для них в большей степени предназначены всевозможные пуфики, диванчики, стульчики, столики, позволяющие пенсионерам не только перевести дух или максимально комфортно дождаться своей очереди, но и разобраться с покупками.

Однако выбирать по большому счету было не из чего, подавляющее большинство аптек занимает небольшие помещения, где и развернуться негде. Только в АП №742 «Столички»

предусмотрели чуть больше — помимо места отдыха здесь оборудован небольшой детский уголок! А там... доска и цветные мелки. Такое решение не могло оставить равнодушными посетителей с маленькими детьми.

Ирина, 33 года (с 4-летней дочерью Алисой): *«Я очень люблю эту аптеку. Сколько раз заходила сюда, столько раз купила именно то, что мне было нужно. Меня устраивают и цены, и качество препаратов. Ну и, конечно, моя дочурка буквально рвется сюда порисовать».*

Интерьер, как таковой, отсутствует в «Сбер ЕАптеке». Его функцию здесь выполняет операционный зал банка.

ГРАФИК РАБОТЫ

Важен для 19 человек

Лишь две аптеки района работают по круглосуточному графику — IPHARM ООО «Айфарм МСК» в Ильменском пр-де, д. 14, корп. 6 и «Планета здоровья» на Базовской ул., д. 15, корп. 9.

Довольны таким расположением жители ЖК «Селигер Сити» и «На Базовской» соответственно. Как нарочно, обе они расположены в двух противоположных точках района, так что большинству нуждающихся в препаратах ночью проще поискать дежурную аптеку в соседних «Дмитровском» или «Восточном Дегунино».

Как компенсация за малое количество круглосуточных аптек — более продолжительный график работы аптечных пунктов «Авиценна Плюс» (до 23-00) и «ГорЗдрав» №2614 (до 22-00). Все остальные предприятия аптечной розницы работают с 8 до 21 часа.

Иван, механик, возле аптеки IPHARM: *«Для моей семьи важно, чтобы препараты можно было купить в любое время суток! У нас дома двое маленьких детей и пожилая теща, поэтому лекарство может потребоваться в любой момент, и я спокоен, когда знаю, что аптека работает круглосуточно».*

РЕЙТИНГ ФАКТОРОВ УСПЕХА

Место	Фактор успеха	Кол-во набранных голосов
1	Месторасположение	48
3	Ассортимент	40
3	Цена	37
4	Профессионализм, доброжелательность работников аптеки, дополнительные услуги	35
5	График работы	19
6	Скидки	18
7.	Интерьер	12

РЕЙТИНГ ПОПУЛЯРНОСТИ аптечных предприятий

«Сбер ЕАптека» 4

Расположена прямо в операционном зале отделения Сбербанка, занимая небольшое помещение с 1-м окном. Ассортимент небогатый и включает в основном самые ходовые и жизненно необходимые препараты. Есть возможность бесплатно измерить АД.

Аптека «Доктор Ватсон» 5

Расположена на 1-м этаже жилого дома, рядом с ветеринарной клиникой. Пандуса при

входе нет и скидок по СКМ тоже. Работает один фармацевт. В ассортименте — самые востребованные препараты. Среди посетителей в основном местные жители, у которых, особенно в экстренных случаях, выбора нет.

АП АО «Столичные аптеки» 5

Находится в небольшом помещении закасового пространства «Пятерочки». Ассортимент ориентирован на каждодневные запросы местных жителей — стандартный набор обезболивающих, противовирусных, противогрибковых, желудочно-кишечных препаратов по приемлемым ценам. Скидка по СКМ — 5%.

АП «Авиценна Плюс» 5

Занимает небольшое помещение в торговой пристройке к жилому дому. Посетителей обслуживает один фармацевт через закрытое окно. В ассортименте — самые необходимые препараты по ценам чуть выше среднего по району. Заходят сюда в основном прохожие, спешащие на работу или домой.

АП ООО «Астра-Фарм» 6

Расположен на 2-м этаже небольшого торгового здания с универсамом «Пятерочка». Ориентированы на местных жителей: в ассортименте преобладают ЛП повседневного спроса. За более дорогими рецептурными препаратами люди идут в другие аптеки. Скидок по СКМ нет.

Аптека «Wer.ru» 6

Расположена на первом этаже ТЦ «Metromall» рядом со ст. м. «Верхние Лихоборы», помещение занимает небольшое, посетителей обслуживает один фармацевт. Основная масса посетителей приходит сюда в часы пик. Скидок по СКМ нет.

Аптека «Вита Экспресс» 6

Расположена в здании того же ТЦ «Metromall» у ст. м. «Верхние Лихоборы», занимая помещение с отдельным входом с улицы. И главное его преимущество — именно удобное расположение, потому что ассортимент ничем выдающимся не отличается от десятков других предприятий фармрозницы. Посетителей обслуживает один фармацевт через закрытое окно.

АП «Планета здоровья» 6

Расположен в ТЦ с «Пятерочкой» и многочисленными предприятиями розничной торговли и услуг. Выкладка товара открытая, посетителей обслуживает 1 фармацевт через открытый прилавок. Не все лекарства есть в наличии, особенно оригинальные медикаменты западных производителей, однако здесь всегда предложат аналогичный препарат на замену или подскажут аптеку, где есть все необходимое. Скидок по СКМ нет.

АП «Планета здоровья» 6

Функционирует (причем круглосуточно) в одном из корпусов недавно построенного ЖК «На Базовской». Препараты выложены на открытых

стеллажах и полках, посетителей обслуживают 2 фармацевта.

АП №1456 «Будь здоров» 6

Работает там же — в ЖК «На Базовской» — на 1-м этаже жилой новостройки. Для обслуживания посетителей оборудовано 2 окна. Несмотря на то, что сеть позиционируется как дисконт, цены на многие лекарства здесь чуть выше среднего по району. Да и в наличии есть далеко не все оригинальные препараты, особенно дорогостоящие, а о существовании некоторых фармацевт услышала впервые.

АП №2614 «ГорЗдрав» 6

Нашел себе небольшое помещение на территории ЖК «Селигер Сити», возведенного на месте бывшей промзоны. Посетителей обслуживают через 2 кассы за открытым прилавком. Ассортимент и цены соответствуют общей политике сети «ГорЗдрав». Среди посетителей — в основном молодые жители новостроек.

Аптека ООО «Мицар-Н» 7

Расположена на 1 этаже торгового здания рядом с «Авоськой». Форма торговли закрытая, отпуск осуществляется через одно окно. В ассортименте — хороший выбор ЛП и товаров для здоровья по доступным ценам — ниже среднего уровня по району. Здесь также можно бесплатно измерить давление. Скидок по СКМ нет.

Аптека ООО «Балканфарм» 7

Выбрала под торговый зал двухкомнатное помещение на 1-м этаже жилой многоэтажки. Рядом — офис местного отделения партии «Единая Россия». Странно, что «единороссы» не позаботились о пандусе для своих сторонников, а заодно и для посетителей аптеки. Обслуживание ведется через 2 окна при закрытом формате торговли, есть отдел оптики. Ассортимент в целом неплохой, цены вполне приемлемые. В аптеке предоставляют скидки по СКМ (1%).

АП №262 «ГорЗдрав» 7

Расположен на первом этаже жилого дома рядом с остановкой общественного транспорта. Помещение очень небольшое, соответственно, и ассортимент на среднем уровне по району. Покупателей обслуживают через 2 окна. Цены «не кусаются». Скидка по СКМ составляет

символический 1%, а вот по накопительным картам лояльности начисляются баллы.

АП «Аптека-Эконом» 7

Занимает помещение в универсаме «Верный». Обслуживает покупателей один фармацевт через закрытое окно. В ассортименте преобладают медикаменты и товары повышенного спроса, гигиенические средства, витамины, БАДы. Скидок по СКМ нет. У желающих есть возможность бесплатно проверить АД.

АП №1270 «Будь здоров» **ООО «Аптечная сеть 03»** 7

Работает в ТЦ «Бусиново», занимая небольшое помещение на первом этаже, отпуск ведется одним фармацевтом. В ассортименте — стандартный аптечный набор ЛП и товаров парафармацевтики по достаточно умеренным ценам, что позволяет выдерживать конкуренцию с расположенной в этом же здании аптекой «Столички».

Аптека IPHARM ООО «Айфарм МСК» 7

Функционирует на территории ЖК «Селигер Сити», занимая помещение на 1-м этаже жилого дома, рядом с магазином «Ароматный мир». Безусловный плюс — круглосуточный режим работы. В ассортименте — стандартный набор ЛП: рецептурных и ОТС-препаратов. На отсутствующие позиции можно сделать предварительный заказ. В торговом зале есть возможность бесплатно измерить давление.

АП №1959 «ГорЗдрав» 8

Находится неподалеку от перекрестка с Коровинским шоссе, занимая помещение из двух комнат с отдельным входом на 1 этаже жилого дома. Форма торговли закрытая, покупателей обслуживают через 2 окна. Клиентов привлекает отличный ассортимент и удобство месторасположения, скидки по карте лояльности.

АП «Мелодия здоровья» 8

Местоположение на первом этаже жилого дома выбрано неудачно: во-первых, сам дом находится в изрядном удалении от шоссе, а во-вторых, вход в аптеку — со двора. Помещение зала тесноватое, хотя в нем 2 комнаты, в каждой из которых оборудовано окно первостольника. Но, со слов респондентов, сюда их привлекает широкий ассортимент с хорошими ценами. На

скидку по СКМ в размере 5% здесь можно рассчитывать до 13-00, зато по картам «Медицина для Вас» начисляются баллы (10%). Внутри установлен столик с тонометром для желающих проверить уровень давления.

АП №21 «Здесь аптека» 9

Нашел себе место за кассами универсама «Пятерочка», занимая небольшое изолированное помещение. Несмотря на скромные размеры, ассортимент приятно удивил. На просьбу уточнить наличие оригинального онкологического препарата «Летрозол» посетителю сходу были предложены 2 других аналога: индийский «Летзол» и отечественный «Октавис», а также дана подробная консультация. Вот только скидку по СКМ не предложили — ее нет.

Аптека ООО «Фарма-М» 9

Занимает помещение на 1-м этаже ТРЦ «XL», сразу у входа в «Перекресток». В центре торгового зала поместился небольшой открытый стеллаж с парафармацевтикой и средствами гигиены. Форма торговли закрытая. Покупатели обслуживаются на одной кассе через закрытое окно. Предоставляются скидки по СКМ (5%) и дисконтным картам «Фармир» (2-7%).

АС «Столички» 10

АП №239 — расположен в левом крыле ТЦ «Бусиново», имея отдельный вход. В микрорайоне славится отличным ассортиментом, низкими ценами и качеством обслуживания. Отпускают фармацевты через 3 окна по электронной очереди. Через информационный терминал можно самостоятельно навести справки по наличию и ценам.

АП №206 — расположен в пристройке к жилой 9-этажке по соседству с универсамом, в непосредственной близости от остановки общественного транспорта. Помещение торгового зала просторное, при этом ничего лишнего, кроме традиционных скамеечек, столиков и информационного терминала. Посетителей обслуживают через 5 окон по электронной очереди.

АП №1117 «ГорЗдрав» 11

Удачно расположился в очень проходном месте возле «Магнита». Помещение занимает небольшое, посетителей обслуживают через 2 окна. В торговом зале установлен терминал.

Основа ассортимента — традиционные ЛП рецептурного и безрецептурного отпуска, хороший выбор средств гигиены и товаров мед. назначения.

АП №491 «Столички» 12

Расположен на 1-м этаже 14-этажного жилого дома, рядом с остановкой общественного транспорта. Визит сюда для большинства жителей окрестных домов входит отдельным пунктом «обязательной программы». Причины весьма прозаические — удобное месторасположение, невысокие цены, богатый ассортимент и быстрота обслуживания. При закрытой форме торговли отпуск осуществляется через 3 окна. Скидки

начисляются предъявителям карты лояльности. Кроме того, здесь можно без очереди выкупить все, что было забронировано на сайте сети.

АП №742 «Столички» 12

Находится на 2-м этаже торгово-административного здания, занимая просторное помещение. Двухпролетная лестница оборудована откидным пандусом. Посетителей обслуживают через 4 окна по электронной очереди. Скоротать время в ожидании можно на мягких креслах, а дети могут поиграть в небольшом детском уголке. Предоставлена и возможность бесплатно измерить давление.

Елена ПИГАРЕВА



Сабрина Саидова: ДАРИТЬ НАДЕЖДУ НА ЗДОРОВЬЕ

В декабре 2015 года была основана Ассоциация аптечных организаций «Надежда-Фарм». Цель: своевременное обеспечение населения лекарственными средствами и изделиями медицинского назначения гарантированного качества. В Московском регионе участник Ассоциации в лице ООО «Эсперанса» открыл свои аптеки в ноябре 2020-го.

О работе аптечного пункта ООО «Эсперанса», расположенного по адресу: ул. 800-летия Москвы, дом 11, корп. 6, рассказывает его заведующая — молодой, перспективный специалист **Сабрина Саидова**.

Сабрина Сабировна, расскажите, какие плюсы работы в составе Ассоциации Вы видите?

Сразу хочу заметить, что в настоящее время в Ассоциации насчитывается более 350 аптек в 23 субъектах Российской Федерации. И их количество постоянно растёт.

Если говорить конкретно о нашей работе, то мне нравится, что в нашей Ассоциации напрямую налажена связь с офисом, все специалисты ощущают постоянную поддержку и тесную взаимосвязь; в любой момент я могу получить ответ на интересующий вопрос от руководства, отдела кадров, бухгалтерии.

С нами сотрудничают компании, представляющие лучшие мировые стандарты корпоративного управления и работать здесь невероятно интересно!

У Ассоциации есть свой сайт, где представлено много полезной информации: мы проходим обучение на онлайн-платформе, можем посмотреть забравку препаратов, оформить претензию поставщику, увидеть таблицы и графики, получить техническую поддержку.

Как помогает в деятельности аптеки отношение к профессиональному объединению?

Ассоциация «Надежда-Фарм» вошла в десятку ведущих аптечных ассоциаций по результатам 2021 года. Хочу особо отметить, что аптечные организации, входящие в Ассоциацию, полностью подтверждает статус социально значимых, а именно, — кроме непосредственной розничной торговли, она осуществляет социальную

поддержку, активно участвует в благотворительных акциях.

Во всех предприятиях Ассоциации внедрены корпоративные стандарты обслуживания посетителей. Постоянно проводится контроль над правильностью работы. Аптеки имеют современные удобные и уютные торговые залы, клиентам предлагается сервис на высоком уровне, широкий ассортимент лекарственных препаратов и товаров для здоровья и красоты, высококвалифицированный персонал.

На базе Ассоциации работает Учебный центр, благодаря которому каждый сотрудник несколько раз в месяц проходит обучение различной тематики. Также мы сотрудничаем с фармацевтическими колледжами — выпускники и студенты приходят к нам на практику, а многие из них потом возвращаются к нам работать.

Посмотрев отзывы в интернете о работе вашей аптеки, отметила: в большинстве своем посетители отмечают как профессионализм первостольников, так и добросердечное отношение.

Я сама стою за первым столом, и еще один прекрасный молодой специалист работает — **Кристина Омельченко**. Нам очень приятна такая оценка нашей работы. Мы трудимся для людей. И вынесенный Вами в заголовок наш девиз: «Дарить надежду на здоровье» — это не пустые слова, мы действительно стараемся помочь каждому человеку, который приходит в аптеку.

Каких критериев придерживаются при приеме специалиста на работу?

При приеме учитывается как опыт работы специалиста, так и его человеческие качества. Когда я устраивалась на работу и заполняла анкету, нужно было ответить на вопросы психологического характера. Например, как работник первого стола поступит в той или иной ситуации. Ведь в нашей профессии это немаловажно, так как терпение и доброжелательное отношение к посетителям стоят на первом месте.

Лично меня радует, что у нас берут на работу молодых специалистов, которые зачастую надолго остаются здесь работать. Существует стереотип, что провизоры с большим опытом работают гораздо лучше молодых. Иногда, стоя за первым столом, можно услышать: *«А есть кто-нибудь постарше?»* И меня всегда это удивляет. По моему мнению, молодежь отлично разбирается в препаратах, знает о новинках. И также, как и опытные провизоры со стажем, может грамотно и профессионально проконсультировать. Безусловно, когда мы начинали работать, более опытные сотрудники передавали нам свои знания. Но молодому поколению нужно больше доверять и не бояться ставить на ответственные участки работы!

Расскажите, почему Вы выбрали аптечное дело? Что входит в ваши обязанности заведующей?

Я в свое время закончила Орловский медицинский колледж по специальности «фармация». Мой стаж работы в аптеках составляет шесть лет. В аптеках Ассоциации работаю уже четвертый год, а непосредственно здесь — на ул. 800-летия Москвы — год: сначала была первостольником, а потом мне предложили и заведование. Конечно, у меня появилось больше ответственности — отправляю отчеты, решаю организационные вопросы. А в остальном ничего не изменилось — я также стараюсь оказывать грамотную помощь посетителям.

Месторасположение аптеки рядом с «Пятерочкой» — как своеобразный бонус?

Конечно. Мы находимся практически в одном помещении с универсамом, здесь же рядом остановка транспорта, так что проходимость хорошая. Много жителей района приходят к нам, я думаю, что 40% из них — это постоянные

посетители. Часто люди обращаются за консультацией. Спрашивают средства от боли, аллергии, простуды...

И мы стараемся помочь, не навредив. Конечно, мы никогда не рекомендуем антибиотики без назначения врача и уж тем более их не отпускаем, — в этом случае моя позиция принципиальна. Особенно это касается детей. Я не понимаю молодых родителей, которые стремятся заниматься самолечением, ведь это очень опасно! Также мы не рекомендуем препараты для гипертоников, для улучшения работы головного мозга, для инъекций. Поэтому в нашей аптеке часто можно услышать: *«Настоятельно рекомендуем обратиться к врачу»*.

В этом году появилась дефектура на определенные препараты. Насколько сложнее стало формировать ассортимент с учетом реалий?

Да, когда возникла дефектура, люди старались закупать все впрок и многие из препаратов начали исчезать из аптек. Тем не менее, есть же много аналогов на замену тех ЛП, на которые наблюдался дефектурный спрос. Хочу отметить, что сейчас ситуация стабилизируется. То же самое можно сказать и о ценах.

У Вас же есть сервис интернет-заказа? В Госдуме уже был принят в первом чтении законопроект о продаже рецептурных препаратов в интернете. Какие, на Ваш взгляд, условия должны быть соблюдены?

Да, лекарства можно заказать через интернет и на нашем портале Ассоциации, и на сайтах-агрегаторах, с которыми она сотрудничает: АптекаМос, Ютека, Аптека.ру, Яндекс.маркет.



Сейчас начинается сезон простуд, поэтому пользуются спросом противовирусные препараты, препараты от кашля, для лечения носа и горла.

Пока мы ведем отпуск рецептурных препаратов непосредственно в аптеке, и думаю, что лучше всего приобретать их именно здесь. Да и система электронных рецептов еще не везде отлажена. Как я уже отмечала, люди зачастую злоупотребляют антибиотиками и пытаются принимать их по своему желанию. Тоже относится и к антидепрессантам и многим другим лекарственным средствам. Все таки в аптеках работают специалисты, которые контролируют отпуск данных препаратов и не позволяют людям заниматься самолечением.

А Ваша аптека готова вести отпуск по электронному рецепту?

Да, конечно! Более того, скажу, что данная программа уже установлена. Но пока посетители с электронными рецептами к нам не обращались.

Какие программы лояльности действуют?

У нас в аптеках ООО «Эксперанса» действует дисконт-накопительная программа, что делает покупку по настоящему выгодной! Популярностью пользуется программа «Спасибо» от Сбербанка. Регулярно в аптеках проводятся специальные акции, действуют особые скидки для пенсионеров. Например, у нас по карте до 13.00 можно получить пенсионную скидку в размере 5%, а в понедельник выгода составит 10%. Действуют скидки и по «Социальной карте москвича».

Проблемы, возникавшие с системой МДЛП и ее обязательной маркировкой, остались позади?

Я положительно отношусь к введению маркировки. Мы привыкли к системе и уже не замечаем сложностей. Конечно, нам в аптеке добавилось работы, но зато исчезла пересортица и есть уверенность в качестве препаратов! Вся покупаемая продукция только от официальных поставщиков-дистрибуторов или напрямую от производителей, имеет все необходимые регистрационные удостоверения и сертификаты, но, тем не менее, программа МДЛП дает гарантии и помогает нам в работе.

Впереди обязательная маркировка БАД. Она не принесет с собой очередные проблемы?

Я затрудняюсь ответить, нужна ли маркировка БАД. Но ... почему бы и нет? Ведь на этом рынке представлено столько компаний! И хочется, чтобы данная продукция тоже была только высшего качества. Думаю, что мы не заметим разницы в организации, потому что уже привыкли так работать.

Аптечные предприятия необходимо отнести к системе здравоохранения по ОКВД, участниками которой они фактически и являются? Обидно быть только продавцами?

Конечно, неприятно, когда нас называют продавцами. И чаще всего это относится к молодым посетителям. Тем не менее, мы не можем повлиять на данную ситуацию. А ведь помимо фармацевтической консультации, нередко мы оказываем и первую помощь людям, что требует знаний и умения сориентироваться в сложной ситуации.

Что нужно аптеке, чтобы быть успешной?

Думаю, это — хороший ассортимент, средний ценник и квалифицированные кадры. Наши преимущества — удобное расположение аптек, выгодные предложения, поиск и заказ лекарств, выполнение индивидуальных заказов, а также возможность заказать лекарства через интернет-ресурсы.

В нашей аптеке действует система качества, которая позволяет обеспечить население качественными, эффективными, безопасными лекарственными препаратами и другими товарами аптечного ассортимента.



По телефону аптечной справки наши посетители могут найти интересующий препарат по выгодной цене, узнать адрес и телефон ближайшей аптеки. Заказы доставляются оперативно. Все эти факторы привлекают посетителей в аптеки под таким узнаваемым брендом.

Что бы Вы хотели пожелать и самим себе, и всей фармацевтической отрасли?

Я желаю всем здоровья, терпения в нашем нелегком деле и процветания! По моему мнению,

фармацевтический бизнес всегда актуален. Лично мне как молодому специалисту хотелось бы профессионального роста, чтобы появлялось как можно больше интересных программ для усовершенствования работы и новых обучающих семинаров.

Елена ПИГАРЕВА



Виктория Маховская: АПТЕКА — ЧАСТЬ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ. И НИКАК ИНАЧЕ

Регламентация фармацевтической и медицинской деятельности сложна. Это объяснимо. Ведь от их труда зависят жизнь и здоровье.

И все же в ходе работы с нормативно-правовой базой и аптеке, и медицинской организации важно успеть обратить внимание на все те нормы, которые могут содержать неясности или вступать в правовую коллизию с другими нормами. Такие положения в приказах и инструкциях по тем или иным аспектам мед- и фармдеятельности могут казаться, на первый взгляд, второстепенными и даже третьестепенными. На практике же они приобретают исключительную важность.

Поэтому одно из ключевых направлений в работе профессиональных ассоциаций — помощь аптеке в изучении изменений и уточнений в нормативных документах. Ассоциация аптекных учреждений «СоюзФарма» ведет ее в нескольких форматах, один из которых — фармацевтическое инспектирование аптек-участниц. Фарминспектирование представляет собой «тренировочную» проверку аптечной организации, которая дает возможность выявить и исправить имеющиеся неточности задолго до официального визита контролирующего органа.

На какие особенности современного регулирования фармдеятельности сегодня важно обратить внимание аптеки? И внесение каких уточнений в правовые акты может быть необходимо?

На вопросы МА отвечает ведущий фармацевтический инспектор ААУ «СоюзФарма» **Виктория Маховская.**

Виктория Игоревна, с какими сложностями чаще всего сталкиваются аптеки при контрольно-надзорных мероприятиях? По каким вопросам консультируются с фармацевтическим инспектором руководители аптекных организаций?

Целый год, почти ежедневно, принимаю из аптек звонки по вопросам изменений в процедуре аккредитации фармацевтов и провизоров. Эта проблематика сегодня — на первом месте.

На второй строке «антирейтинга» предмет обсуждения современной фармацевтической деятельности — маркировка лекарственных препаратов. И это не отдельный аспект, а целый пласт затруднений в работе аптеки, при этом от самой аптеки не зависящих. Первые дозвонившиеся по вопросам, касающимся функционирования системы МДЛП, были буквально в состоянии шока. Нас спрашивали: почему практически ничего не работает? Откуда огромное количество ошибок и как поступать в данной ситуации?

Сейчас, по прошествии некоторого времени, фармспециалисты относятся к сбоям в работе маркировки в чем-то легче, однако самих накладок меньше не стало. Их число по-прежнему «зашкаливает». И эти сбои не исчезнут до того момента, когда на оператора системы будет возложена ответственность. Пока во всем «виновата» аптека, число ошибок вряд ли станет меньше. Ситуация критическая.

Какой из сбоев в системе МДЛП наиболее распространен сегодня?

Лекарство отпустили посетителю-пациенту месяц и даже три-шесть месяцев назад, а в «Честном знаке» оно продолжает числиться как находящееся в аптеке. Буквально на днях консультировала заведующую одной из аптек-участниц нашей ассоциации по следующему вопросу: из Росздравнадзора пришло предостережение с указанием целого списка кодов препаратов, которые «висят» в «Честном знаке»

(ЧЗ). А в аптечной организации их давно уже нет — ЛП приобрел покупатель! Из обращения эти упаковки лекарств выведены. В полном соответствии со всеми правилами.

Подобные письма из контролирующего органа получило огромное количество аптек. По всей стране. Ведь, обладая доступом к данным системы МДЛП, Федеральная служба видит огромные остатки, среди которых значительно и число препаратов с истекшим сроком годности. Что в такой ситуации должен думать регулятор?

В конце августа ЧЗ провел вебинар по данной тематике. Но, к сожалению, практическую ценность данного мероприятия для работы аптечной организации сложно назвать высокой. По сути, на существующую масштабную проблему просто «закрыли глаза», отметив при этом, что в работе оператора системы маркировки «все в порядке» и любая информация поступает за пять секунд. А ведь вопрос-то не решается!

Если бы обращений было десять или сто, такого рода подход мог стать более-менее понятен. Но ведь это происходит почти в каждой аптеке — и примерно с каждой пятнадцатой упаковкой! Независимо от региона или вида программного обеспечения.

Не могут абсолютно все учетные программы (а они в аптеках разные) быть налаженными неверно. Подобная ситуация говорит об ошибке на предшествующих этапах, с большой вероятностью — на этапе разработки технического задания по данной операции.

Провизор — не программист. У него другая профессия и другие задачи. И при всем желании он не сможет самостоятельно устранить сбой в системе МДЛП. Да, сейчас плановые проверки

временно приостановлены, но когда мораторий закончится, массовые сбои в ЧЗ рискуют привести к реальным штрафным санкциям именно для аптечных организаций. При этом мы понимаем, что никакой вины аптеки здесь нет.

С 2023 года начинается маркировка минеральной воды и биодобавок. А они также входят в состав аптечного ассортимента. И что будет дальше?

Да, нерешенных проблем в области маркировки — действительно множество... А какие коллизии отмечают аптеки в сфере регулирования фармдеятельности?

Ряд нестыковок существует в документации, регулирующей условия хранения. Но когда аптека обращается к предприятию-производителю, ответ получают нередко следующий: указание на условия хранения на вторичной упаковке препарата касается не аптечной организации, а покупателя-пациента. Может быть, тогда надпись на коробке или флаконе должна начинаться со следующих слов «в домашних условиях хранить...»?

И, наверное, упаковка все-таки должна защищать лекарство от внешних воздействий. Температурный режим аптека обеспечит — данные условия четки и ясны. А вот те моменты, которые принято считать второстепенными, иногда требуют серьезных уточнений.

Как оцениваете новые версии Перечней ЖНВЛП и минимального ассортимента?

При прочтении данных документов возникает целый ряд вопросов. И первый из них был связан со вступлением в силу новых перечней. Насчет даты начала их действия наблюдались разночтения, впоследствии урегулированные Минздравом. Остается необходимость уточнений собственно по содержанию списков.

«Таблетка, покрытая оболочкой», «таблетка, покрытая пленочной оболочкой» и «кишечно-растворимая таблетка» — это разные понятия. И разные лекарственные формы. В перечне ЖНВЛП ряд лекарственных форм изменен, но данная корректировка пока не внесена в перечень минимального ассортимента. На сегодня получается, что в последнем (как для аптеки, так и для аптечного пункта) есть ряд наименований, которых в лекарственном обращении уже не существует. К счастью, подобная коллизия



Яндекс банк

с ранитидином успешно разрешена. Но возникли новые разногласия. Препарата уже нет, а аптека обязана его иметь в наличии. Как это исполнить? И как объяснить ситуацию при проверках контролирующих органов?

2022 год отмечен множеством вопросов по регистрации медизделий. Какова ситуация в аптеках?

Если назвать ее катастрофической — преувеличения не будет. В связи с началом пандемии и резким ростом потребности в СИЗ (масках, перчатках, бахилах) была разрешена упрощенная регистрация некоторых МИ. Данная процедура во многом снизила остроту возникших проблем, однако она обладает серьезными «побочными эффектами».

Дело в том, что упрощенная система регистрации МИ включает в себя два этапа. На первом из них предприятие-производитель подает в контролирующий орган минимальный пакет документов. Без доказательной базы, без данных проведенных исследований. На основании такого пакета выдается регистрационное удостоверение, и с этого момента продукция может находиться в обращении.

Затем, в течение 150 дней, производитель должен подать оставшиеся документы, содержащие информацию по проведенным исследованиям изделий. Многие компании данное требование не выполняют — и Росздравнадзор вынужден отменять действие рег. удостоверений. К сожалению, таких случаев очень и очень много — около трех недель назад медицинских изделий, обращение которых прекращено по указанной причине, составляло уже 2238 наименований.

Что делать аптеке в подобной ситуации?

Медицинское изделие было поставлено в аптеку, когда регистрация еще действовала. В ходе приемочного контроля все нормы соблюдены. А через неделю или две действие рег. удостоверения отменено. Поэтому никакого права отпустить изделие покупателю-пациенту у аптеки нет. И вернуть такую продукцию поставщику крайне затруднительно, если не сказать «невозможно». Ведь оптовая компания направила ее в аптечные организации, когда она еще была зарегистрированной.

Сегодня остро необходимы уточнения в нормативно-правовой базе, обязывающие пред-

приятие-производителя изымать из аптечных и медицинских организаций МИ, упрощенная регистрация которых отменена в силу несоблюдения второго этапа процедуры. Так будет логично. Почему это ложится на плечи аптек? И как подобные проблемы (массовые, как и с бои маркировки) влияют на фармдеятельность и доступность фармацевтической помощи? Среди таких МИ может оказаться и одежда для врача в стационаре...

Огромную помощь в работе аптеки оказывают письма Росздравнадзора об отмене регистрации лекарственных препаратов или приостановлении их обращения. Очень хотелось бы, чтобы данная практика существовала и для МИ. Она нужна как воздух. Иначе как узнать своевременно о том, что у медицинского изделия отменено регистрационное удостоверение?

Информированность аптечных специалистов об изменениях в нормативно-правовой базе очень мала. И в этом нет вины фармацевтов и провизоров: специфика фармдеятельности предполагает высокий уровень загруженности. Поэтому наша ассоциация и проводит вебинары, встречи, инспектирование аптечных организаций... Все это исключительно необходимо, чтобы аптеки могли получать нужную информацию вовремя. У наших участников регулярно возникают вопросы и к юридической службе, и к фармацевтическим инспекторам, в том числе по особенностям оформления тех или иных документов.

Что можете сказать об изменившихся с 1 марта особенностях рецептурного отпуска?

Очень благодарны, что Минздрав разрешил применение старых рецептурных бланков до



конца текущего года. Изначально замена бланков предполагалась немедленная, но осуществить ее на практике крайне сложно. Поэтому уточнение регулятора помогло и в работе врача, и в работе фармацевтического специалиста.

К сожалению, остается старая проблема: за рецепты, оформленные с минимальными ошибками, ответственность лежит на фармацевтическом работнике. Врачи перегружены, мы это понимаем, входим в их положение, но нам от этого не легче. В поликлинике не хватает врачей, нет рецептурных бланков, а штрафы выписывают аптеке! И их размеры достаточно высоки, для небольшой аптечной организации один-два рецепта с неточностями могут быть равносильны закрытию. На бумаге оформлено назначение или в электронном виде — в данном случае, опять же, не играет особой роли.

Правильность выписывания рецептов должно контролировать руководство медицинской организации, но точно не провизор или фармацевт.

Еще одна известная коллизия в работе фармацевта и провизора связана с квалификационными требованиями. Директор аптеки не может заменить заболевшего первостольника при отпуске препаратов...

Да-да, провизор с сертификатом «Управление и экономика фармации» не вправе стоять за первым столом. Природа этого ограничения вполне ясна: в данном случае нас приравнивают к врачам. Чтобы заведующий хирургическим отделением мог оперировать, у него должен быть сертификат не только по управлению здравоохранением, но и собственно по хирургии. Без врачебного сертификата вести врачебную деятельность нельзя!

То же самое предлагают и нам, хотя в работе аптеки это создает множество сложностей. И почему тогда не определить фармацевтической деятельности соответствующий ее природе код ОКВЭД — в области здравоохранения, а не торговли?

Будущие провизоры и будущие фармацевты учатся в медицинских вузах и медицинских колледжах. В медицинском университете, как правило, есть фармацевтический факультет, в медицинском колледже — фармацевтическое направление. А когда мы начинаем работать по профессии, к нам приходят за консультацией и первой доврачебной помощью. Данный вид помощи преподается студентам, обучающимся фармации. Более того, он включен в процедуру первичной аккредитации — данные знания, умения и навыки проверяются у каждого выпускника. Безусловно, аптека должна быть отнесена к здравоохранению не только де-факто, но и де-юре.

Но что мы видим сейчас? Идет тенденция к тому, чтобы лекарства продавались везде. Предложение о расширении нелекарственного аптечного ассортимента отклоняется — в силу особой социальной значимости аптеки. Для аптек индивидуальных предпринимателей (а они часто работают в малых населенных пунктах, в особенности на селе) устанавливаются новые ограничения — лицензирование одной аптеки. При этом руководителю аптечной организации разрешается... не иметь фармацевтического образования. А об объемах нелегальных продаж лекарственных препаратов в интернете не хочется и говорить. Вспомним ряд недавних новостей о количестве таких сайтов, закрытых регулятором за свою деятельность.

Аптека — это учреждение здравоохранения. И человек приходит туда за консультацией специалиста. Фармацевт и провизор — в определенной степени как психологи и семейные врачи. Мы знаем наших постоянных посетителей-пациентов, наблюдаем, как растут их дети, отвечаем на их вопросы и даем рекомендации, которые защитят их от ошибок при применении лекарств.

Нашу работу регулируют приказы Минздрава — от Надлежащей аптечной практики до правил рецептурного отпуска. Проверяет фармацевтическую деятельность Росздравнадзор. Почему же мы — «сфера торговли»?



Яндекс банк

ИНДАПАМИД КАК ЗОЛОТОЙ СТАНДАРТ

Диуретики — препараты, усиливающие выделение мочи. Их применяют для лечения отеочного синдрома, артериальной гипертензии (АГ), ускорения выведения из организма токсических веществ и ядов при отравлениях.

Котлярова Анна

Доцент курса фармации ФДПО кафедры фармакологии с курсом фармации ФДПО ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России, канд. биол. наук



Котлярова А.

Основная работа почек происходит в нефронах, которых там около 1 млн. В них происходят фильтрация, реабсорбция и секреция. Нефрон состоит из сосудистого клубочка и системы канальцев. Сосудистый клубочек представляет собой сплетение капилляров. Он окружен капсулой.

Через тонкие стенки капилляров происходит фильтрация в капсулу воды, глюкозы, минеральных веществ и других низкомолекулярных соединений. Получившийся фильтрат называется первичной мочой и напоминает простой раствор натрия хлорида. В первичную мочу не проходят белки с большой молекулярной массой и вещества, связанные с белками.

Количество первичной мочи — примерно 150-200 литров в сутки. Из капсулы эта моча

поступает в почечные канальцы, и здесь через их стенку большая часть воды и растворенных в ней веществ возвращается обратно в кровь. Этот процесс называется реабсорбцией.

На последних участках почечных канальцев продукты обмена веществ, которые должны быть удалены (например, лекарственные препараты, аммиак, некоторые ионы и пр.), переносятся из крови в мочу. Этот процесс называется секрецией.

Механизм действия большинства диуретиков связано со снижением реабсорбции натрия. В результате натрия в почечных канальцах оказывается больше, а натрий тянет за собой воду, и диурез усиливается.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРЕПАРАТА

Диуретический эффект препарата напрямую зависит от его способности выводить натрий. Наибольшая часть этого элемента реабсорбируется в проксимальном канальце и в петле Генле, поэтому лидеры по мочегонному эффекту — это петлевые диуретики.

Индапамид относится к группе — тиазидные и тиазидоподобные диуретики. Он блокирует переносчик натрия и хлора (симпорт $\text{Na}^+ - \text{Cl}^-$).

Индапамид подавляет реабсорбцию натрия дальше от нефрона, чем петлевые, поэтому у него мочегонное действие не такое сильное, как у фуросемида и торасемида. Но при этом индапамид особенно хорошо работает у лиц пожилого и старческого возраста. У некоторых больных он лучше снижает давление, чем бета-блокаторы или ингибиторы АПФ. Среди мочегонных средств индапамид считается золотым стандартом лечения гипертонической болезни (ГБ).

Его действие длится около суток. Диуретический эффект мягкий и в большинстве случаев не влияет на качество жизни, особенно, если это индапамид ретард. Дополнительно оказывает прямое сосудорасширяющее действие за счет того, что является слабым антагонистом кальция [2,4,7]. Это означает, что он замедляет проникновение кальция в гладкомышечные волокна артерий и вызывает их расслабление.

Помимо мочегонного эффекта, индапамид уменьшает гипертрофию левого желудочка у пациентов с гипертонической болезнью [1, 6, 9]. Гипертрофия левого желудочка — это увеличение его мышечной массы. Гипертрофированный миокард требует больше кислорода, а коронарные сосуды не могут обеспечить возросшую потребность. Нарушается сократительная способность левого желудочка, возникают стенокардия, аритмия, сердечная недостаточность. Уменьшая гипертрофию левого желудочка, индапамид снижает риск инфаркта, инсульта, смерти.

Улучшает эластичность крупных артерий. Его, правда, соблюдая осторожность, но можно назначать при нарушениях липидного и углеводного обмена (атеросклероз, диабет и т.д.).

Индапамид имеет конечный период полувыведения от 14 до 16 час. и эффективно снижает АД в течение суток. Начальная доза составляет 1,25 мг один раз в сутки в течение 4-х недель, затем при необходимости суточные 2,5 мг. Принимается обычно один раз в день, утром, т.к. при приеме на ночь может возникнуть потребность частого просыпания из-за позывов к мочеиспусканию.

На настоящий момент зарегистрировано 71 наименование лекарственных препаратов, содержащих индапамид. Из них преобладают монопрепараты (48 ТН), а остальные содержат комбинацию индапамид с другими ЛВ (чаще всего периндоприл, лизиноприл, амло-

дипин, розувастатин и др.). Наиболее известные ТН, содержащие индапамид: Арифон, Арифон ретард, Индапамид/Веро-Индапамид/Индапамид МВ Штада/ Индапамид-Верте/Индапамид ретард, Индап, Энзикс, Нолипрел, Акрипамид/Акрипамид ретард, Ретапрес и т.д.

Ретардированные формы индапамида обладают существенным преимуществом перед формами с немедленным высвобождением, а именно ЛВ постепенно, непрерывно высвобождается в течение всего дня. Если максимальная концентрация обычного индапамида достигается в крови через 2 часа после приема, то в пролонгированной форме — в течение 12-ти. В итоге обеспечивается стабильная концентрация ЛВ и стабильный уровень АД на протяжении суток. Такие свойства позволили уменьшить дозировку с 2,5 мг до 1,5 мг. У ретардированных ЛП наблюдается меньше побочных эффектов и лучшая переносимость. Они особенно эффективно снижают высокое систолическое давление.

ЛЕКАРСТВЕННЫЕ ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ

В настоящее время известно около 426 лекарственных веществ, с которыми описано взаимодействие индапамида. Из них около 13 являются потенциально опасными и важными, которые требуют повышенного контроля при назначении и отпуске препаратов. Например, совместный прием с *амиодароном* или *дронедароном* может вызывать дозозависимое удлинение интервала QT. Одновременное применение с лекарствами, которые могут вызывать гипокалиемию и/или гипوماгниемию (тот же



амфотерицин В, слабительные средства и т.д.), может привести к повышенному риску желудочковых аритмий, включая желудочковую тахикардию по типу «пируэт». Аналогичный результат взаимодействия индапамида с фенотиазинами, трициклическими антидепрессантами, некоторыми бензодиазепинами, опиатами или алкоголем.

При приеме алкоголя в период терапии индапамидом может дополнительно снижаться АД. Пациент обычно может испытывать головную боль, головокружение, предобморочное состояние, обмороки и/или частоты сердечных сокращений. Эти побочные эффекты чаще всего наблюдаются в начале лечения, после увеличения дозы или при возобновлении лечения после перерыва.

Межлекарственные взаимодействия бывают не только опасными, но рациональными. Так называемая тройная терапия, в которую входит индапамид в сочетании с *периндоприлом* и *амлодипином*, эффективно снижает АД у пациентов с гипертонией, не контролируемой одним или двумя ЛП, в т.ч. с сахарным диабетом 2 типа (СД2), ожирением и/или метаболическим синдромом. Данная комбинация обладает взаимодополняющими фармакологическими действиями и хорошей фармакокинетической совместимостью. В сочетании они вызывают синергетическое увеличение антигипертензивной эффективности [3, 5, 8, 10-11].

ОСНОВНЫЕ ПОБОЧНЫЕ ЭФФЕКТЫ

Большинство неблагоприятных побочных эффектов являются легкими и проходящими.

Самыми частыми побочными эффектами индапамида являются головокружение или головная боль (~5% пациентов). Метаболические нарушения встречаются часто, но редко бывают клинически значимыми, например, обезвоживание и электролитный дисбаланс.

В случаях проявления пациентам следует рекомендовать немедленно сообщать о признаках и симптомах дисбаланса жидкости или электролитов, будь то сухость во рту, жажда, слабость, вялость, сонливость, беспокойство, мышечные боли или судороги, гипотензия, олигурия, тахикардия, аритмия или расстройства ЖКТ, такие

как тошнота и рвота. О клинически значимой гипокалиемии сообщается только у 1% и 3% пациентов, получающих 2,5 и 5,0 мг/сут. соответственно.

Желудочно-кишечные побочные эффекты включают диспепсию, запор, диарею, метеоризм и сухость во рту менее чем у 5% пациентов.

Индапамид может быть неэффективен у пациентов с нарушением функции почек из-за низкой скорости клубочковой фильтрации. Терапию следует проводить с осторожностью в сниженных дозах у пациентов с почечной недостаточностью. Если почечная функция постепенно ухудшается, о чем свидетельствует повышение уровня мочевины или креатинина в сыворотке, следует принять решение о прерывании/прекращении терапии.

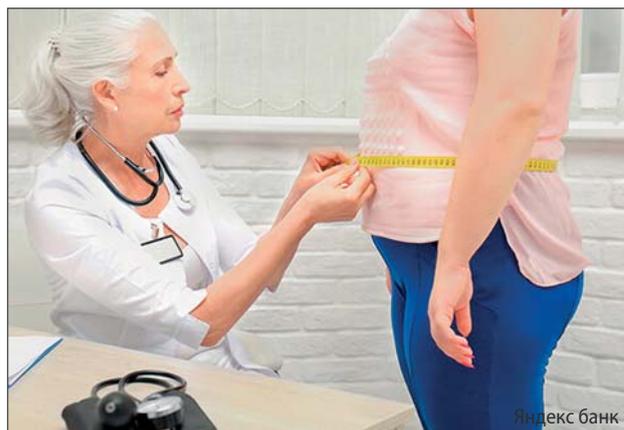
Рекомендуется немедленно прекратить терапию при появлении признаков печеночной комы (например, тремор, спутанность сознания и усиление желтухи) при применении у больных с прогрессирующим заболеванием печени или нарушением ее функций.

Кроме того, индапамид следует с осторожностью применять пациентам с бронхиальной астмой в анамнезе, так как возможны реакции чувствительности.

Индапамид вызывает удлинение интервала QT и желудочковую тахикардию типа «пируэт».

Индапамид может стать причиной незначительной гипергликемии и глюкозурии у больных сахарным диабетом. Пациенты с сахарным диабетом должны находиться под более тщательным наблюдением во время терапии и соответствующим образом следить и корректировать уровень глюкозы.

Применение индапамида противопоказано больным с анурией и гиперчувствительностью.



И ЭТО ВСЕ О НЕМ

Вообще индапамид является эффективным относительно безопасным ЛП в лечении гипертонической болезни и усиливает эффективность других антигипертензивных ЛС. Особенно хорошо он себя проявил в комбинации с ингибиторами АПФ и сартанами. Диуретический эффект мягкий и в большинстве случаев не влияет на качество жизни, особенно если это индапамид ретард, а действие длится 24-часовой период.

РЕКОМЕНДАЦИИ ФАРМАЦЕВТУ

Роль фармацевтического работника очень важна, т.к. после врача он является основным

консультантом по рациональному применению лекарственных препаратов. По вопросу индапамида стоит отметить, что принимать его нужно длительно, даже если пациент чувствует себя хорошо. Большинство людей с высоким АД не чувствуют себя больными. Может пройти до нескольких недель, прежде чем они ощутят пользу от приема этого препарата. Кроме того, увеличение дозы не приведет к усилению терапевтического эффекта, а только лишь побочных эффектов будет больше. И задача фармацевтического работника — это развить приверженность к фармакотерапии, указав на особенности при применении данного препарата.

Список литературы:

1. Chillon J. M., Baumbach G. L. Effects of indapamide, a thiazide-like diuretic, on structure of cerebral arterioles in hypertensive rats //Hypertension. – 2004. – Т. 43. – №. 5. – С. 1092-1097.
2. Del Rio M. et al. Effects of indapamide on contractile responses and 45Ca^{2+} movements in various isolated blood vessels //European journal of pharmacology. – 1993. – Т. 250. – №. 1. – С. 133-139.
3. Dezi C. A. et al. Effectiveness of perindopril/indapamide single-pill combination in uncontrolled patients with hypertension: a pooled analysis of the FORTISSIMO, FORSAGE, ACES and PICASSO observational studies //Advances in Therapy. – 2021. – Т. 38. – №. 1. – С. 479-494.
4. Duarte J. D., Cooper-DeHoff R. M. Mechanisms for blood pressure lowering and metabolic effects of thiazide and thiazide-like diuretics //Expert review of cardiovascular therapy. – 2010. – Т. 8. – №. 6. – С. 793-802.
5. Farsang C. et al. Beneficial effects of a perindopril/indapamide single-pill combination in hypertensive patients with diabetes and/or obesity or metabolic syndrome: a post hoc pooled analysis of four observational studies //Advances in therapy. – 2021. – Т. 38. – №. 4. – С. 1776-1790.
6. Mazza A. et al. Long-term effect of the perindopril/indapamide/amlodipine single-pill combination on left ventricular hypertrophy in outpatient hypertensive subjects //Biomedicine & Pharmacotherapy. – 2019. – Т. 120. – С. 109539.
7. Mironneau J., Savineau J. P., Mironneau C. Compared effects of indapamide, hydrochlorothiazide and chlorthalidone on electrical and mechanical activities in vascular smooth muscle //European journal of pharmacology. – 1981. – Т. 75. – №. 2-3. – С. 109-113.
8. Páll D., Szántó I., Szabó Z. Triple combination therapy in hypertension: the antihypertensive efficacy of treatment with perindopril, amlodipine, and indapamide SR //Clinical drug investigation. – 2014. – Т. 34. – №. 10. – С. 701-708.
9. Senior, R., et al. «Indapamide reduces hypertensive left ventricular hypertrophy: an international multicenter study». Journal of cardiovascular pharmacology 22 (1993): S106-10.
10. Syed Y. Y. Perindopril/Indapamide/Amlodipine in Hypertension: A Profile of Its Use //American Journal of Cardiovascular Drugs. – 2022. – С. 1-12.
11. Tóth K. Antihypertensive efficacy of triple combination perindopril/indapamide plus amlodipine in high-risk hypertensives: results of the PIANIST study (Perindopril-Indapamide plus Amlodipine in high risk hypertensive patients) //American Journal of Cardiovascular Drugs. – 2014. – Т. 14. – №. 2. – С. 137-145.



ВОПРОС — ОТВЕТ СПЕЦИАЛИСТОВ

Организация оптовой торговли закупает у производителя фармацевтическую субстанцию спирта этилового для производства лекарственных средств.

Возможна ли дальнейшая реализация фармацевтической субстанции спирта этилового сторонним организациям? В случае если допускается дальнейшая реализация, то существуют ли ограничения по объему тары, в которой осуществляется реализация фармацевтической субстанции спирта этилового? Необходимо ли отразить информацию о реализации фармацевтической субстанции спирта этилового в единой государственной автоматизированной информационной системе? Какую дополнительную отчетность обязана сдать организация?

Рассмотрев вопрос, мы пришли к следующему выводу:

Дальнейшая реализация, по нашему мнению, невозможна.

ОБОСНОВАНИЕ ВЫВОДА:

Согласно ч. 2 ст. 53 Федерального закона от 12.04.2010 №61-ФЗ «Об обращении лекарственных средств» (далее — Закон №61) организации оптовой торговли лекарственными средствами не вправе осуществлять продажу (передачу в установленном законодательством Российской Федерации порядке) фармацевтической субстанции спирта этилового (этанола).

В настоящее время только производители фармацевтической субстанции спирта этилового (этанола) могут осуществлять реализацию фармацевтической субстанции спирта

этилового (этанола) производителям лекарственных средств для производства лекарственных средств, производителям (изготовителям) медицинских изделий для производства и изготовления медицинских изделий (ч. 9 ст. 45 Закона №61).

Реализация (передача в установленном законодательством Российской Федерации порядке) фармацевтической субстанции спирта этилового (этанола) организациям оптовой торговли (в том числе для последующей перепродажи) не допускается.

Сулейманов Марат, эксперт, к.ю.н



Яндекс банк

ВОПРОС — ОТВЕТ СПЕЦИАЛИСТОВ

Контракт заключен по результатам аукциона по Федеральному закону от 05.04.2013 №44-ФЗ на поставку медикаментов, срок поставки — 14 рабочих дней с момента заключения контракта, частичная приемка не предусмотрена. Поставщик не имеет возможности поставить весь товар, просит принять частично (примерно 98% от общего объема), невозможность поставки только одного лекарственного препарата обуславливают тем, что его нет на рынке.

Может ли заказчик принять и оплатить товар и подписать соглашение о расторжении контракта, уменьшив сумму контракта? Установлена какая-либо ответственность в данной ситуации?

Рассмотрев вопрос, мы пришли к следующему выводу:

Заказчик вправе принять решение о расторжении контракта по соглашению сторон.

ОБОСНОВАНИЕ ВЫВОДА:

Частью 8 ст. 95 Федерального закона от 05.04.2013 №44-ФЗ «О контрактной системе в сфере закупок товаров, работ, услуг для обеспечения государственных и муниципальных нужд» (далее — Закон №44) предусмотрено, что расторжение контракта допускается по соглашению сторон, по решению суда, в случае одностороннего отказа стороны контракта от исполнения контракта в соответствии с гражданским законодательством. Это правило соотносится с п. 1 ст. 450 ГК РФ, на положениях которого в том числе основывается Закон №44 (ч. 1 ст. 2 Закона №44), согласно которому изменение и расторжение договора возможны по соглашению сторон, если иное не предусмотрено ГК РФ, другими законами или договором.

В то же время в соответствии с ч. 9 ст. 95 Закона №44 заказчик может отказаться от исполнения контракта, если соответствующее основание для отказа предусмотрено гражданским законодательством в отношении конкретного вида договора и если возможность отказа предусмотрена самим контрактом. Так, в пп. 1 и 2 ст. 523 ГК РФ предусмотрено, что односторонний отказ от исполнения договора поставки (полностью или частично) или одностороннее его изменение допускаются в случае существенного нарушения договора одной из сторон (абз. 4 п. 2

ст. 450 ГК РФ). В пп. 2 и 3 ст. 523 ГК РФ приведен перечень случаев, когда нарушение договора поставки предполагается существенным. В частности, к указанным случаям относятся случаи неоднократного нарушения сроков поставки товаров.

Как видим, нарушение поставщиком сроков поставки товаров дает заказчику право на отказ от исполнения контракта, предметом которого является поставка, если право заказчика на односторонний отказ от исполнения контракта предусмотрено его условиями.

Некоторые представители контролирующих органов приходят к выводу о том, что заказчик не вправе заключить соглашение о расторжении контракта, если он обязан расторгнуть контракт в одностороннем порядке (решение Карельского УФАС России от 15.01.2018 №04-17/88-2017). На наш взгляд, такая позиция не основана на законе, поскольку возможность заключить соответствующее соглашение не поставлена законом в зависимость от того, выполнялись ли обязательства по контракту надлежащим образом и не имеется ли у сторон контракта обязательств по уплате неустойки в связи с ненадлежащим исполнением условий контракта. Также ч. 9 ст. 95 Закона №44 указывает на наличие у заказчика права, но не обязанности принять решение об одностороннем

отказе от исполнения контракта. К аналогичному выводу приходят и суды (постановление Тринадцатого арбитражного апелляционного суда от 01.02.2017 №13АП-27164/16). Кроме этого, отметим, что в соответствии с п. 1 ст. 9 ГК РФ граждане и юридические лица по своему усмотрению осуществляют принадлежащие им гражданские права.

Поэтому мы полагаем, что в рассматриваемой ситуации контракт может быть расторгнут по соглашению сторон. Указанным способом контракт может быть расторгнут в любое время без дополнительных обоснований (письма Минэкономразвития РФ от 10.02.2015 №Д28и-175, от 29.01.2015 №Д28и-186, от 18.12.2014 №Д28и-2834, от 11.12.2014 №Д28и-2815). Какой-либо ответственности для заказчика или его должностных лиц за расторжение контракта, заключенного с контрагентом, ненадлежащим образом исполняющим обязательства по контракту, по соглашению сторон закон не предусматривает. Напомним, что в этом случае заказчик вправе (но не обязан), не проводя новую процедуру определения контрагента, заключить контракт с участником аукциона, заявке которого присвоен второй номер (ч. 17.1 ст. 95 Закона №44).

Таким образом, так как в данном случае стороны не могут исполнить контракт на тех условиях, которые в нем установлены, и основания для внесения изменений в контракт отсутствуют, в целях мирного урегулирования данной ситуации заказчик вправе принять решение о расторжении контракта по соглашению сторон, оплатив лишь фактически поставленное количество товаров. Требования к форме и содержанию такого решения не установлены. В связи с тем, что у заказчика осталась потребность в товаре, заказчик вправе провести новую закупку на оставшуюся часть товара или заключить контракт с участником закупки, заявке которого присвоен второй номер.

В заключение отметим, что контролирующие органы могут исходить из принципов закупки, закрепленных в ст. 6 Закона №44, среди которых

в том числе поименован принцип ответственности за результативность обеспечения государственных и муниципальных нужд, эффективности осуществления закупок. Так, в судебной практике представлен подход, согласно которому отступление от принципов, изложенных в ст. 6 Закона №44, при осуществлении закупки возможно при наличии внезапных, чрезвычайных и непредотвратимых обстоятельств, но требует убедительных доказательств их внезапности, чрезвычайности и непредотвратимости (см. постановление Арбитражного суда Уральского округа от 06.02.2019 №Ф09-8477/18 по делу №А76-30210/2016, решение Верховного Суда Республики Хакасия от 24.05.2017 по делу №7р-107/2017).

Соответственно, в случае если потребность в товаре не отпала и поставщик не может доказать внезапность, чрезвычайность наступления указанных в вопросе обстоятельств, последующая закупка этого же товара, но по цене, превышающей стоимость, указанную в расторгнутом контракте, не будет соответствовать принципу эффективности закупок. Однако оценить риски привлечения заказчика к ответственности за несоблюдение данного принципа в рамках данной консультации мы не можем.

К сведению:

В связи с расторжением контракта по соглашению сторон заказчик не утрачивает права на взыскание с поставщика суммы неустойки за допущенную последним в период действия контракта просрочку исполнения. Это связано с тем, что договор и возникшие из него обязательства, включая обязательства по выплате санкций за ненадлежащее исполнение договора, в соответствии с п. 3 ст. 453 ГК РФ прекращаются лишь на будущее время (п. 1 информационного письма Президиума ВАС РФ от 21.12.2005 №104), а окончание срока действия договора не освобождает стороны от ответственности за его нарушение, допущенное до момента расторжения этого договора (п. 4 ст. 425 ГК РФ, п. 3 постановления Пленума ВАС РФ от 06.06.2014 №35).

Верхова Надежда, эксперт



ВОПРОС — ОТВЕТ СПЕЦИАЛИСТОВ

Онкологический пациент просит назначить ему лекарственный препарат, зарегистрированный на территории РФ, но не включенный в перечень жизненно важных лекарственных средств и клинические рекомендации по профилю заболевания. Пациенту назначается лекарственный препарат, который указан в клинических рекомендациях. Препарат очень дорогостоящий, поэтому медицинское учреждение не может его назначить. Иных подходящих пациенту схем лечения, предусмотренных клиническими рекомендациями, нет, уже все перепробовали. Правомерен ли отказ со стороны медицинской организации в назначении лекарственного препарата, который просит назначить пациент?

Рассмотрев вопрос, мы пришли к следующему выводу:

Медицинская организация, решая вопрос о назначении пациенту того или иного лекарственного средства или, наоборот, отказывая в его назначении, не может руководствоваться таким критерием, как стоимость препарата. В данном случае следует исходить, в частности, из жизненных показаний и необходимости спорного лекарства конкретному пациенту. Вопрос о назначении лекарства решается врачебной комиссией медицинской организации, в которой проходит лечение пациент.

ОБОСНОВАНИЕ ВЫВОДА:

1. По общему правилу медицинская помощь, за исключением медицинской помощи, оказываемой в рамках клинической апробации, организуется и оказывается, в том числе на основе клинических рекомендаций и с учетом стандартов медицинской помощи, утверждаемых уполномоченным федеральным органом исполнительной власти (п. 3, п. 4 ч. 1 ст. 37 Федерального закона от 21.11.2011 №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», далее — Закон №323). Назначение и применение лекарственных препаратов, медицинских изделий и специализированных продуктов лечебного питания, не входящих в соответствующий стандарт медицинской помощи или не предусмотренных соответствующей клинической рекомендацией, допускаются в случае наличия медицинских показаний (индивидуальной непереносимости, по жизненным показаниям) по решению врачебной комиссии (ч. 15 ст. 37 Закона №323), действующей в соответствии с Порядком создания и деятельности врачебной комиссии медицинской организации, утвержденным приказом Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 05.05.2012 №502н.

По нашему мнению, поскольку, как следует из условий вопроса, пациент не отвечает на лечение лекарственными препаратами, назначенными в рамках установленных стандартов медицинской помощи, то есть фактически имеются жизненные показания к иному лечению (иными лекарственными средствами), у медицинской организации, в которой он проходит лечение, есть основания для создания врачебной комиссии и решения вопроса о наличии медицинских показаний для назначения лекарственного препарата, который может способствовать появлению положительной динамики.

2. Частью 1 ст. 41 Конституции РФ установлено, что каждый имеет право на охрану здоровья и медицинскую помощь. Медицинская помощь в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения оказывается гражданам бесплатно за счет средств соответствующего бюджета, страховых взносов, других поступлений. Аналогичное правило закреплено и в ч. 2 ст. 19 Закона №323.

Постановлением Правительства РФ от 30.07.1994 №890 «О государственной поддержке развития медицинской промышленности и улучшении обеспечения населения

и учреждений здравоохранения лекарственными средствами и изделиями медицинского назначения» (далее — ПП №890) утвержден Перечень групп населения и категорий заболеваний, при амбулаторном лечении которых лекарственные средства и изделия медицинского назначения отпускаются по рецептам врачей бесплатно. В этот перечень включены и онкологические заболевания, при лечении которых пациенты имеют право на бесплатное обеспечение всеми предназначенными для этого лекарственными средствами без каких-либо исключений (не только включенными в Перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов или содержащимися в клинических рекомендациях или стандартах медицинской помощи).

Из п. 4 ПП №890 следует, что на органы исполнительной власти субъектов Российской Федерации возлагается обязанность своевременно обеспечивать оплату лекарственных средств и изделий медицинского назначения, отпускаемых в установленном порядке населению по рецептам врачей бесплатно или со скидкой.

Таким образом, стоимость назначаемого препарата в рассматриваемом случае не может приниматься во внимание, поскольку:

а) онкологический пациент во время лечения основного заболевания имеет право на обеспечение всеми лекарственными препаратами без каких-то исключений, в том числе и теми, которые были назначены ему решением врачебной комиссии, независимо от его закупочной стоимости;

б) медицинская организация не приобретает лекарственные средства за свой счет, лекарственное обеспечение осуществляется за счет средств соответствующего бюджета.

Предлагаем также ознакомиться с решением Октябрьского районного суда г. Белгорода Белгородской области от 21 июля 2017 г. по делу №2-2566/2017; определением СК по гражданским делам Верховного Суда РФ от 10 сентября 2018 г. №57-КГ18-13; апелляционным определением СК по гражданским делам Белгородского областного суда от 31 октября 2017 г. по делу №33-5163/2017.

Рижская Мария, эксперт

Материал предоставлен службой
Правового консалтинга ГАРАНТ www.garant.ru





Яндекс банк

СТАНДАРТЫ GMP ВАЖНЕЕ САНКЦИЙ И ПОЛИТИКИ

В текущей ситуации нашей стране важно развивать фармацевтическую отрасль таким образом, чтобы она меньше зависела от импортного сырья и оборудования. При этом в центре внимания всегда должен быть пациент, а значит, нельзя допускать не только дефицита, но и падения качества лекарств. Для этого важно соблюдать стандарты GMP, несмотря на все трудности, с которыми наши производители успешно справляются.

ТРУДНОСТИ — ВРЕМЕННЫЕ, КАЧЕСТВО — ПОСТОЯННОЕ

По словам директора ФБУ «ГИЛС и НП» Минпромторга России **Владислава Шестакова**, за последние несколько лет отечественная фармотрасль совершила качественный скачок в своем развитии, и очень многое для ее поддержки сделало государство, например, разработало программу «Фарма-2020», а также ряд законодательных инициатив, дающих определенные преференции промышленности. За время пандемии у нас появился опыт принятия серьезных решений в сжатые сроки. Сейчас это дает отрасли возможность быстро ориентироваться в ситуации и оперативно решать возникшие задачи. Сильную фармпромышленность в нынешних



Шестаков В.

последние несколько лет отечественная фармотрасль совершила качественный скачок в своем развитии, и очень многое для ее поддержки сделало государство, например, разработало программу «Фарма-2020», а также ряд законодательных инициатив, дающих определенные преференции промышленности. За время пандемии у нас появился опыт принятия серьезных решений в сжатые сроки. Сейчас это дает отрасли возможность быстро ориентироваться в ситуации и оперативно решать возникшие задачи. Сильную фармпромышленность в нынешних

условиях невозможно представить без надлежащих производственных практик. Сейчас страны-члены ЕАЭС выстроили систему контроля качества, основываясь на национальном законодательстве и огромном опыте инспекторов. В.Г. Шестаков уверен, что регуляторика должна быть дорогой с двухсторонним движением: с одной — отрасль выходит с инициативами по совершенствованию правил и стандартов, с другой стороны, ведомства на основе этих инициатив прорабатывают механизмы их реализации и встраивания в регуляторную систему страны. Также ведомствам нужно объединяться для прослеживаемости системы контроля на всех этапах жизненного цикла лекарств. Самые важные задачи на сегодня — импортозамещение, развитие инноваций и кооперация с научными центрами, а также налаживание связей со странами-членами ЕАЭС и дружественными государствами. Вице-президент по развитию бизнеса АО «Фармасинтез» **Наталья Малых** считает, что у российских препаратов высокие перспективы выхода на международные рынки. Этому

условиях невозможно представить без надлежащих производственных практик. Сейчас страны-члены ЕАЭС выстроили систему контроля качества, основываясь на национальном законодательстве и огромном опыте инспекторов. В.Г. Шестаков уверен, что регуляторика должна быть дорогой с двухсторонним движением: с одной — отрасль выходит с инициативами по совершенствованию правил и стандартов, с другой стороны, ведомства на основе этих инициатив прорабатывают механизмы их реализации и встраивания в регуляторную систему страны. Также ведомствам нужно объединяться для прослеживаемости системы контроля на всех этапах жизненного цикла лекарств. Самые важные задачи на сегодня — импортозамещение, развитие инноваций и кооперация с научными центрами, а также налаживание связей со странами-членами ЕАЭС и дружественными государствами. Вице-президент по развитию бизнеса АО «Фармасинтез» **Наталья Малых** считает, что у российских препаратов высокие перспективы выхода на международные рынки. Этому

условиях невозможно представить без надлежащих производственных практик. Сейчас страны-члены ЕАЭС выстроили систему контроля качества, основываясь на национальном законодательстве и огромном опыте инспекторов. В.Г. Шестаков уверен, что регуляторика должна быть дорогой с двухсторонним движением: с одной — отрасль выходит с инициативами по совершенствованию правил и стандартов, с другой стороны, ведомства на основе этих инициатив прорабатывают механизмы их реализации и встраивания в регуляторную систему страны. Также ведомствам нужно объединяться для прослеживаемости системы контроля на всех этапах жизненного цикла лекарств. Самые важные задачи на сегодня — импортозамещение, развитие инноваций и кооперация с научными центрами, а также налаживание связей со странами-членами ЕАЭС и дружественными государствами. Вице-президент по развитию бизнеса АО «Фармасинтез» **Наталья Малых** считает, что у российских препаратов высокие перспективы выхода на международные рынки. Этому

условиях невозможно представить без надлежащих производственных практик. Сейчас страны-члены ЕАЭС выстроили систему контроля качества, основываясь на национальном законодательстве и огромном опыте инспекторов. В.Г. Шестаков уверен, что регуляторика должна быть дорогой с двухсторонним движением: с одной — отрасль выходит с инициативами по совершенствованию правил и стандартов, с другой стороны, ведомства на основе этих инициатив прорабатывают механизмы их реализации и встраивания в регуляторную систему страны. Также ведомствам нужно объединяться для прослеживаемости системы контроля на всех этапах жизненного цикла лекарств. Самые важные задачи на сегодня — импортозамещение, развитие инноваций и кооперация с научными центрами, а также налаживание связей со странами-членами ЕАЭС и дружественными государствами. Вице-президент по развитию бизнеса АО «Фармасинтез» **Наталья Малых** считает, что у российских препаратов высокие перспективы выхода на международные рынки. Этому

условиях невозможно представить без надлежащих производственных практик. Сейчас страны-члены ЕАЭС выстроили систему контроля качества, основываясь на национальном законодательстве и огромном опыте инспекторов. В.Г. Шестаков уверен, что регуляторика должна быть дорогой с двухсторонним движением: с одной — отрасль выходит с инициативами по совершенствованию правил и стандартов, с другой стороны, ведомства на основе этих инициатив прорабатывают механизмы их реализации и встраивания в регуляторную систему страны. Также ведомствам нужно объединяться для прослеживаемости системы контроля на всех этапах жизненного цикла лекарств. Самые важные задачи на сегодня — импортозамещение, развитие инноваций и кооперация с научными центрами, а также налаживание связей со странами-членами ЕАЭС и дружественными государствами. Вице-президент по развитию бизнеса АО «Фармасинтез» **Наталья Малых** считает, что у российских препаратов высокие перспективы выхода на международные рынки. Этому



Малых Н.

способствует гармонизация правил GMP ЕАЭС с международными стандартами. По ее мнению, инспекторат Минпромторга не уступает по своей квалификации международному инспекторату. Важно и то, что его сотрудники не просто проводят проверку, а консультируют произ-

водителя, помогают ему найти правильные варианты для решения проблем, связанных с производством. Это стимулирует отечественных производителей устанавливать более высокую планку для соответствия своего производства правилам GMP и удерживать ее. Производители, не соответствующие таким жестким стандартам, рано или поздно станут неконкурентоспособными и уйдут с рынка, и на нем останутся сильные игроки, которым интересно работать не только в России, но и на новых рынках.

Вторая предпосылка успеха отечественных лекарств на иностранных рынках — фармацевтическая разработка. Программа «Фарма-2020» заставила наших производителей повысить качество фармацевтических разработок. В частности, начали использоваться международные стандарты ИСН, а качество регистрационных досье и их наполняемость значительно повысились.

Заместитель директора Департамента развития фарм-и медпрома Минпромторга России **Елена Денисова** полагает, что сейчас важно



Денисова Е.

развивать межотраслевое взаимодействие. Это позволит избежать дефицита необходимых для производства лекарств компонентов, оборудования и упаковки. Например, возникли проблемы со стеклом для инъекционных препаратов, поскольку прекратились поставки трубок для

производства ампул, а при переходе на другое стекло возникают проблемы с качеством

продукта. Поэтому необходимо развивать производство малотоннажной химии, интермедиатов и расходных средств, к примеру, сред и реактивов, а не только субстанций и ГЛФ. Важно не только произвести препарат, но и проконтролировать его качество, а для этого требуются реактивы и стандартные образцы, большая часть которых импортные.

Е.В. Денисова также напоминает о появлении в законодательстве новой формы взаимодействия между производителем и регулятором — профилактическом визите. В отличие от проверки, он не имеет регуляторных последствий, но зато позволяет регулятору общаться с отраслью, а производителям — не допускать нарушений в работе и при проверках.

ДЕЛИМСЯ ОПЫТОМ С ДРУЗЬЯМИ

Дружественные государства, в числе которых много развивающихся стран, совершенствуют механизмы производства и вывода лекарств на рынок, стараясь соответствовать стандартам GMP. Для этого ведется поэтапная работа с учетом всех нюансов, как, например, в Индии.

Заместитель инспектора лекарственных средств Центральной организации по контролю за соответствием лекарственных средств стандартам **Правин Джагтап** рассказывает, что регулирование осуществляется на всех стадиях — от разработки НИОКР до производства лекарств и вывода на рынок. Подход к нему основывается на жизненном цикле продукции. На этапе разработки НИОКР подготавливается документация для проведения процедуры отбора первичных материалов. На этой стадии проверяется возможность осуществления данной разработки и проводятся множественные коммуникации в области разработки лекарств. Документы подготавливаются в форме фармацевтических лабораторных докладов руководств.

Далее выпускается партия препарата для клинических испытаний, и здесь объем надлежащих практик возрастает. На первом уровне испытаний осуществляется процесс валидации, затем разрабатывается жизненный цикл препарата и проводится его подтверждение. После успешного завершения данного этапа начинается масштабирование препарата и его последующий переход в массовое производство. Здесь

также обеспечиваются стандарты надлежащих производственных практик. Важен выбор производителя, материалов, трансфер производственных процессов и валидация очистки. На основании выработанных требований выдаются лицензии на производство лекарств.

Отметим, что Индия — основной поставщик субстанций и интермедиатов в Россию, а отечественные компании, в свою очередь, стремятся выйти на индийский рынок.

Представители дружественных государств отмечают плодотворное сотрудничество с нашей страной в области здравоохранения и фармацевтики. Например, заместитель директора по контролю и экспертизе Национального агентства по фармацевтическим продуктам (Алжир) **Хэреш Амель** подчеркивает, что страна придает большое значение контактам с российской

фармотраслью, и в настоящее время ведется работа по ряду совместных проектов.

Обмен опытом позволяет развивать собственное производство и обеспечивать соблюдение стандартов GMP. Так, министр здравоохранения Республики Никарагуа **Марта Рейс** отмечает, что российские специалисты помогли обеспечить страну вакциной против COVID-19, обучить персонал разрабатывать и использовать ее. Такая работа позволила привить большую часть населения и обеспечить доступную цену вакцины для потребителя. Кроме того, наши специалисты учат коллег из Республики Никарагуа проводить экспертизы и производить лекарства.

По материалам пленарного заседания «Международное взаимодействие в сфере надлежащих практик в современных геополитических условиях» в рамках VII Всероссийской GMP-конференции

Ирина ОБУХОВА



А.Л. Кедрин: ВАЖЕН ДЕТАЛЬНЫЙ ДИАЛОГ РЕГУЛЯТОРА И ФАРМПРОМА

2022 год — юбилейный для Ассоциации фармацевтических производителей Евразийского экономического союза. За десятилетие работы пройден большой путь — объединение участвовало в обсуждении практически всех значимых инициатив по развитию фармацевтической отрасли. А сегодня эксперты ассоциации обращают внимание на серьезный риск: чтобы защитить пациента от возможной дефектуры лекарственных средств, имеющихся механизмов явно недостаточно. Необходима их корректировка либо разработка новых инструментов поддержки. Ряд предложений по таким инструментам АФП ЕАЭС направила в регуляторные органы.

Каковы наиболее острые проблемы на сегодняшнем этапе развития фармпромышленности? Что должна включать в себя программа «Фарма-2030»? Какие направления наиболее перспективны в аспекте национальной лекарственной безопасности?

МА пообщались с Председателем Правления АФП ЕАЭС **Алексеем Кедриним**.

Алексей Леонидович, на Ваш взгляд, на какие направления в реализации программы «Фарма-2030» сегодня нужно обратить внимание в первую очередь?

Прежде всего отмечу: проекта программы «Фарма-2030», учитывающего сегодняшние условия, мы пока не видим. Документ был подготовлен по состоянию на конец прошлого года и должен был стать предметом обсуждения и дополнения для представителей фармотрасли. Данная рабочая дискуссия оказалась отложена (с учетом введения экономических санкций и возникших последствий). Скорее всего, сейчас предстоит «переформатировать» проект «Фармы-2030», и, по сути, речь пойдет о «Фарме-2030 2.0».

Что, на наш взгляд, должно быть в обновленной программе развития фармотрасли? В первую очередь, все те проекты, которые были включены в предшествующий вариант документа. А это фармсубстанции, стандартные образцы... Все перечисленные направления исключительно необходимы, но их одних, к сожалению, недостаточно.

И пока нет точного понимания того, какие другие направления в полной мере соответствовали бы сегодняшним реалиям. Ответ на поставленный вопрос очень важен.

Что Вы могли бы сказать о задачах по развитию производства инновационных препаратов?

Сейчас инновационных лекарств отечественного производства достаточно мало. И если мы хотим, чтобы в течение ближайших пяти лет у наших пациентов были доступные инновационные препараты, мы должны, как минимум, составить конкуренцию в указанном сегменте. А значит, нужно развивать это направление.

Еще раз подчеркну: содержание новой версии «Фармы-2030» пока неизвестно. Предполагаем только, что проект формируется этой осенью, а план реализации стратегии будет обсуждаться в течение следующего года. Если мы не ошибаемся, то хотели бы предложить включение в программу ряда конкретных проектов по развитию производства инновационных ЛС. Это должны быть четкие планы действий, а не только идеи.

Помните, что в «42 стратегических инициативах» поставлена задача: к 2024 году повысить эффективность производства инновационных препаратов таким образом, чтобы стоимость одного такого лекарства снизилась с 20 до 10 миллиардов рублей?

Сами стратегические инициативы принимались в конце 2021 года, то есть сравнительно недавно. Поэтому для достижения поставленной

цели — двукратно снизить стоимость создания инновационных ЛС — скачок должен быть гигантским.

Какие именно проекты могут обеспечить необходимый уровень эффективности?

Наверное, помимо тех направлений, о которых сегодня уже объявлено, важны задачи среднесрочного характера. Они должны быть ориентированы на обеспечение лекарственной безопасности и защиту интересов пациента во всех странах-членах ЕАЭС. А срок их выполнения не должен превышать ближайшие восемь лет.

Необходимо, чтобы до 2030 года на лекарственные рынки дальнего зарубежья попали до пятидесяти инновационных препаратов, произведенных в России и других странах-участницах Союза. Научный потенциал для данной задачи есть: она вполне реалистична. Если же мы считаем, что такое невозможно «в принципе», мы должны будем признать, что остаемся исключительно «дженериковой» страной. И если инновационные препараты в России будут в подавляющем большинстве зарубежные, то при любых экстренных изменениях о лекарственной безопасности говорить будет сложно.

Речь идет даже не о санкциях, а о причинах исключительно экономических, которые могут продиктовать «сворачивание» производства тем или иным зарубежным компаниям. Наша задача — предотвратить подобные сценарии в будущем.

Это и есть тот риск-ориентированный подход, важность которого не первый год подчеркивает регулятор. Для фармпрома он применяется пока не в полной мере: необходимо развивать внутреннее производство оригинальных препаратов и их производство «с прицелом» на зарубежные рынки. К сожалению, остается стойкое впечатление, что отраслевая дискуссия идет вокруг одних и тех же предложений. При этом действий, отвечающих современному миру, недостаточно. Такую ситуацию нужно оперативно менять.

У нас есть все возможности, чтобы обеспечить себя и стандартными образцами, и фарм-субстанциями для инновационных ЛС. Главное — правильный выбор и достаточность регуляторных механизмов поддержки, чтобы восстановление отечественной фармпромышленности

не ложилось только на плечи предприятий. Сами по себе ближайшие перспективы развития для данных направлений достаточно благоприятны. И эти хорошие шансы нельзя оставлять без внимания. Важно завершить дискуссии и перейти к практическим решениям.

Как оцениваете оперативные меры поддержки фармотрасли, принятые в этом году?

Считаю, что они нуждаются в корректировке. Да, решения об ускорении и упрощении процедуры перерегистрации цен, а также внесения изменений в регистрационные удостоверения препаратов на регуляторном уровне были приняты быстро. Это огромный плюс. Однако фактическая эффективность данных решений значительно ниже, чем предполагалось.

Условия жизни и работы сегодня преобразуются на глазах. Они будут быстро изменяться и в дальнейшем. Санкции — лишь очередная «волна влияния». А ведь есть еще пандемия и ряд других факторов. Эти «волны» будут продолжаться: таков наш век. Однако из ста случаев, когда предприятия подают документы на перерегистрацию цен (или на внесение изменений в досье препарата в связи с заменой субстанции), в срок рассматриваются менее пяти. Необходимо искать решения для того, чтобы предложенные инструменты могли заработать в полной мере.

Серьезная проблема для предприятий-производителей также — размер госпошлины за внесение изменений в регистрационное досье. С января этого года он составляет 500 тысяч рублей. В минувшем 2021 году наша ассоциация обращала внимание на риски данного решения. И когда, начиная с этой весны, фармацевтическим предприятиям понадобилось многократно



вносить изменения в регистрационные досье, негативные последствия стали ощутимы в полной мере.

Мы уже обращались к регуляторам с предложением отменить данное решение либо наложить мораторий на его применение.

Помимо вышеперечисленного, с какими проблемами столкнулась фармотрасль в 2022 году?

Наиболее серьезные изменения связаны с логистикой. Формально фармотрасль не подпадает под действие экономических санкций. При этом одним из последствий принятых санкций явился разрыв ранее созданных — и функционировавших много лет — логистических цепочек. Перевозки, страхование грузов... На практике мы получили то, что получили. Данная ситуация была одним из основных факторов, увеличивших риск дефектуры.

Второй фактор — резкое колебание цен. Вспомним, как скакал «курс» доллара и как сильно возросли опасения поставщиков насчет судьбы своих поставок. Они начали предлагать своим партнерам иные схемы сотрудничества (в аспекте оплаты), желая снизить риски, что также повлияло на себестоимость производства лекарств.

Эти два главных фактора должны были быть компенсированы как минимум механизмом перерегистрации цен. Но на практике ожидаемого результата, к сожалению, нет. Если недостаточно тех или иных ресурсов для оперативной обработки заявлений об изменении цены или изменениях регистрационного досье, важно искать дополнительные инструменты: упрощать процедуру, расширять штат ответственных за нее сотрудников и т.д.

Смогла ли уменьшить остроту вопроса с дефектурой лекарственных препаратов «Фарма-2020»?

Во многом да: в результате выполнения данной программы значительно вырос объем лекарств, производимых фармацевтическими компаниями не только России, но и других стран Евразийского союза. В значительной степени это произошло благодаря усилиям регуляторов, в первую очередь — Минпромторга, Минздрава, Минэкономразвития. Решение ряда задач важно продолжать и сегодня: сокращать период

оставания регуляторики от меняющейся действительности, скорректировать те модели финансирования фармпромышленности, которые в настоящее время работают не в полной мере, — и вновь обратить внимание на инновационные препараты. Данное направление было также намечено в «Фарме-2020». Оно могло стать более успешным. Важно проанализировать этот опыт и учесть его в процессе разработки будущей «Фармы-2030».

Следует продолжить решать и еще одну ключевую задачу — оперативное взаимодействие с регулятором. Площадки обсуждений важно поддерживать, и их должно быть много. Чем детальнее разговор между регулятором и индустрией, тем меньше рисков того, что в тот или иной момент пропадут лекарства.

Да, и в этом диалоге трудно переоценить роль профессиональных объединений. Расскажите подробнее о ближайших планах АФП ЕАЭС.

Детально рассказать пока не могу, но еще раз отмечу, что наши планы связаны с формированием треков для «Фармы-2030», а также с оценкой эффективности уже принятых мер. Еще одно направление — «патентная середина». Сегодня настало время для пересмотра подходов к выдаче патентов. К сожалению, нередко наблюдается ситуация, называемая «вечнозеленые патенты»: у ряда компаний условия для патентов меняются лишь формально, а суть формулы лекарства остается прежней. Они продолжают защищать свои патенты, при этом не позволяя появляться на обращении дженерикам, которые могли бы дать пациенту ту же формулу по более приемлемой цене. В результате страдает доступность лекарственной помощи.



В сегодняшних условиях именно страны Евразийского союза являются очень важным плацдармом для развития фармацевтической промышленности. Рад отметить, что за последние восемь лет, с 2014 года, внутри ЕАЭС очень многое изменилось. Сегодня это уже единое пространство — без таможенных границ, с единым рынком труда и продукции. Думаю, что у данного направления — хорошие перспективы развития. Исключительно важны и приоритеты наших участников: пациентоориентированность и полный цикл производства на территории ЕАЭС.

Как Вы считаете, какова роль Евразийского союза в настоящее время?

Поставил бы вопрос иначе. Союз — это правовое оформление давних хозяйственных и культурных связей между рядом стран. Даже если предположить, что его нет, единое пространство — культурное и экономическое — остается. И оно функционирует как целое. Наша задача — убрать барьеры, которые могут возникать на пути развития этого пространства. И дать ему возможность развиваться дальше.

Екатерина АЛТАЙСКАЯ



КАК СОХРАНИТЬ БРЕНД И ПОКУПАТЕЛЯ В ТРУДНОЕ ВРЕМЯ?

Нынешняя сложная ситуация накладывает отпечаток на производство препаратов, на их продвижение во врачебном сообществе и для пациентов. Покупательская способность населения снизилась, и люди стараются найти необходимые товары дешевле, что может сказаться на популярности определенных компаний и брендов как в одну, так и в другую сторону. Чтобы удержать свои позиции на рынке, производителям необходимо изучить своих покупателей и понимать их потребности.

ПОТРЕБИТЕЛЬ СЛЕДИТ ЗА ЗДОРОВЬЕМ И ЗА ЦЕНАМИ

В этом году портрет среднестатистического потребителя и рекламодателя претерпел значительные изменения во многом из-за геополитической ситуации в мире, которая заставляет тревожиться и менять привычное поведение. Директор департамента инноваций и аналитики Group4media **Наталья Балута** отмечает, что



Балута Н.

согласно проведенному компанией опросу, основные тревоги россиян связаны с ухудшением финансового положения и политическими трудностями. Тем временем страхи, связанные с COVID-19, хотя и ослабли с прошлого года, но все равно не уходят из повестки. В августе 2021 года

доля тех, кто продолжал ограничивать социальные контакты, составляла 24%, а сейчас только 10%. Зато до 29% увеличилось число людей, относящихся к коронавирусу как к еще одной сезонной болезни наподобие гриппа.

В нынешней непростой ситуации многим людям помогает сохранять позитивный настрой забота о себе, причем наше население выбирает бесплатные, но эффективные способы для этого — прогулки, общение с семьей и друзьями, полноценный сон. Из вариантов, требующих финансовых затрат, самым популярным оказался прием витаминов — его выбирают 40% респондентов.

Но жизнь не становится легче, и цены растут даже на жизненно необходимые товары, а стоимость лекарств находится на рекордном плато с апреля этого года, причем основные «виновники» роста — обезболивающие и успокоительные препараты.

Поэтому потребители ищут возможность сэкономить. Так, 73% россиян выбирают товар по цене, 69% — по соотношению цены и качества.

Следует отметить, что покупатели посещают все большее количество магазинов, а доля промо растет после спада в марте. Меняется отношение к рекламе: большинство предпочитают юмористическую рекламу и информацию о скидках.

Несмотря на интерес к промоакциям, для людей все еще важно мнение знакомых о тех или иных лекарствах. При этом 44% респондентов готовы перейти на российские препараты, и лишь 20% опрошенных полагают, что иностранные бренды незаменимы.

РЕКЛАМУ НИКТО НЕ ОТМЕНЯЛ

Реклама для компаний по-прежнему важна, ведь знание бренда — основной драйвер в цепочке продаж. Опрос показал, что, получив от врача список лекарств, 68% пациентов стремятся узнать, существуют ли аналоги, 40% — ищут и сравнивают информацию в интернете, 28% — обсуждают аналоги с фармацевтом или другим врачом, и лишь 32% — покупают именно то, что доктор прописал.

Основная причина сравнения с аналогами — поиск более выгодного предложения. Больше половины (56%) респондентов хотят найти более дешевый препарат, 30% нужен более качественный аналог, а 13% желают ознакомиться с отзывами о назначенном препарате. Мнение других людей, стоит ли приобретать данный препарат, влияет на 42% опрошенных.

Где люди предпочитают покупать лекарства? Несмотря на бурный рост онлайн-продаж, покупки в офлайн не снижаются — этому способствует территориальная близость стационарной аптеки и сила привычки. В онлайн-сегменте увеличивается доля покупателей старше 45 лет, а основными каналами служат сайты аптек, сайты-агрегаторы и маркетплейсы. Больше всего привлекает возможность приобрести там редкие препараты.

ХОРОШИЙ САЙТ ПОЛЬЗОВАТЕЛЕЙ УВАЖАЕТ

Говоря о лекарствах в интернете, нельзя обойти вниманием сайты фармкомпаний, посвященные конкретным продуктам. Аккаунт-директор Pharm-studio **Денис Караченков** уверен:



Караченков Д.

наличие сайта — базовая необходимость существования бренда. Он повышает доверие пользователей, позволяет получать органический трафик, упрощает «борьбу» с конкурентами и служит источником официальной информации. Но далеко не все сайты работают эффективно.

Исследование 470 сайтов отрасли показало, что практически все из них имеют те или иные проблемы — отсутствие политики конфиденциальности/персональных данных, несоответствие требованиям закона «О рекламе», также не используют интерактивные механики и долго загружаются на мобильных устройствах.

Хороший сайт должен решать задачи пользователя и бизнеса и быть технологичным, поэтому при его проектировании важно учитывать следующие базовые критерии помимо вышеуказанных:

- мотивацию к покупке;
- выстраивание эмоциональной связи пользователя с продуктом;
- соответствие требованиям законодательства;
- быструю загрузку и корректную работу, а также то, что он — продолжение айдентики бренда, т.е. пользователь должен ассоциировать продукт со своей проблематикой.

Кроме того, при разработке сайта нужно опираться на целевую аудиторию, а не на личный опыт. Для этого надо исследовать рынок и аудиторию, сегментировать целевую аудиторию и подбирать релевантный контент под каждую группу и, конечно, заботиться о пользователе, учитывать его привычки.

Лучше понять пользователя и визуализировать потенциальные помехи до старта вашего проекта поможет проработка пользовательского пути. Для определения пути необходимо проработать стратегию продвижения, сценарии пользователя на сайте, структуру посадочных страниц и перелинковку страниц.

При проектировании сайта нужно использовать хорошие практики — удобную навигацию

(обязательны меню и перелинковка в блоках), известные пользователю интерфейсы, контрастные шрифты, возможность управлять клавиатурой, качественную графику (пользуйтесь фото-стоками умеренно!), интерактивные механики (тесты, опросники, календари и т.д.) и пользовательские метрики.

После запуска сайта продолжайте добавлять контент для расширения присутствия в поисковой выдаче, следите за поведением пользователя и корректируйте его путь до целевых страниц, наблюдайте за performance-показателями сайта и раз в два года проверяйте весь контент вместе с юристом.

ИЗ ПАЦИЕНТСКОГО СЕГМЕНТА ВО ВРАЧЕБНЫЙ

Основатель и директор стратегического CRM-агентства Dau Relationship Marketing **Станислав Розен** и стратегический директор Selective team **Андрей Леутин** отмечают, что бюджет компани-



Леутин А.

ний на продвижение сейчас переходит из пациентского сегмента во врачебный. При этом порталы фармкомпаний для врачей не всегда работают эффективно из-за того, что при face-to-face маркетинге сбор данных может быть агрессивным, что порождает негатив, при коммуникациях работа с откликом и оттоком часто не в приоритете, а давление на цену визита вынуждает снижать качество данных. В результате число прочитанных писем и переходов на сайт гораздо ниже предполагаемого. Невозобновляемый отток врачей и низкий уровень работы с данными убивает омниканальность. Так, до 30% аудитории неактивны сразу после регистрации, а



Розен С.

28% пользователей — в течение года с момента регистрации.

Несмотря на это, врачи и фармкомпании все равно хотят взаимодействовать друг с другом. Основные каналы коммуникации — визит медицинского представителя, общение с ним через мессенджер, интернет-конференции и вебинары. Чтобы они были эффективны, важно собирать данные, но видеть за ними реальных людей, думать прежде всего о ценности для врача и улучшать организационные процессы работы с данными. Чтобы получить инсайты аудитории, работайте с оттоком — проводите ретроспективный анализ активности, управляйте каналами и контентом на основе отклика, контролируйте отток через face-to-face или телемаркетинг и вовлекайте врачей в сотворчество. Общайтесь с врачами на удобной для них территории, тем более, сегодня растет число независимых площадок.

ПОЗВОНИ МНЕ, ПОЗВОНИ!

Как лучше всего взаимодействовать с врачами, рассказывать им о новых продуктах и образовательных программах? Сегодня вариантов коммуникации множество — от очных визитов до мессенджеров, но не теряют актуальности старые добрые звонки. Руководитель ВU-маркетинга и развития бизнеса «Доктор на работе» **Наталья Леонова** считает, что звонить врачам стоит по нескольким причинам.



Леонова Н.

Во-первых, это можно расценивать как удаленный визит, **во-вторых**, можно получить обратную связь, **в-третьих**, удобно анонсировать важные события с помощью работа.

Как платформа получила возможность звонить врачам? Для начала был подтвержден статус каждого зарегистрированного на ней специалиста, далее получено его согласие на коммуникацию, собраны номера телефонов врачей. После этого платформа подключила к этому процессу оператора Mango Office,

как платформа получила возможность звонить врачам? Для начала был подтвержден статус каждого зарегистрированного на ней специалиста, далее получено его согласие на коммуникацию, собраны номера телефонов врачей. После этого платформа подключила к этому процессу оператора Mango Office,

создала скрипты и определила, как правильно начать разговор.

Данный способ общения показал свою значимость при реализации проекта для эндокринологов — новой digital-платформы для контроля сахара в крови. В его рамках осуществлялись звонки врачам с анонсом программы (динамический скрипт, в который вошли до 7 вопросов каждому врачу) с последующей отправкой смс-сообщений или электронных писем с гиперссылкой тем, кто заинтересовался. Проект показал, что звонок врачу — эффективный метод анонсирования, поскольку более половины эндокринологов заинтересовались платформой и согласились пройти обучение. Кроме того, уведомление звонками привлекло качественную аудиторию.

ПРОДАЕМ ПО-НОВОМУ: ПУТЬ ЧЕРЕЗ БАРЬЕРЫ И РИСКИ

Подходы к продажам с каждым годом меняются и требуют от компаний затрат на их внедрение, а от сотрудников — новых компетенций.



Волосатов С.

Что сейчас выходит на первый план в данной сфере? Консультант компании Mercury International **Сергей Волосатов** выделяет следующие тренды в подходах и методологии продаж. Прежде всего, это — автоматизация, и по прогнозам, она затронет от 30% до 50% деятельности по

продажам. При ее внедрении в отечественную фармотрасль существуют препятствия:

- а) «домашние» CRM требуют времени на разработку критически важных функций;
- б) производители не всегда имеют мощный департамент аналитики по работе с Big Data;
- в) непрозрачность цепочки первичных, вторичных и третичных продаж затрудняет

получение исходных данных от клиентов для автоматизации процесса;

г) в условиях стремительно меняющейся экономической среды возможности прогнозирования продаж с помощью искусственного интеллекта ограничены.

Если говорить о новом тренде дистанционных продаж, то они набирают обороты практически во всех сферах: покупателям удобнее общаться с продавцом и приобретать товары удаленно, и доходит до того, что при заключении даже крупных сделок стороны не встречаются лично. В нашей стране данный тип взаимодействия делает первые шаги, и на этом пути могут возникнуть барьеры. Самый главный — «вера в то, что все наладится, и мы вернемся к традиционным продажам». Также препятствием служит отсутствие унифицированной платформы для коммуникации с клиентами, а наши сотрудники (КАМы и медпредставители) не обладают продвинутыми навыками дистанционных продаж и в компаниях отсутствуют долгосрочные программы обучения этим навыкам.

Сегодня на первый план выходит ускорение инноваций в фарме, которое несет в себе риски стремительного падения прибыли для новых игроков рынка при фокусе на дженерики. Быстрое появление новых медицинских технологий и оригинальных продуктов начинает обесценивать традиционную «таблеточную» терапию. Хорошие возможности для развития получают в первую очередь компании, разрабатывающие новые молекулы и технологии. Кроме того, на строительство производственных площадок с инновационными линиями потребуются значительные капиталовложения и время.

Еще один тренд, популярный за рубежом — продажи на основе ценности. Такой подход освоен ведущими мировыми игроками и приносит им миллиардные прибыли. У нас маркетологи и медицинские представители продолжают продавать продукт и его свойства, забывая о продаже клиентам ценности.

По материалам D Conf 2022 Real Time Pharma (организатор: российская IT-компания «Доктор на работе»)

Ирина ОБУХОВА



Яндекс банк

ЧТО ВИРУС НАМ ЕЩЕ ГОТОВИТ

Самое опасное и почти непредсказуемое — это одновременные пандемии (предположение в стиле «прогноз»), или «пандемии» в пределах одного инфицированного организма. Возможно ли такое? Как показывают недавние события — вполне.

Гандель Виктор Генрихович

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



Гандель В.Г.

19 августа с.г. в британском Журнале инфекций (Journal of Infection) была представлена работа об обнаружении так называемой ко-инфекции (одновременной инфекции) оспы обезьян (Оспы), ковида и ВИЧ у одного индивидуума — 36-летнего итальянца после поездки в Испанию

в период с 16 по 20 июня.^[1] Через девять дней по возвращении у него появились характерные для Covid-19 симптомы: усталость, головная боль, першение в горле, лихорадка, температура 39°C и выше. 2 июля он дал положительную реакцию на SARS-CoV-2.

В 2021 году пациент дважды прививался вакциной Pfizer/BioNTech, а в январе 2022-го впервые переболел.

На третий день после позитивной реакции на ковид на лице, туловище, нижних конечностях,

ягодицах, в перианальной области больного возникли высыпания в форме небольших болезненных везикул, которых через несколько суток стало значительно больше, а потом они превратились в пустулы — гнойные болезненные пузырьки.

Только после этого гражданин обратился в поликлинику больницы Сан-Марко в г. Катании, где местные врачи в содружестве с коллегами из университетской больницы им. П.Джакконе г. Палермо подтвердили наличие у него одновременно коронавируса, Оспы и ВИЧ-инфекции.

Сочетанные инфекции встречались и ранее (и даже больше трех), но такой суперсовременный «букет» был диагностирован впервые.

В публикации с описанием клинических проявлений было также отмечено наличие у пациента биполярного расстройства и приверженности нетрадиционной сексуальной ориентации.

Приведенный пример свидетельствует: то, что раньше казалось маловероятным — сегодня стало возможным вследствие очевидной активизации вирусного «сообщества» в наступлении на наш иммунитет, нуждающийся в обновленных вакцинах.

Определенным подтверждением этого стал очередной августо-сентябрьский всплеск заболеваемости ковидом в мире и у нас, хотя и менее

выраженный по сравнению с началом года, особенно в отношении госпитализации и смертности. ВОЗ отмечает снижение смертности до минимального с марта 2020 г. уровня, что позволило гендиректору этой международной организации Тедросу Гебрейесу заявить на брифинге в Женеве о возможном завершении пандемии коронавируса в обозримом будущем.^[2]

С учетом реальной эпидемиологической ситуации население страны сегодня в целом спокойно воспринимает «коронавирусную» информацию, опираясь на полученные на протяжении двух с лишним лет пандемии знания и опыт профилактического поведения и практики лечения. Тем более что тесты, вакцины и препараты всегда «под рукой», а многие медико-фармацевтические процедуры осуществляются бесплатно.

Следует констатировать, что власти провели масштабную работу по информированию, профилактическим мероприятиям, тестированию, вакцинации и разработке протоколов лечения, издав 16 временных методических рекомендаций и организовав комплекс постковидных мероприятий, включая расширенную диспансеризацию в рамках ОМС.

Тем не менее, продолжаем сохранять разумную бдительность, а с учетом описанного выше случая «мультизаражения» не снимаем с повестки дня вопрос повышения значимости тестирования и дифференциальной диагностики случаев заражения со сходными симптомами с целью своевременной постановки диагноза и назначения лечения. Потребность в создании соответствующих методических рекомендаций представляется очевидной как реакция на этот новый вызов.

Что касается Оспы, в России выявлен второй случай заболевания — тоже в Питере и тоже после поездки в Европу. Однако, по мнению зам. председателя комитета Госдумы по охране здоровья Ф.С. Тумусова, — «...особо сильного распространения эта болезнь не будет принимать. Я считаю, что риска эпидемии оспы обезьян в России нет. Но, тем не менее, Роспотребнадзор и Минздрав должны принять дополнительные меры по профилактике и защите граждан от этой заразы».^[3]

ГЕМОРРАГИЧЕСКАЯ ЛИХОРАДКА: ОТКУДА ЖДАТЬ

Но вернемся к «взбунтовавшимся» вирусам и продолжим рассмотрение кандидатов на пандемию, в т.ч. сочетанную. Наш следующий объект — **Конго-Крымская геморрагическая лихорадка** (ККГЛ, лат. — *febris haemorrhagica crimiana*, другие названия — *среднеазиатская лихорадка, лихорадка Крым-Конго*).

Твердотельные кровососущие клещи *Hyalomma marginatum* — переносчики вируса ККГЛ. Возбудитель — обитающий в них вирус рода *Orthonairovirus* из семейства *Bunyavirales*, относящийся к арбовирусам. Впервые ККГЛ была обнаружена в 1944 г. у бойцов Красной Армии при освобождении Крыма от фашистских оккупантов, сопровождалась острой лихорадкой, кровотечениями и шоковым состоянием. Описана в 1945 г. выдающимся советским вирусологом, академиком АМН М.П. Чумаковым — основателем и первым директором Института полиомиелита и вирусных энцефалитов, ныне носящего его имя, отцом двух всемирно известных ученых — Константина и Петра Чумаковых. Первый является ведущим специалистом FDA в области исследований и анализа вакцин, второй — член-корр. РАН, профессор и главный научный сотрудник Института молекулярной биологии РАН. Оба внесли большой вклад в вирусологию и изучение новой коронавирусной инфекции.

ККГЛ, впервые выявленная в Крыму, получила первоначальное название крымской геморрагической лихорадки. Позже, в 1969 г., была признана источником заболевания в Конго, что привело к нынешнему двойному названию болезни.

ККГЛ встречается в восточной и южной Европе, в Средиземноморье, северо-западном Китае, Центральной Азии, Африке, на Ближнем Востоке и Индийском субконтиненте.

В России — это юг страны: Краснодарский и Ставропольский края, Волгоградская, Астраханская и Ростовская области, республики Калмыкия, Дагестан и Карачаево-Черкесия.

Сезонность инфекционного заболевания на юге России — с третьей декады марта по конец

августа. Сегодня указанные пределы сезонности заболевания имеют тенденцию к расширению из-за роста тепла, а также в результате активизации жизнедеятельности клеща в холодное время года.

Естественными переносчиками вируса ККГЛ являются дикие и домашние животные (крупный рогатый скот, овцы и козы). Инфицирование происходит при их укусе зараженными клещами, причем вирус остается в кровотоке животных в течение недели после заражения, что при последующих в этот период укусах клещей обеспечивает воспроизводство цикла «клещ-животное-клещ».

Человеку вирус ККГЛ передается при укусах последних, при контакте с инфицированными кровью или тканями животных во время и непосредственно после забоя (отсюда значительное число случаев заражения лиц, занятых в промышленном животноводстве). Передача от одного к другому может происходить при тесном контакте с тканями и биологическими жидкостями инфицированных, встречаются случаи внутрибольничной инфекции.

Заболевание обычно развивается стремительно с характерными симптомами — лихорадочным состоянием, кровоизлияниями, геморрагиями. В острых случаях на пятый день болезни может развиваться внезапная печеночная или легочная недостаточность.

Смерть наступает примерно в 30% случаев, причем уже на второй неделе течения болезни.

Эксперты Сеченовского университета при исследовании штаммов возбудителя ККГЛ в российских регионах обнаружили, наряду с известными генетическими вариантами «Европа-1» и «Африка-3», абсолютно новую линию — «Европа-3». По данным ученых, тяжесть болезни находится в прямой зависимости от генетического варианта вируса: в частности, при заражении «Европой-1» повышается риск тяжелых клинических проявлений, геморрагического синдрома и летального исхода. Отмечается, что штамм «Европа-3» нуждается в более детальном исследовании с целью оценить его генетическое разнообразие, патогенность, а также ареал распространения в РФ. В Роспотребнадзоре заверили, что россиянам в любом случае беспокоиться пока не о чем.^[4]

Недавно также была обнаружена совершенно новая мутация «Африка-4», занесенная в регионы юго-западной Испании в результате торговли животными, зараженными в свою очередь вирусами перелетных птиц, мигрирующих афро-европейскими орнитальными маршрутами.^[5]

Высокий уровень смертности и отсутствие эффективных лекарств или вакцин являются серьезной причиной для беспокойства. Поэтому ККГЛ внесена в список приоритетов ВОЗ для исследований и разработок, а также в список А национального института аллергии и инфекционных заболеваний США (NIH/NIAID) как заболевание, представляющее наивысший уровень риска для нац. безопасности и общественного здравоохранения. Кроме того, вирус признан возможным агентом биотерроризма и в свое время изучался как потенциальное биологическое оружие в Ираке. Однако передача вируса от человека к человеку в настоящее время ограничена, поэтому, несмотря на высокий риск локальных вспышек, опасность глобальной пандемии ККГЛ относительно невысока.

Главная защита от лихорадки — противоинфекционные меры, своевременная диагностика и надлежащий уход при возникновении заболевания. Это, прежде всего, возмещение потерянной крови и обеспечение правильного баланса жидкости и электролитов в ней, поддержка дыхания и функции сердца, а также лечение любых вторичных инфекций. Некоторые исследования предполагают, что противовирусный препарат рибавирин как синтетический аналог нуклеозидов с выраженным противовирусным действием, обладающий широким спектром активности против различных ДНК и РНК вирусов, может быть эффективным средством лечения, но доказательства этого неоднозначны.

Для диагностики ККГЛ можно использовать различные лабораторные тесты, причем комбинация обнаружения вирусного антигена (захват антигена ИФА), секвенирования вирусной РНК (обратная транскриптаза-ПЦР) и выделение вируса из крови или тканей человека наиболее эффективна на ранних стадиях заражения. Антитела к вирусу могут быть обнаружены позже в крови выздоровевших после ККГЛ.

ПЕРЕНОСЧИКИ — КОМАРЫ И ДОМАШНИЙ СКОТ

Лихорадка Рифт-Валли (ЛРВ, *лат. Febris Rift-Vallee*) — острое трансмиссивное зоонозное арбовирусное заболевание, переносимое кровососущими членистоногими. Включено в группу болезней, регулируемых Международными медико-санитарными правилами 2005 года (International health regulations — 2005, 2nd ed.) на национальном или региональном уровне.

Раньше ЛРВ в основном поражала домашний скот в Африке, однако изменение климата (потепление) и трансграничная активность привели к расширению ареала обитания комаров, передающих вирус. Специалисты утверждают: если он доберется с их помощью до остального мира, скот подвергнется риску уничтожения, что может привести к коллапсу мирового сельского хозяйства, а также сказаться на здоровье миллионов людей.

Как это происходит?

Природное погодное явление Эль-Ниньо в 1998 г. — массовое перемещение теплых океанических вод — вызвало наводнения в Кении, Сомали, Судане и Танзании, в результате чего крупный рогатый скот и люди были вынуждены жить в тесноте на оставшейся суше.

Наводнение также создало множество новых мест размножения комаров, что привело к быстрому увеличению их популяции. Поскольку комары являются одним из способов передачи вируса ЛРВ от животных к человеку и от человека к человеку, произошло масштабное распространение вируса в популяциях людей, который затем передавался от человека к человеку. Сочетание указанных факторов, а также дефицит вакцин привели к крупной вспышке ЛРВ сначала среди населения региона, а затем и вне его.

Комар *Aedes* и еще примерно 50 других его видов — причина распространения вируса в Европе и Америке, причем продолжающееся потепление климата способствует увеличению видового «комариного» разнообразия, а следовательно, росту риска заражения.

Поскольку вирус может протекать у домашнего скота бессимптомно, в случае его завоза он способен быстро распространяться незамеченным, пока не приведет к масштабному падежу

домашнего скота, что повышает риск заболеваемости и смерти людей.

ЛРВ — инфекция с мощным пандемическим потенциалом. Ее вирус обладает способностью легко обходить защитную функцию плаценты, покрывающую плод во время беременности. Исследования, проведенные в 2019 г., показали, что вирус, заражая специализированный слой плацентарных клеток, блокирует доставку питательных веществ плоду, на что, возможно, не способен даже острозаразный вирус Зика.

У домашнего скота, среди которого распространяется вирус, инфекция приводит к выкидышу или рождению мертворожденных телят более чем у 90% стельных маток, не говоря уже о падеже взрослых особей. У зараженных людей вирус вызывает риск гибели плода, другие серьезные проблемы во время беременности, приводя к рождению детей с врожденными дефектами, называемыми микроцефалией. Не исключены также длительные неврологические последствия у родителей.^[6]

ЛРВ — это буньявирус, родственник ККГЛ, на сегодня обнаруженный примерно в 30 странах.

ТРУДНООТЛИЧИМЫЕ ПРИЗНАКИ ИНФИЦИРОВАНИЯ

Центры по контролю и профилактике заболеваний США (CDC) классифицировали лихорадку ЛРВ как агент биотерроризма категории А из-за ее способности опустошать большие территории, масштабируя невосполнимые потери аграрной экономики и социальные потрясения.

Коэффициент летальности при ЛРВ у человека в среднем составляет менее 1%, инкубационный период — 2-6 дней.

При легкой форме заболевания наблюдаются лихорадка, мышечная, суставная и головная боль. В некоторых случаях развивается ригидность затылочных мышц, повышенная чувствительность к свету, потеря аппетита и рвота, что может привести к ошибочному диагностированию менингита. Люди, у которых развивается тяжелая форма, способны приобрести заболевания глаз, включающие поражение сетчатки и необратимую потерю зрения. Не исключено развитие менингоэнцефалита, вызывающего потерю памяти, галлюцинации, головокружение,

сонливость или даже кому, а также неврологические нарушения.

Еще одна форма тяжелого заболевания — геморрагическая лихорадка, начинающаяся с поражения печени, например, желтухи с типичными симптомами внутреннего кровотечения, рвоте кровью и множественным кровотечениям из различных биологических отверстий организма. При развитии геморрагической болезни смертность возрастает на 50%.

Геморрагические лихорадки, такие как ЛРВ и, например, Эбола, трудно отличить друг от друга, а также от других заболеваний, вызывающих лихорадку и мышечную боль (миалгию), например, малярии или брюшного тифа. Окончательный диагноз требует наличия специализированных лабораторий и должен быть проверен с помощью ПЦР с обратной транскриптазой (RT-PCR), иммуноферментного анализа на антитела IgG и IgM (ELISA) или выделения вируса с помощью клеточных культур.

На геморрагических лихорадках следует держать наше внимание ввиду их реальной опасности в настоящее время и тяжелых последствиях заражения, когда наиболее пораженными органами становятся почки и легкие. Сегодня, на фоне массированных вирусных атак на органы дыхания, их активная защита от возможных дополнительных рисков приобретает особое значение. И не следует забывать, что маска — простейший и наиболее доступный шаг на этом пути.

Геморрагические лихорадки с почечным синдромом (ГЛПС) — группа клинически сходных заболеваний, вызываемых хантавирусами семейства *Bunyaviridae*, провоцирующих такие болезни, как корейская геморрагическая

лихорадка, эпидемическая геморрагическая лихорадка и эпидемическая нефропатия. Вирусы, вызывающие ГЛПС — это *Hantaan*, *Dobrava*, *Saaremaa*, *Puumala* и *Seoul*.

В допандемийные годы Россию посещало примерно 24 млн. туристов ежегодно, примерно треть наших соотечественников также предпочитают зарубежные путешествия, поэтому не следует забывать, что ГЛПС встречается во всем мире. *Haantan* широко распространен в Восточной Азии, особенно в Китае, в обоих государствах Кореи и в восточном регионе нашей страны. *Puumala* встречается в Скандинавии, Западной Европе и на западе России. *Dobrava* присутствует, в основном, на Балканах, *Saaremaa* обнаруживается в Центральной Европе и Скандинавии, а *Seoul* — повсеместно в мире. В Америке хантавирусы вызывают схожее заболевание, известное как **хантавирусный легочный синдром (ХЛС)**.

Последний является острым лихорадочным заболеванием с неспецифическим вирусным продромальным периодом, после которого стремительно прогрессирует легочная недостаточность и шок у пациентов, которые по другим клиническим признакам являются практически здоровыми.

Продолжение в МА №10/22

[1] [https://www.journalofinfection.com/article/S0163-4453\(22\)00479-0/fulltext#%20](https://www.journalofinfection.com/article/S0163-4453(22)00479-0/fulltext#%20)

[2] <https://vz.ru/news/2022/9/14/1177532.html>

[3] <https://radiosputnik.ria.ru/20220908/ospa-1815406881.html>

[4] <https://spid.center/ru/posts/7802>

[5] <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8003855/#:~:text=CCHF%20is%20transmitted%20to%20people,secretions%20and%20other%20biological%20fluids>

[6] <https://www.gavi.org/vaccineswork/next-pandemic/rift-valley-fever>



Яндекс банк

ПОЧЕМУ ЭМБРИОНЫ ПЕРЕСТАЮТ РАЗВИВАТЬСЯ?

Существует два основных фактора остановки развития эмбриона в условиях культуры *in vitro* (в пробирке): внутренний, о котором мы с вами подробно поговорим, и внешний, который мы рассматривать не будем. К нему можно отнести человеческий фактор, поломку оборудования, а также обстоятельства непреодолимой силы (цунами, наводнения и т.д.). Вероятность ошибки специалиста во всех крупных современных эмбриологических лабораториях практически исключена благодаря постоянному повышению квалификации и строжайшему контролю качества. А инкубаторы за годы эволюции приобрели такой запас надежности, что некоторые из них и десант пришельцев вполне способны пережить!

Филимонов Сергей Федорович

Эмбриолог сети центров репродукции и генетики «Нова Клиник»



Филимонов С.

Прежде чем начать наш разговор, хотелось бы сказать несколько слов о значении такого явления, как остановка развития эмбриона. Это совершенно нормальный, более того, даже желательный эффект, когда что-то пошло не так. Это механизм защиты от появления на свет больного и нежизнеспособного потомства, проявление мудрости природы. Своеобразный стоп-кран. А когда он не срабатывает, рождаются дети с синдромом Дауна, Клайнфельтера и другими врожденными заболеваниями...

неспособного потомства, проявление мудрости природы. Своеобразный стоп-кран. А когда он не срабатывает, рождаются дети с синдромом Дауна, Клайнфельтера и другими врожденными заболеваниями...

На сегодняшний день можно выделить три основные группы причин остановки развития эмбриона: физиологические, генетические и эпигенетические.

ФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ

К ним относятся различные дефекты половых клеток:

- недостаточность или дефекты митохондрий;
- дефекты центриолей;
- дефекты оолеммы (цитоплазматической оболочки яйцеклетки), кортикального слоя и др.

НЕДОСТАТОЧНОСТЬ ИЛИ ДЕФЕКТЫ МИТОХОНДРИЙ

Митохондрии — это своеобразные маленькие «электростанции», вырабатывающие

молекулы, которые играют роль источника энергии практически во всех процессах в клетке. В отличие от остальных органелл митохондрии имеют собственную ДНК и размножаются самостоятельно. С возрастом они накапливают генетические дефекты и не дают достаточно энергии для развития эмбриона.

Одним из путей решения данной проблемы стала донация молодой цитоплазмы с молодыми митохондриями от донорского ооцита. Ядро со своей ДНК остается от яйцеклетки пациентки, но при этом обычный генетический тест на материнство покажет, что это не ее ребенок! Дело в том, что данный анализ основан на сравнении митохондриальной ДНК, а она наследуется от донора. Именно поэтому таких малышей называют детьми от трех родителей.

В России пока наложен мораторий на такую процедуру (как и на клонирование), а, например, в Англии она легализована с февраля 2015 года.

ДЕФЕКТЫ ЦЕНТРИОЛИ

Если дефекты митохондрий всегда на 100% идут от яйцеклетки, так как митохондрии сперматозоида растворяются при оплодотворении, то дефекты центриоли — это «вина» мужской половой клетки.

В шейке и средней части сперматозоида находятся:

- две центриоли (структуры, которые нужны для движения мужской половой клетки и дробления образующегося эмбриона);
- митохондрии, обеспечивающие его энергией.

Нарушения в этом отделе провоцируют снижение подвижности гамет и являются одним из факторов остановки развития эмбриона на



Яндекс банк

ранних этапах. Именно поэтому при изучении строгой морфологии сперматозоидов важно обращать внимание на все отделы, а не только на головку и акросому (структуру, расположенную в передней части головки).

ГЕНЕТИЧЕСКИЕ ФАКТОРЫ

В подавляющем числе случаев (порядка 70%) остановка развития эмбриона обусловлена именно генетическими причинами (Maurer и соавторы, 2015).

С возрастом количество анеуплоидных ооцитов (то есть имеющих большее или меньшее, чем должно быть в норме, число хромосом) увеличивается. Как следствие, больше становится и эмбрионов с хромосомными нарушениями. Многие из них отстают в развитии или совсем прекращают развиваться. Однако тот самый спасительный стоп-кран срабатывает не всегда, и часть анеуплоидных эмбрионов формируют красивую, морфологически правильную бластоцисту (так называют эмбрион на определенной стадии его развития).

Именно поэтому очень важно применение генетических методов тестирования эмбрионов, таких как NGS, array-CGH, FISH и другие. Как показывает практика, доля анеуплоидных бластоцист составляет 30-50%, а в позднем репродуктивном возрасте может переваливать за 70%.

Почему же так происходит? Из общей биологии мы знаем, что доля анеуплоидных эмбрионов у мышей не превышает 0,1%, а у приматов, наших ближайших родственников — 5%. От чего это зависит? Чем человеческий эмбрион так отличается от всех остальных?

Ассоциировано это с полиморфизмом на одном из участков 4-й хромосомы, связанном с геном *PLK4*, ответственным за расхождение хромосом в процессе деления клетки, когда из одной материнской образуются дочерние с идентичным хромосомным набором (такой вид деления называется митозом). Как бы странно это ни выглядело, но вариант гена, ответственного за снижение плодовитости, среди людей сильно распространен. При этом, например, у неандертальцев он не обнаружен.

Но как так получилось, что «вредный» ген закрепился естественным отбором? *Во-первых*, это может быть связано со сцеплением генов, то есть «вредный» сцеплен с «полезным»,

польза которого намного больше. *Во-вторых*, люди очень заботятся о своем потомстве, так что меньшая плодовитость уже не играет столь важной роли.

Как это работает? Учеными предложена гипотеза балансирующего отбора. Не слишком высокие шансы на наступление беременности, скрытая овуляция (то есть отсутствие каких-либо внешних признаков или запаха, которые бы на нее однозначно указывали), и готовность самок к спариванию в любой день становились причиной того, что самцам сложно было выяснить наверняка, кто именно является отцом. Поэтому о появившемся на свет потомстве начинало заботиться сразу несколько самцов.

Но полностью этот признак так и не закрепился, поскольку снижение плодовитости отрицательно влияло на репродуктивный успех. Для поддержания баланса существует аллель

(форма гена), которая не вызывает хромосомных нарушений. Таким образом, женщины с повышенной и с пониженной фертильностью пользуются одинаковыми преимуществами (Rajiv C. McCoy и соавторы. *Science*, 2015).

Как оказалось, PLK4 не единственный ген, увеличивающий анеуплоидию. Например, ген KIFC1 и его белок, который стабилизирует веретено деления, у человека начисто отсутствует. А, например, у приматов он есть. И, как показали исследования 2021–2022 гг., введение этого белка в незрелые ооциты человека заметно стабилизирует процесс мейоза, то есть деления при образовании половых клеток (M. Shuh и соавторы, 2017; So C. и соавторы. *Science*, 2022). Возможно, когда-нибудь именно этот белок и станет той самой волшебной таблеткой от бесплодия, во всяком случае для пациентов, которые проходят лечение в программе ЭКО.

Подготовлено «Нова Клиник»



Яндекс банк

CURAT PERSONA, ИЛИ ЧЕЛОВЕК ЗАБОТЯЩИЙСЯ

Совокупный доход в 120 млрд. долларов, сбережение 41 млрд. продуктивных дней для медицинского работника и пациента и плюс 22 млн. лет жизни с поправкой на качество — такие удивительные цифры дают национальным системам здравоохранения практики ответственного отношения к здоровью. Это понятие ВОЗ определяет как способность отдельных лиц, семьи, сообществ укреплять, поддерживать здоровье, заниматься профилактикой болезней и справляться с заболеваниями при помощи мед. учреждения или самостоятельно. Цель соответствующей концепции, сформированной ВОЗ в 1983 году и ставшей ответом на увеличение нагрузки на системы здравоохранения в мире, — создание среды, в которой люди имеют определенные навыки и знания, а также поддержку медиков для самостоятельного и осмысленного принятия решений относительно своего здоровья.

ЧТОБЫ ЖИТЬ ДОЛГО И В ЗДРАВЬИ

Как полагают специалисты, в ближайшее время в здравоохранении потребность в ресурсах будет расти в геометрической прогрессии. Сегодня полпроцента населения потребляет 25%



Агарев М.

ресурсов здравоохранения, 10% населения — 75%, 50% — 3%, и чтобы у этой системы были время и ресурсы для оказания качественной помощи, надо значительную ее часть организовать совместными усилиями в рамках ответственного отношения

к своему здоровью. **Максим Агарев**, руководитель GR-проектов «Яндекс», приводит данные совместного с АИТЗ опроса более 1000 человек в текущем году о важных для людей параметрах ответственного отношения к здоровью. На первом месте отношение ко сну (76% отметили, что им времени на сон не хватает), на втором — здоровье питание, далее — вредные привычки и контроль веса. Лишь 44% респондентов считают важной диспансеризацию. *«Обращение к врачу отодвигается на более поздний срок. Люди не боятся самостоятельно принимать решения по улучшению здоровья, какими лекарствами лечиться. Пациент тоже ответственная сторона и большинство считает, что могут оценить преимущества и недостатки различных вариантов лечения»*, — отмечает М. Агарев. Он добавляет, что среди причин обращения к врачу на 1-м месте — лечение и контроль хронических

заболеваний, на 2-м — оформление больничного и... ухудшение состояния на фоне самостоятельного лечения — на 3-м. *«Люди все больше прибегают к интернету, чтобы разобраться до обращения к врачу в собственном состоянии, оценить клиническую картину. Характер запросов становится все более квалифицированным, то есть больше изучаются инструкции к лекарствам, человек пытается разобраться в сути заболевания»*, — говорит он.

ОБ ОТНОШЕНИИ ОТВЕТСТВЕННОМ И БЕЗОТВЕТСТВЕННОМ

Но, надо отметить, в нашей стране понятие «ответственное отношение к здоровью» имеет несколько другой смысл, чем вкладывала в него ВОЗ изначально. **Лариса Попович**, директор Института экономики здравоохранения



Попович Л.

(НИУ ВШЭ), считает, что в российских публикациях об этой новой концепции дается не совсем удачный перевод английского термина, который звучит как self-care (самопомощь). *«Мне кажется, что нам в российской транслитерации лучше говорить об «ответственном отношении к своему здоровью», потому что ассоциации, которые возникают, когда говорится о самолечении, далеко не самые позитивные. Наши люди под самолечением понимают либо водку с перцем, либо «таблетки, как у тети Вали», либо советы случайных людей в интернете. Вот такое поведение на самом деле является как раз безответственным лечением. И его уровень среди наших сограждан очень высок: до 60% россиян говорят, что предпочитают лечиться самостоятельно. Причины, по которым наши люди не очень стремятся в медицинскую организацию, могут быть очень разными: не доверяют квалификации врачей, не имеют времени, боятся очередей или не могут записаться к нужному специалисту, потому что специалистов просто не хватает. В конце концов, неважно, почему люди предпочитают*

профессиональному совету такой вариант рискованного поведения, важен результат», — поясняет Лариса Дмитриевна. Она уверена, в стремлении к самостоятельности в отношении своего здоровья нет ничего плохого. Во многих странах оно поддерживается сейчас как вариант облегчения нагрузки на медицинскую сеть. *«Другой вопрос, — поясняет эксперт, — в каких условиях будет осуществляться эта забота. Если человек плохо представляет, как работает его организм, что такое нормальные, а что такое патологические функциональные проявления, в каких случаях можно выпить обезболивающее и успокоиться, а в каких нужно срочно бежать к врачу, то ничего хорошего от такой ситуации ждать не приходится»*.

«Для того, чтобы нормально заработала система ответственного отношения к своему здоровью, человек должен быть достаточно образован и культурно развит, он должен понимать, где брать информацию о своем состоянии, каким источникам можно доверять, а в каких написана ерунда, уметь анализировать разные данные и о себе, и о своих близких», — не сомневается Л.Д. Попович. Только формирование образованного сообщества в ответственной среде регуляторов, производителей лекарств и мед. изделий, врачебного сообщества, аптечных работников может стать основой создания ответственного отношения к своему здоровью. *«Мы только начинаем обсуждать эту тему, понимая, что она строится из множества элементов, но ключевым все равно является ответственность на всех уровнях — от правительства до самого пациента»*, — говорит эксперт и призывает формировать культуру ответственного отношения к своему здоровью только убеждением, пояснениями, что такое здоровье и какие последствия будут из-за деструктивного поведения, попытками достучаться правильными словами, через правильные каналы, обращаясь к душе человека, а не криками о наказании.

«В 2008-2009 годах обсуждалось включение в закон «Об обязательном медицинском страховании» нормы о санкциях для пациентов, которые не выполняют рекомендации врача. Я тогда на заседании привела пример: одинокая многодетная мать работает на трех работах, чтобы прокормить детей, у нее анемия.

Ей советует врач много есть, много спать, поехать на отдых. Если она это не выполнит, ее финансово накажут. Вы что, хотите такой ситуации? Мы же не знаем предыстории конкретного пациента, который, например, не бросает курить даже после сложной операции на сердце. Нельзя быть судьей выше Бога и нельзя наказывать человека, который находится уже в беде. Хотя отрицательное подкрепление всегда эффективно: страх мобилизует, но добиться хороших и длительных результатов можно только на положительном подкреплении, это вам скажет любой дрессировщик», — рассказывает Лариса Дмитриевна. Образовательное воспитание в вопросах здоровья должно начинаться уже со школы. «На уроке биологии, которые сегодня до такой степени редуцированы в ряде классов, что это уже вызывает тревогу, учитель вполне в состоянии рассказать о принципах возникновения заболеваний, о патофизиологических состояниях организма, о последствиях, к которым может приводить то или иное неправильное поведение, питание, отсутствие движения и прочее. Принципы поддержания здоровья должны войти обязательно в образовательные программы, начиная с детского сада. Дети мобилизуют взрослых куда быстрее, чем взрослые детей. Образование, информирование, стимулирование, уговоры — все это работает», — убеждена Л.Д. Попович.

Она рассказывает о различных методах воздействия на поведение человека, которые могут применяться в зависимости от того, к какому типу относится человек, какие у него ценностные характеристики, как он относится к своему здоровью. Несмотря на то, что мы живем в одно время и в одной стране, мы все очень неодинаковы. «У нас разные ценностные ориентации, разный жизненный опыт, разное отношение к советам врачей, — напоминает эксперт. — Очень дисциплинировано старшее поколение, которому нужно правильно и доходчиво рассказать о каких-то важных вещах, о принципах ухода за собой. Активно интересуются состоянием своего здоровья и методами его поддержания молодежь из поколения Z, до 25-28 лет. Им можно предлагать игровые формы подачи информации. Поколение X, сорокалетние, — это очень рациональные люди, им нужно по-другому рассказывать. А беби-бумерам, современному

поколению «молодых пенсионеров», стремящихся к сохранению своей молодости, можно подавать информацию через эту ценность. В каждом поколении, в каждой группе нужно разговаривать по-своему». И здесь встает вопрос персонифицированного подхода к человеку и в системе здравоохранения, и в системе социальной защиты, и в системе охраны здоровья.

Лариса Дмитриевна акцентирует внимание на том, что индивидуальный подход требует интеллектуальных усилий, серьезного изменения мышления организаторов здравоохранения, администраторов и всех тех, кто профессионально этим занимается. Без этого изменения ситуации ожидать тщетно.

ЧТОБЫ ПАЗЛЫ СОВПАЛИ В ОБЩЕЙ КАРТИНЕ

Директор Института экономики здравоохранения говорит и о другом аспекте ответственного отношения к здоровью, который предполагает применение пациентом самостоятельно безрецептурных ЛП для купирования легких состояний, перечень которых не так велик, но достаточно распространен (простудные состояния, аллергии, мигрени, хронические состояния, хорошо знакомые пациенту и пр.). На повестке появляется тезис о глубоком погружении фармацевтов в систему здравоохранения. «Во-первых, они видят пациента, может быть, даже дольше, чем врачи на приеме, во-вторых, у них куда более обширное знание информации о ЛП, их совместимости, потенциальных побочных реакциях, к тому же у них совершенно иные коммуникативные навыки. Они же занимаются еще и коммерческой деятельностью, а значит,



Яндекс банк

лучше работают с конкретным человеком, то есть пациентоориентированно. Если они будут уметь различать ситуации, требующие экстренной мед. помощи, которые не могут быть купированы рутинными средствами, это очень здорово поможет первичному звену здравоохранения. Ведь исторически аптекари являлись и целителями в том числе. Конечно, мы недооцениваем потенциал аптечных работников, а вот Великобритания в своей Стратегии развития здравоохранения пытается закрыть недостаток врачебного персонала путем привлечения к оказанию первичных консультаций как раз аптечных работников. Это уже мировая практика. Для этого у нас нужно менять программу образования либо программу повышения квалификации», — уверена Л.Д. Попович.

Продолжает тему, делая акцент на приобретении в аптеке лекарств, **Елена Неволлина**, испол-



Неволлина Е.

нительный директор Ассоциации индустрии товаров для здоровья и Национальной фармацевтической палаты. Она подчеркивает, что концепция ответственного отношения к здоровью — понятие достаточно широкое, и это далеко не только здоровый образ жизни.

Отказ от губительных привычек — один из компонентов ответственного отношения к своему здоровью, но при этом еще важна и самопомощь, самостоятельное применение безрецептурных препаратов при легких недомоганиях, а также — точное и осознанное выполнение пациентом рекомендаций врача в ходе лечения. *«Что такое безрецептурный препарат? Критерии определения категории отпуска установлены решением Евразийской комиссии ЕАЭК №178, и все они касаются безопасности применения лекарства. То есть регистрируя препарат как «безрецептурный», производитель гарантирует что этот препарат имеет достаточно высокий профиль безопасности», —* поясняет Елена Викторовна и выражает сожаление, что фармацевты перестали консультировать. В ряде случаев идет простое удовлетворение спроса.

К сожалению, когда обращаются за фармаконсультированием по самодиагнозу, человек зачастую получает совет приобрести рецептурный препарат. *«Границы консультирования по симптомам предполагают, что фармацевты могут говорить только о симптоматической терапии и только безрецептурными ЛП, это и должно лечь в основу фармаконсультирования. Фармацевты должны четко понимать, какие симптомы сигнализируют, что потребителю самолечение противопоказано и ему необходимо обратиться к врачу для постановки диагноза. Эти симптомы называются «тревожными» или, как говорят во врачебном сообществе, «красными флагами», —* говорит исп. директор АИТЗ. В Национальной фармпалате занимаются повышением квалификации фармспециалистов в рамках неформального образования, но разработкой программ обучения студентов занимаются образовательные организации. Задача — максимально обучить аптечных сотрудников фарм. консультированию с акцентированием на тревожных симптомах, чтобы они четко понимали, что ни в коем случае нельзя предлагать в рамках консультирования рецептурные препараты.

«Что касается образования специалистов, могут быть различные подходы: неформальное образование, проводимое профессиональным сообществом; в ряде регионов активные ассоциации проводят обучающие мероприятия по фармаконсультированию, чтобы научить фармацевтов выявлять тревожные симптомы на основе данных, которые ему может предоставить посетитель аптеки; по пониманию разницы между рецептурными и безрецептурными ЛП, где главный критерий различия — безопасность потребителя», — замечает Е.В. Неволлина.

ОРИЕНТИРЫ НА ОСОБЕННОСТИ СВОЕГО ОРГАНИЗМА

Большую проблему представляет информация в Интернете: блогеры (хотя они тоже могут доносить информацию, но предварительно она должна верифицироваться мед. сообществом), отзывы о лекарственных препаратах на сайтах аптек, реклама мед. товаров с использованием

имен известных врачей. *«Человек верифицировать такую информацию не может. Люди ориентируются на чужое мнение, не учитывая свои особенности здоровья. Без медицинской поддержки (напомню, у нас есть Институт профилактической медицины) ситуацию сложно изменить»*, — уверена Елена Викторовна. Эксперт уточняет, что когда в аптеке что-то продается, то это не просто продукт питания. Продукты лечебного питания тоже надо знать, как правильно применять. И детям об этом рассказывать. *«Моя любимая поговорка звучит так: «Капля точит*

камень не силой, а частотой своего падения». Если мы будем часто на всевозможных площадках поднимать тему ответственного отношения к своему здоровью, думаю, это положительно скажется на развитии данной культуры в России», — убеждена Е.В. Неволина.

Все хотят жить долго и в добром здравии, значит, необходимо осознать ответственность за здоровье самому человеку и всем специалистам, которые ему в этом могут профессионально помочь.

Анна ШАРАФАНОВИЧ



Яндекс банк

КАК ВЫРАСТИТЬ ЗДОРОВОГО РЕБЕНКА

Как заботиться о ребенке на всех этапах его взросления и родителям не допускать ошибок? Как с самого детства приучать детей к здоровому образу жизни?

На вопросы пап и мам отвечают **Исмаил Османов**, профессор, главный педиатр Москвы, главный врач детской больницы им. З.А. Башляевой, и **Лариса Суркова**, мать шестерых детей, кандидат психологических наук.

Почему главные опасности подстерегают новорожденного в первый год жизни?

Мнение педиатра



Османов И.

Большинство болезней взрослых берет свое начало в детском возрасте, особенно в первые дни жизни и даже во время беременности мамы. Поэтому внимание к здоровью ребенка нужно уделять с рождения, а еще лучше — до его планирования. Дети, не

воспитанные в духе сохранения здоровья, родители которых не занимались их самочувствием, в последующем чаще и тяжелее болеют.

Новорожденные очень уязвимы. У младенцев еще не выработан собственный иммунитет, охраняет их только материнский. Но через 2-3 месяца после рождения малыша мамина защита уже не работает, а прививок еще нет, поэтому ребенка подстерегает немало опасностей. Самое главное — защитить ребенка грудным вскармливанием. Никакое самое полезное

питание не заменит материнское молоко. Дети на грудном вскармливании реже болеют, интенсивней развиваются, у них выше способности к обучению. Это первая защита для ребенка. Вторая защита — вакцинация, она начинается с родильного дома и продолжается до 18 лет.

Грудное вскармливание — залог здоровья ребенка на всю оставшуюся жизнь, залог его интеллектуальных способностей. Это еще и удобство для мамы: не нужно покупать дорогие смеси, которые часто вызывают аллергию и колики. Девочки уже в подростковом возрасте должны получать знания о том, что ребенка надо кормить грудью и вовремя вакцинировать, владеть методами ухода за ребенком. Это своего рода культура, которая должна насаждаться еще в школе.

Кстати, в каждой российской поликлинике и больнице работают специалисты по грудному вскармливанию.

Мнение психолога

Я сама как мама поддерживаю грудное вскармливание. Но бывают ситуации, когда по каким-то причинам не сложилось кормление грудью. Нельзя ругать себя за это: «Я плохая мать». Самое лучшее, что вы можете сделать



Суркова Л.

для своего ребенка, — быть счастливой, не тревожной матерью. Если вас гложет чувство вины, всегда можно обратиться к психологу. К сожалению, таких мам очень много: «О боже, у меня кесарево сечение, я не сама родила», «Я не кормила грудью», «Отдала в три

года в детский сад». Мама найдет повод понервничать и назвать себя плохой, а папа добавит угрызений совести.

Меня всегда удивляет, почему в российской школе такое количество ненужных предметов, но при этом детей не учат заниматься своим здоровьем, не готовят из них мужей и жен, отцов и матерей. Подростки как губка впитывают в себя информацию из разных источников, но не получают важной установки: «Твое тело — твое дело. Ты должен о нем заботиться, заниматься своим здоровьем. Если мама и папа не водят тебя к врачу на диспансеризацию, попроси, чтобы отвели, сходи сам. У тебя есть все возможности».

Наш мир стал детоцентрированным. Все крутится вокруг детей, но чрезмерно. Родители бросаются из крайности в крайность. До трех лет воспитывать — поздно или рано? Важна мелкая моторика — надо давать пластилин в год или в три? Как можно раньше учить английскому — с пеленок или в 5 лет? Родители не понимают, что им делать и что для их детей важно.

На самом деле все очень просто. Надо осознать, что твой ребенок — это удивительный человек, он любит тебя с первых минут своей жизни и даже еще до рождения абсолютной безусловной любовью. У него никого нет ближе. Он принимает тебя, маму, такой, какая ты есть. И когда оказывается, что твой ребенок совсем непохож на героев в социальных сетях, на изображения с фотосессий, найди мудрость, чтобы принимать и любить своего ребенка таким, какой он есть.

Здесь очень важна роль пап. Мама не может работать мамой в режиме 24/7. Она должна иметь возможность отдыхать. Отец не должен прикрываться: «Я был на работе, зарабатывал деньги, а теперь мне надо поиграть за

компьютером». Папа обязан помочь маме! Вернулся вечером домой — взял ребенка на ручки. Пусть мама сходит в душ, побудет в одиночестве. Тогда у нее будет хорошее настроение и силы на мужа и ребенка.

Есть в психологии закон отзеркаливания. Ребенок отображает ситуацию в семье. Мама ходит вечно хмурая, недовольная, с каменным лицом — ребенок будет кричать, потому что в нем заложен инстинкт выживания. Если мама никаких эмоций не проявляет, ребенку природа подсказывает: «Ори, а то погибнешь». Человеческий детеныш вообще не приспособлен один выживать в этом мире. Он не может сразу на ножки встать, как олененок, и пойти травку жевать. Ему нужна мама. Слава богу, сейчас из педиатрии ушел миф о том, что ребенка нельзя держать на руках. Все поняли, что нужно обнимать и целовать малыша, рассказывать ему сказки. Этим его не испортишь. Недавно узнала о новом аксессуаре для коляски — держатель для телефона! Негоже маме целый день сидеть в соцсетях вместо того, чтобы с ребенком разговаривать.

Нужно ли разрешать ребенку спать с мамой?

Педиатр

Начиная с рождения, у малыша должно быть собственное пространство, своя кровать. До трех лет она может стоять там, где спят родители, позже ребенка надо отделять в свою комнату. Самое оптимальное — на ночь почитать книжку малышу в родительской кровати, а потом переложить ребенка в его постель. Как привыкнет, так дальше и пойдет. А если он приучился спать с родителями, потом тяжело отделить.



Психолог

Есть травматичные методы приучения к самостоятельному засыпанию: ребенка запирают в комнате, он плачет, боится. Я категорический их противник. Такая практика не пройдет бесследно. Посмотрите, почему ребенок отказывается спать один в детской. Не болен ли он? Когда дети болеют, они часто хотят быть рядом с мамой. Нет ли у него в это время скачков развития, тревоги? Ребенок часто приходит в постель к маме, если родители ссорятся. Потому что для него сон рядом с мамой — ощущение безопасности. Вообще надо понимать, что если у мамы с папой все хорошо, у ребенка тоже. Он даже меньше болеет. Если начинаются конфликты в семье, у ребенка возникают проблемы.

Сейчас многие родители оттягивают период вакцинации или вообще отказываются от прививок. Чем они рискуют?

Педиатр

Вакцинация — очень болезненная тема: часть родителей против нее, другие поддерживают. Но нужно понимать одно: прививки — это практика, выработанная десятилетиями. Не только в нашей стране, но и во всем мире. Во многих государствах вакцинация — принудительно-обязательное мероприятие.

Многие инфекции вакциноуправляемые. И родители, которые отказываются от прививок, к сожалению, не понимают, какими проблемами чревато их поведение. Они не видели детей, которые заболели и получили серьезные осложнения от инфекции. И только задним числом родители начинают винить себя, осознав, как же они были неправы, отказавшись от прививок.

Что касается осложнений от вакцин — они могут быть. Но это в миллионы раз меньше

риски, чем те осложнения, которые вызываются инфекциями. Как правило, все реакции сводятся к местным покраснениям, высокой температуре на протяжении 1-2 дней, но не более того. Когда врачи назначают прививки, они оценивают состояние здоровья ребенка, все возможные последствия. И если они есть, то доктора дадут временный медотвод от вакцинации.

Многие родители не делают прививки своим детям до трех лет. Дескать, они живут за городом, никуда не выезжают. Это неправильная позиция. Те вакцины, которые ставят в раннем возрасте, обязательны. И есть прививки, которые спустя 3 года уже не сделаешь — от ротавирусной инфекции, пневмококка, гемофильной палочки. Начинать нужно согласно календарю прививок, потом уже будет ревакцинация. А то, что ребенок сидит в коттеджном поселке и никуда не выезжает, не гарантирует, что инфекцию не занесут родители, гости...

Часто родители рассуждают так: «Наш ребенок получит все, чего мы была лишены в детстве». И записывают его во всевозможные студии и кружки, у него не остается свободного времени. Как найти баланс: с одной стороны — не лишать ребенка детства, а с другой стороны — дать нужное для обучения и развития?

Психолог

Большой вопрос. Прежде всего помните, что ваш ребенок — самый лучший для вас. Это важно.

По поводу раннего развития — к счастью, эта мода проходит. Лет 10 назад, когда был ее пик (дескать, «развивашки» надо давать с 6 месяцев!), я общалась с известным детским психологом Юлией Борисовной Гиппенрейтер, у нее же мне посчастливилось учиться. Она говорила: «Ничего, и это переживем». И оказалась права: сегодня уже никто не обучает шестимесячного ребенка 5 иностранным языкам. Психологи всегда были против такого подхода.

Нормальное развитие для ребенка — бегать, прыгать, скакать, брать червячков на руки, в лужах плескаться, говорить с родителями. Не мультики смотреть с трех месяцев, а общаться с папой и мамой.

С точки зрения психолога, для малыша важнее крупная моторика, чем мелкая. Пусть он у вас легко собирает лего или пазлы из мелких



деталей, но психолог, к которому вы придете за картой для детского сада, попросит малыша попрыгать на двух ножках. По статистике, 72% детей в 3 года прыгать не умеют. Их не научили. Им говорили: «Не лезь, не трогай, туда не ходи, упадешь».

Но когда мама меня спрашивает, а вести ли ей годовалого ребенка в клуб раннего развития, я отвечаю: «Конечно, ведите!» Потому что там будет 10 мам — им нужен социум, им важно общаться. Такие клубы больше для матерей, чем для ребенка.

Сейчас все чаще говорят об экологичном воспитании, когда просят с детьми больше говорить, гулять, проводить много времени на улице в любую погоду, следить, чтобы они находились в проветриваемых помещениях. Это верная установка.

Мне часто задают вопрос: когда надо начинать воспитывать ребенка и сколько часов в течение дня нужно этому посвящать? Я отвечаю: «Вы родители с 9 утра до 6 вечера, а потом вы свободны?» Так не бывает. Родитель — это навсегда. Вам принимать решения и думать о воспитании чада ежеминутно.

Не стоит ориентироваться на некие стандарты. Психология — наука размытая, у нас нет понятия нормы. Мы не сопоставляем детей друг с другом, мы сравниваем человека на протяжении его жизни. Вчера он этого не умел, а сегодня научился. И это прекрасно. А вот если он вчера умел, а сегодня не может, психолог бьет в колокола: что-то пошло не так! Но без перегибов. Не торопитесь! Всему свое время, и необходим здоровый подход.



Яндекс банк

Педиатр

Перегружать ребенка не стоит. Это сказывается не только на его психическом здоровье, но и на физическом также. В первую очередь — на заболеваниях нервной и сердечно-сосудистой системы. Отсюда бывают проблемы, так называемое синкопальное состояние (обморок), нарушение сердечных ритмов, головные боли. Не нужно стараться сразу впихнуть в ребенка как можно больше знаний и умений. Все требуется делать дозированно, поэтапно и с учетом индивидуальных особенностей ребенка и его склонностей.

Известный педагог порекомендовал учить иностранные языки от 3 до 6 лет. Это верно?

Психолог

Хорошо, что не сказал, что после трех уже поздно. Эта идея создала много мифов в головах у родителей. Дело в том, что с 3 до 6 лет ребенку важен социум. За компанию он и кашу хорошо ест, и на горшок легко садится, и английский без проблем учит. Малышу все интересно. На фоне игровой деятельности возникают познания. Естественно, в таком возрасте нельзя говорить об уроках по 45 минут. Есть огромное количество методик в играх, танцах, песнях. Но поверьте, и после 6 лет не поздно начать изучение языков, мозг продолжает развиваться.

Педиатр

Иностранные языки, конечно, нужно изучать, но не с шести месяцев. В раннем возрасте ребенок действительно лучше впитывает знания, усваивает языки. Но здесь должна быть соответствующая среда.

Как заставить ребенка полюбить овощи и фрукты?

Педиатр

Вопрос правильного питания с самого рождения очень важен. Нарушение рациона может сказаться не только на органах желудочно-кишечного тракта, но и на других. Мы в клинике видим немало детей с избыточной массой тела. В последующем — это риск развития сахарного диабета, артериальной гипертензии, заболеваний сердечно-сосудистой и нервной системы, репродуктивной способности. Причем эти недуги имеют тенденцию к омоложению, которые появляются даже

в раннем возрасте. Важно привить здоровые вкусы.

Если родители придают значение культуре питания, у ребенка вырабатывается потребность к здоровой еде, организм ее требует, малыш привыкает к правильному рациону.

Между приемами пищи можно дать сладкое, но не взамен завтрака-обеда-ужина. И нормально питаться ребенок будет лишь при достаточной физической активности. Пусть проведет время в парке, на спортплощадке, а потом пригласите его за стол. Если ребенок дома сидит в гаджетах, он не сжигает калории, аппетита нет.

Психолог

Как приучить ребенка есть овощи? Ешьте овощи сами! Опять же первый закон психологии — отзеркаливание. Если родители едят нездоровую пищу, ребенок будет поступать так же. Вы для него царь и бог, он вам подражает. Начните с того, чтобы в вашей тарелке было брокколи.

К сожалению, в наших семьях уходит культура питания. У нас нет ритуалов семейной трапезы — обедов, ужинов. Нет привычки есть всем вместе за стол, обсудить события дня в доброй атмосфере, тогда замысловатая капуста и все остальные овощи-фрукты пойдут на ура, потому что ребенок получит удовольствие быть рядом с родителями, говорить с ними.

Мы с коллегами замечаем настоящую катастрофу. Каждый год вместе с ожирением молодеет возраст детских булимий и анорексий. Сначала появляется в жизни ребенка бабушка, которая пичкает его едой, пока она не полезет из ушей. Чтобы каша лучше заходила, бабушка поставит перед малышом планшет с мультиками. Впрочем, также поступают и мама, или няня. Что такое еда за гаджетами? Если ребенок смотрит в гаджет и видит, что там едет синий трактор, он не замечает, что ему кладут в рот. К сожалению, также едят и самими родителями — за просмотром фильмов. А ведь они пример для ребенка.

Есть, конечно, секреты. Например, кладите меньше порции, чтобы потом не биться за то, что нужно съесть все до последней капли. Если ребенок получит сладости в неограниченном количестве, то рано или поздно от них откажется и, как правило, на 4-5-й день попросит борща.

Пригласите школьника помочь вам в составлении меню на неделю. Когда ставишь перед

ним задачу съесть столько-то белков, жиров, углеводов, ребенку становится интересно, он понимает резон правильного питания.

Как помочь ребенку привыкнуть к школе?

Психолог

В Москве запрещено принимать в школу детей раньше 6,5 полных лет. Это верно. К этому возрасту уже развита усидчивость, не вызывают дискомфорта какие-то рамки-ограничения. У ребенка сформирована познавательная деятельность. Очень важно, чтобы во время уроков были пятиминутки отдыха. Ребенок должен немножечко подвигаться.

Совет родителям: хотя бы в сентябре не направляйте детей тридцатью кружками, дайте ему немного привыкнуть к школе. И помните: в школу отправляетесь не вы, а ваш ребенок. Дайте пройти ему этот путь самостоятельно, совершить свои ошибки, делать одному домашнее задание. Превратите годы учебы в радость. Школа дана как школа жизни: уроки дружбы и первой любви, опыт установления социальных контактов. Образование важно, но давно доказано, что за 5,5 лет можно не торопясь, освоить школьную программу. Растянута учеба на 11 лет с другой целью — важный период взросления.

Вспомните свои школьные истории, расскажите ребенку, как было здорово. Пусть для него школа будет прекрасным светлым периодом.

И еще подумайте, как ваши дети будут отдыхать. Это не значит сменить общеобразовательную школу на музыкалку или хоккейную секцию. Отдых — время, предоставленное самому себе, и точно не за гаджетом.



Педиатр

Ребенка надо заблаговременно готовить к школе. Приучать его слушать учителя, концентрировать внимание, сидеть молча, выработать режим дня и создать ему оптимальные условия для здоровья. Дома должны быть эргономичными стол и стул, свет должен падать правильно, ранец — не портить спину. В этом возрасте есть риски ухудшения осанки и зрения, нервных перегрузок.

Как научить первоклассника доброму общению с одноклассниками? На что обратить внимание?

Психолог

Призываю родителей не ждать сразу проблем. Все будет хорошо.

В первом классе родителям самим надо заняться командообразованием. Устраивайте пикники, собирайтесь классом — с другими родителями. Такая неформальная обстановка поможет и вам, и детям. Этого будет достаточно для профилактики проблем в психологическом плане на первом учебном году. Смотрите за ребенком, чтобы он не переутомлялся, не выгорал. Многие взрослые испытали на себе профессиональное выгорание, в личностном плане, но никто не думает, что у ребенка могут быть подобные проблемы. В ноябре все первоклассники начинают говорить: «Я больше в школу не пойду!» Создавайте как можно больше позитива вокруг детей.

Помните правило: в первом классе не должно быть домашних заданий. Ни официальных, ни неофициальных. Ребенок должен во второй половине дня заниматься другими видами деятельности, и тогда его социализация, адаптация в коллективе пройдет хорошо.

Хочется ребенку все купить. Но как найти золотую середину, чтобы не избаловать его?

Психолог

Конечно, родителю трудно удержаться от покупок: таких удивительных игрушек в их детстве не было. Мама еще только забеременела, папа уже покупает железную дорогу, потому что в детстве самому такую хотелось. Но

пресыщение ведет к большой беде: наши дети перестают мечтать. Мы сами мечтали, строили планы: «Что же я получу на Новый год?» А сегодня просишь ребенка написать письмо Деду Морозу, а он говорит, что совсем ничего не хочет или «хочу все». Важно не лишать детей такой радости, как мечта. Если ребенок хочет многого, можно попросить его написать список и потом через какое-то время туда заглядывать и что-то одно покупать.

Но, увы, спустя 15 лет дети не вспомнят об игрушке, которую им подарили. Но запомнят, как ходили с папой на каток или собирали с мамой ягоды в лес, потому что это самое ценное. Все материальное потухнет. Так что в первую надо заботиться об эмоциональном интеллекте ребенка. Дарите ему яркие эмоции!!!

Тревожна ситуация, когда родители в разводе и папа приходит только на выходной день, словно Дед Мороз с мешком подарков. Свежих впечатлений никаких, зато куча игрушек. В итоге начинается игра в доброго и злого полицейского: мама занимается ребенком каждый день, ей надо решать и бытовые вопросы, а папа — праздник.

Как уговорить 12-летнего ребенка-подростка заняться плаванием ради исправления осанки?

Педиатр

Это общая проблема: подростки абсолютно никакого внимания не уделяют своему здоровью. Я был удивлен, но один социологический опрос выявил, что здоровье в рейтинге подростков стоит на 9-м месте. Заставлять ходить на занятия фитнесом недействительно. Эффективен только собственный пример.

Психолог

В этом возрасте надо сказать: «Так, дочь, мы идем с тобой в бассейн... У нас сегодня с тобой массаж на соседних креслах». Только такая тактика работает в подростковом возрасте, остальное встретит отрицание. И тогда бассейн будет в удовольствие. Это будет личное время, проведенное вместе с мамой. А еще сходите к врачу. Доктор всегда является авторитетом для детей. Подросток прислушается к его рекомендации.

Светлана ЧЕЧИЛОВА



ГИПЕРМОБИЛЬНОСТЬ И СПОРТ: ВЗВЕСИМ ПЛЮСЫ И МИНУСЫ

Синдром гипермобильности — достаточно распространенная патология суставов у детей и взрослых. Это болезнь соединительной ткани, затрагивающая опорно-двигательный аппарат, без системных ревматологических проявлений.

Выражается патология слабостью суставов, сопровождается болью, дискомфортом после физических упражнений, а также повторяющимися раз за разом подвывихами. Люди с гипермобильностью обычно жалуются на долговременные боли и плохо переносят занятия спортом.



Чижевская О.

По современным данным, гипермобильность передается по наследству. С медицинской точки зрения заболеванием она не является, но объяснить просто, что такое гипермобильность, можно словом «гуттаперчивость». Сегодня о синдроме гипермо-

бильности рассказывает **Ольга Чижевская**, директор компании «Подиастр», исполнительный директор Ассоциации медицинских центров и врачей «Лига подиатрии», эксперт медицинской системы ортезирования стоп ФормТотикс.

ПЛОСКОСТОПИЕ И СКОЛИОЗ? ВОЗМОЖНО, ЭТО ГИПЕРМОБИЛЬНОСТЬ

С медицинской точки зрения, это не совсем верно, но объяснить просто, что такое гипермобильность, можно словом «гуттаперчивость». Быть гибким — хорошо, но вот излишняя гибкость, как правило, «добавляет» в анамнез пациента рецидивирующие смещения, подвывихи, разрывы связок или сухожилий, особенно среди тех, кто увлекается спортом. Исследования показывают, что у пациентов с синдромом гипермобильности также часто можно выявить внесуставные аномалии, которые более типичны для других наследственных заболеваний соединительной ткани. Такие «находки» могут включать плоскостопие, сколиоз, лордоз, X-образное

искривление ног, латеральное смещение надколенника и варикозное расширение вен.

УДИВИТЕЛЬНАЯ ГИБКОСТЬ

Как правило, нас совсем не беспокоят ни переразгибание в суставах (например, в локтях), ни чрезмерная гибкость. Наоборот, считается, что это «прекрасные данные» для занятий гимнастикой, танцами или даже балетом. Да, действительно, гибкость — один из важных критериев отбора у тренеров, но именно дети с гипермобильностью уже в 13-17 лет становятся «завсегдатаями» кабинета врача: травмы и хронические вывихи становятся привычкой, а боли в спине просто не дают жить.

Еще раз повторим, сам синдром гипермобильности суставов заболеванием не является, но он может быть проявлением группы очень серьезных патологий, объединенных под названием **«дисплазия соединительной ткани»**.

Степень выраженности гипермобильности больше у детей (до 40% у школьников, тогда как во взрослой популяции — от 8 до 15% по сведениям разных авторов), также доказана зависимость от пола и расовой принадлежности.

КАК ОПРЕДЕЛИТЬ ГИПЕРМОБИЛЬНОСТЬ СУСТАВОВ

Еще до похода к врачу можно самостоятельно попробовать оценить степень гипермобильности. Без специального оборудования и буквально за пару минут можно выяснить, есть ли повод для беспокойства. Тест Бейтона для выявления



Яндекс банк

гипермобильности является классическим, общее количество баллов — 9:

- попробуйте выгнуть локти и колени: если есть переразгибание, поставьте себе 1 балл за каждый сустав (максимальное количество баллов в этом шаге — 4 балла);
- возьмите себя за большой палец руки и попробуйте пассивно согнуть запястье: если большой палец коснулся предплечья, добавьте себе 1 балл (+1 балл, если «фокус» удался и на другой руке);
- возьмите себя за мизинец и отводите его вверх и вниз: если палец удалось отвести в обе стороны более чем на 90 градусов, прибавляйте по 1 баллу для каждой руки;
- попробуйте наклониться и коснуться ладонями пола, колени держите прямыми: если получилось, добавьте к сумме еще 1 балл.

Оценка от 4 до 9 баллов (4 признака из 9) считается положительным маркером гипермобильности суставов.

НА ЧТО ВЛИЯЕТ ГИПЕРМОБИЛЬНОСТЬ

Как уже говорилось, синдром гипермобильности в большинстве случаев — генетическая врожденная патология, при которой имеется дефект белка коллагена. Именно из-за его недостатка увеличивается растяжимость связок и сухожилий и снижается прочность суставов. Начинаются проблемы с позвоночником и стопами, появляются диагнозы «плоскостопие», «сколиоз», «артроз» и пр., а слабые связки в итоге приведут к образованию грыж, опущению внутренних органов.

Кроме того, недостаток коллагена делает кожу тонкой и чувствительной к внешним воздействиям, вызывает мигрени, головокружения, сонливость, потливость и нарушение кровотока в ногах и руках (холодные руки и ноги даже в жару).

ДОКТОР, ЧТО ПОРЕКОМЕНДУЕТЕ?

Врачи считают наличие гипермобильности не лучшим поводом отдавать ребенка в большой спорт, какие бы преимущества не приносила удивительная гибкость. Вывихи и подвывихи,



Яндекс банк

боль в суставах, воспаление сухожилий и суставных сумок, туннельный синдром, хроническая боль и слабость мышц — это только начало списка спортивных травм и заболеваний.

Но как же быть? Как укрепить связки и мышечный корсет вокруг пораженных суставов? С гипермобильностью весь спорт под запретом?

Разумеется, нет. Во-первых, хотя и есть виды спорта «строго запрещенные» при гипермобильности и заболеваниях суставов, существуют такие виды физической активности, которые приветствуются и рекомендуются врачами. Начнем с категорических запретов: контактные виды спорта (любая борьба), игровые (футбол, баскетбол и пр.), тяжелая атлетика, прыжки (в том числе с трамплина), бег. Нагрузка на суставы, силовая или скоростная, может их полностью «убить» и усугубить патологический процесс.

Лучше всего таким пациентам подойдут плавание и аквааэробика (полностью исключена нагрузка на суставы), пилатес или йога (улучшает кровообращение, положительно влияя на ткани суставов и суставные сумки). Рекомендуется начать с консультации врача — ортопеда/подиатра, а затем обратиться к грамотному

врачу или инструктору ЛФК, которые подберут индивидуальный комплекс упражнений.

Гимнастика при синдроме гипермобильности суставов имеет особенность — она включает так называемые «изометрические» упражнения, при которых происходит значительное напряжение мышц, но объем движений в суставах минимален. В зависимости от локализации болевого синдрома рекомендуют укреплять мышцы бедер (коленные суставы), плечевого пояса, спины и т. д.

Если гипермобильность не «сильно запущенная», возможны занятия ходьбой, лыжами или езда на велосипеде. Эти виды физической активности при разумном и умеренном подходе будут прекрасной физкультурой, помогут укрепить связки и мышцы, улучшить кровообращение для пациентов любого возраста. Следует избегать малой подвижности, поскольку увеличение веса усугубляет проблемы.

КАК РАЗГРУЗИТЬ СУСТАВЫ В ПОВСЕДНЕВНОЙ ЖИЗНИ?

Боли, дискомфорт, подвывихи, начинающееся или прогрессирующее плоскостопие при гипермобильности — во всех этих случаях одной из причин будет чрезмерная нагрузка на стопу. Для снижения подошвенного давления и правильного распределения нагрузки врачи подиатры рекомендуют ортопедическую поддержку — индивидуальные ортезы стопы полного контакта (стельки). Такие стельки позволяют восстановить соосность нижних конечностей, вернуть поверхности суставов к конгруэнтному состоянию, что также позволит сбалансировать и уменьшить боли и дискомфорт.

*Подготовлено Ассоциацией
«Лига подиатрии»*

CFO Russia, группа Просперити Медиа

7 ОКТЯБРЯ, МОСКВА

**ВОСЬМАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ
«ЦИФРОВЫЕ ТЕХНОЛОГИИ
В ФАРМАЦЕВТИКЕ: ФОКУС
НА ИМПОРТОЗАМЕЩЕНИИ
И ПОВЫШЕНИИ ЭФФЕКТИВНОСТИ»**

Актуальная информация
на сайте организаторов

Реклама ООО «ПРОСПЕРИТИ МЕДИА»

СПЕЦИАЛИЗИРОВАННЫЕ МЕРОПРИЯТИЯ

PROF  **meeting**

**НОВЫЕ БИЗНЕС-ВСТРЕЧИ
С ДИРЕКТОРАМИ ПО ЗАКУПКАМ
АПТЕЧНЫХ СЕТЕЙ**

**НАМ
12
ЛЕТ!**

В ПРОГРАММЕ:
презентации, переговоры,
лекции, живое общение

www.profmeeting.ru

**20
ОКТЯБРЯ**
САМАРА

Заявки на участие присылайте:
ns@profmeeting.ru или по телефону
89036647715, Надежда Свищёва

Реклама

Посвящается 80-летию со дня рождения Ю.Б. Белоусова

17

НАЦИОНАЛЬНЫЙ КОНГРЕСС ТЕРАПЕВТОВ

С МЕЖДУНАРОДНЫМ
УЧАСТИЕМ

МОСКВА, 12–14 ОКТЯБРЯ 2022

МЕЖДУНАРОДНЫЙ
ВЫСТАВОЧНЫЙ
ЦЕНТР
«КРОКУС ЭКСПО»



Зарегистрироваться на сайте congress.rnmot.ru

Конгресс-оператор:

KST
GROUP

ООО «КСТ Групп», Москва, Научный проезд, 14Ас1
Телефон: +7 (495) 419-08-68
Электронная почта: info@kstgroup.ru

ТЕРАПЕВТИЧЕСКИЙ
ЭКСПРЕСС

12-14 октября 2022

Место проведения:

Волгоград Арена
пр. В.И. Ленина, 76Администрация Волгоградской области,
Комитет здравоохранения Волгоградской области,
Волгоградский государственный медицинский университет,
Выставочный центр "Царицынская ярмарка"**XXXII специализированная
межрегиональная выставка****ВОЛГОГРАД****МЕДИЦИНА****и ЗДРАВООХРАНЕНИЕ**В рамках выставки
специализированная экспозиция**ЗДОРОВЬЕ МАМЫ
и МАЛЫША**www.zarexpo.ru

Выставочный центр "Царицынская ярмарка"

Тел./факс: (8442) 26-50-34, e-mail: nastya@zarexpo.ru

VIII Ежегодная Международная Конференция «Стандарты качества фармацевтической ЛОГИСТИКИ» Quality PharmLog-2022

28/10

2022

Москва

Организатор Конференции



Тел.:
+7 (495) 579-15-06
+7 (917) 589-48-80
E-mail:
info@logistic-community.ru
www.logistic-community.ru

Реклама

Стратегические партнеры






Официальные спонсоры







ISPE®

Eurasian Economic
Union Affiliate

КОНФЕРЕНЦИЯ ISPE EAЭС – 2022

9 – 10 Ноября 2022

Отель Кортъярд,
Санкт-Петербург центр

Регистрация на сайте:
www.conference.ispe.ru









Генеральный
партнёр
ISPE EAЭС



Р-ФАРМ
Инновационные
технологии
здоровья

РЕКЛАМА
Международная ассоциация фармацевтического
инжиниринга Евразийского экономического союза

29-АЯ МЕЖДУНАРОДНАЯ ФАРМАЦЕВТИЧЕСКАЯ ФОРУМ-ВЫСТАВКА

аптека

2022



ЧТО ЖДЕТ УЧАСТНИКОВ ВЫСТАВКИ:

- B2B формат мероприятия;
- 2500+ профессиональных покупателей;
- профиль посетителя: руководители аптек и аптечных сетей (45%), фармацевты и провизоры (35%), дистрибьюторы (15%).

+7 (495) 925-65-61/62
info@aptekaexpo.ru

24-26 ноября 2022

МОСКВА •

ИННОВАЦИОННЫЙ ЦЕНТР «СКОЛКОВО» • АМАЛТЕЯ ХОЛЛ

ОРГАНИЗАТОР



ПРИ ПОДДЕРЖКЕ



aptekaexpo.ru

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.

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

Свидетельство о регистрации

№ 019126 от 21.07.1999
Государственного Комитета Российской
Федерации по печати

Главный редактор

Лактионова Е. С.

Заместитель главного редактора

Стогова Н. М.

Компьютерный дизайн и верстка

Руфова А. К.

Корректор

Соловьева Н. Г.

Реклама

ООО «АСофт XXI»
8 (495) 720-87-05

Периодичность

Газета выходит 1 раз в месяц

Интернет-версия газеты

mosapteki.ru