

референтные тест-штаммы: *Staphylococcus aureus* ATCC 26923, *Escherichia coli* ATCC 25922, *Pseudomonas aeruginosa* ATCC 27853. Микробная нагрузка составляла 10⁷ микробных клеток на 1 мл среды и устанавливалась по стандарту McFarland. В работе использовали 18-24 часовую культуру микроорганизмов. Для исследований использовали агар Мюллера-Хинтон.

Согласно методу «колодцев», определение активности субстанций проводили на двух слоях плотной питательной среды, разлитой в чашки Петри. В нижнем слое использовали «голодные» не засеянные среды (агар-агар, вода, соли). Нижний слой представлял собой подложку высотой 10 мм, на которую горизонтально устанавливали 3-6 тонкостенных цилиндров из нержавеющей стали диаметром 8 мм и высотой 10 мм. Вокруг цилиндров заливали верхний слой, состоящий из питательной среды, в который вносили соответствующий стандарт суточной культуры тест-микроба. Объем среды для верхнего слоя колебался от 14 до 16 мм. Чашки подсушивали 30-40 мин при комнатной температуре и ставили в термостат на 18-24 ч.

Результаты и обсуждения. При оценке антибактериальных свойств химических соединений учитывали следующие критерии: отсутствие зон задержки роста микроорганизмов вокруг лунки, а также зоны задержки до 10 мм (указывает на то, что микроорганизм не чувствителен к внесенному в лунку образцу); зоны задержки роста диаметром 10-15 мм (указывают на малую чувствительность культуры к испытываемому веществу в соответствующей концентрации); зоны задержки роста диаметром 15-25 мм характеризуются как показатель чувствительности микроорганизма к испытываемому образцу; зоны задержки роста, диаметр которых превышает 25 мм, свидетельствует о высокой чувствительности микроорганизмов к исследуемым образцам.

Выводы. В ходе исследований установлено, что синтезированные нами производные 3-циано-6-фторхинолонов-4 по приведенным выше критериям проявляют умеренную антимикробную активность в отношении грамположительных (*Staphylococcus aureus*) и высокую активность в отношении грамотрицательных (*Pseudomonas aeruginosa*) микроорганизмов и потенциально могут быть использованы как фармакологически активные субстанции антибактериальных лекарственных средств.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Спиридонова, Н.В., Силян, А.В., Коваленко, С.Н., Журавель, И.А. (2015). Синтез функциональных производных на основе взаимодействия 3-циано-фторхинолонов с нуклеофильными реагентами. Вестник КазНМУ, №3, С. 420-423.

АНАЛИЗ ЛЕКАРСТВЕННЫХ НАЗНАЧЕНИЙ ДЛЯ ТЕРАПИИ ОРВИ У ДЕТЕЙ В БОЛЬНИЦЕ ХАРЬКОВСКОЙ ОБЛАСТИ

А.А. Старжинская, 5 курс, факультет «Медико-фармацевтический»

Национальный фармацевтический университет

г. Харьков, Украина

Научный руководитель: д. фарм. н., доцент О.В. Ткачева

Кафедра фармакоэкономики

Актуальность. Острые респираторные заболевания (ОРЗ) это наиболее распространенные инфекционные заболевания во всем мире, которыми наиболее болеют дети раннего возраста. До 90% ОРЗ вызваны респираторными вирусами и вирусами гриппа, поэтому их принято называть «острой респираторно-вирусной инфекцией» (ОРВИ). В связи со значительным распространением ОРВИ, данное заболевание является поводом для необоснованного лечения и наиболее частой причиной побочного действия лекарств.

Цель и задачи. Определение частоты и необходимости лекарственных назначений детям с ОРВИ, проходивших лечение в одной из больниц Харьковской области.

Материалы и методы исследования. В данном исследовании проанализирована 101 история болезни детей с основным диагнозом ОРВИ, проходивших лечение в инфекционном отделе-

нии больницы в Харьковской области в течение 6 месяцев (январь-июль) 2015 года. Анализ врачебных назначений пациентам проводили с помощью вспомогательного метода фармакоэкономического анализа - частотного анализа [1].

Результаты и их обсуждение. В исследовании участвовали дети от 2 месяцев до 17 лет: 54 девочки и 47 мальчиков. Среднее количество койко-дней на 1 больного составило 6. У незначительного количества детей наряду с основным диагнозом были установлены сопутствующие заболевания: ларинготрахеит (3 больных), острый бронхит (4 больных). У некоторых пациентов обнаружены осложнения ОРВИ: гипертермичный синдром (12 больных) и кетоацидоз (4 больных). Для фармакотерапии всех пациентов с ОРВИ за исследуемый период всего было назначено 117 лекарственных средств. Лидерами по врачебным назначениям стали антисептические средства (87 назначений), антибиотики (72), антигистаминные ЛС (58), пробиотики (49), иммуностимуляторы (44), НПВС (40), витамины (34), сосудосуживающие (27), противовирусные средства (25), муколитики (19).

Среди указанных лидеров по фармакологическим группам только НПВС, муколитики, сосудосуживающие и антисептические средства использовались в схемах комплексной терапии ОРВИ в соответствии с требованиями клинического протокола оказания медицинской помощи (КПОМП) при гриппе и острой респираторной инфекции (ОРИ) у взрослых и детей (Приказ Минздрава Украины № 499 от 16.07.2014). Установлено, более 60% детей, больных ОРВИ без сопутствующих заболеваний, с 1 дня терапии получали антибиотики, что не соответствует принципам лечения ОРВИ. Нецелесообразность профилактической антибиотикотерапии при ОРВИ у детей доказана в различных клинических исследованиях. Антибиотики назначают после 5 дней лечения ОРВИ в том случае, если больному грозит развитие бактериальной инфекции, например, осложненной формы синусита. Таким образом, полученные результаты показали, что большинство детей с ОРВИ получали нерациональную фармакотерапию, которая не соответствует требованиям КПОМП при гриппе и ОРВИ у взрослых и детей.

Вывод. Проведенный анализ лидеров по назначениям детям с ОРВИ свидетельствует о недостаточно рациональном применении лекарственных средств, поскольку большинство назначений не согласовывалось с КПОМП при гриппе и ОРВИ у взрослых и детей. К нерационально назначенным группам препаратов отнесены: антибиотики, пробиотики, витамины, иммуностимуляторы, противовирусные и антигистаминные средства.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Воробьев П. А. (2004). ABC-, VEN- и частотный анализы в здравоохранении. Проблемы стандартизации в здравоохранении, 3, 10–12.

ОРГАНИЗАЦИЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ УПОЛНОМОЧЕННОГО ЛИЦА НА БАЗЕ ДИСТРИБЬЮТОРСКОЙ ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОЙ КОМПАНИИ

*Н. В. Суханова, аспирант кафедры управления качеством,
Национальный фармацевтический университет,
г. Харьков, Украина*

*Научный руководитель: д.фарм.н, доц. В. А. Лебединец,
кафедра управления качеством*

Актуальность. В соответствии с национальными нормативами Украины и ЕС, Уполномоченное лицо (УЛ) на фармацевтическом предприятии (ФП) – это работник с высшим фармацевтическим образованием и стажем работы не менее 2-х лет, на которого возложена ответственность за функционирование системы обеспечения качества лекарственных средств (ЛС) и предоставления разрешения на дальнейшую их реализацию [1, 2]. Рациональная организация деятельности УЛ на ФП сегодня представляют научный и практический интерес по причинам того, что опыта организации и регламентации их деятельности на дистрибуторских предпри-