

У разі використання крохмалю змінюється традиційна технологія паст: оскільки крохмаль при змішуванні з гарячим вазеліном може утворювати крохмальний клейстер, тому спочатку готують суміш цинку оксиду і кислоти саліцилової з частиною розплавленого вазеліну, а потім до напівохолодженої маси додають крохмаль, і в кінці – залишок вазеліну.

Однак існує й друга технологія пасти Лассара: у підігрітій ступці розтирають цинку оксид і змішують його з крохмалем, суміш висипають на капсулу. Далі у ступці розтирають кислоту саліцилову з мінімальною кількістю розплавленого вазеліну, додають ще приблизно половину вазеліну, змішують. Потім у ступку додають вибрану суміш порошків, змішують і додають залишок розтопленого вазеліну. Приготовану пасту перемішують до повного охолодження та фасують у мазеві баночки для зберігання при різних температурах.

На підставі проведених фізико-хімічних досліджень показана практична однаковість органолептичних показників паст, приготовлених за різними технологіями (колір, запах, однорідність, консистентні властивості) та її стабільність протігом 30 діб.

Однак, при порівнянні зразків щодо споживацьких властивостей, можна констатувати, що більш ніжна консистенція та краща намазуваність притаманні для пасти, приготовленої за другою технологією.

Проблеми організації надання медичної та фармацевтичної допомоги

хворим на цукровий діабет в Україні

Пелешко О. А, Чернуха В.М., Панфілова Г.Л.

*Кафедра організації та економіки фармації**

Національний фармацевтичний університет, м. Харків, Україна

vitaly1963@ukr.net

Цукровий діабет (ЦД) постає як тяжка патологія, що відноситься до значущих медико-соціальних проблем. Забезпечення хворих на ЦД ліками визнана у багатьох країнах як проблема державного рівня, а також вона є пріоритетом для національних систем охорони здоров'я. Так, за даними Міжнародної діабетичної федерації (International Diabetes Federation – IDF) нині світі налічується близько 250 млн хворих на ЦД, а у 2030 р. їх буде близько 320 млн, а за іншими даними – їх буде понад 530 млн. Якщо ж враховувати пацієнтів із порушеною толерантністю до глюкози, то зараз таких хворих у всьому світі налічується 480 млн, тобто кожен 8–10-й чоловік має порушену інкреторну функцію підшлункової залози. У 2007 р. Організація Об'єднаних Націй звернулася до усіх глав держав із закликом створювати державні програми і вирішувати цілу низку проблем, пов'язаних із поширенням ЦД. За даними

ВООЗ, ЦД є одним із найбільш поширених серед неінфекційних захворювань, кількість хворих зростає у геометричній прогресії, а сама патологія характеризується високим ризиком виникнення ускладнень, таких як діабетична ретинопатія, нефропатія, діабетична стопа. Крім того, кількість випадків інфаркту міокарда та інсульту у хворих на ЦД значно вища, ніж у середньому в популяції. Все це призводить до інвалідизації та передчасної смертності таких хворих.

Україна займається вирішенням проблем організації ефективної медичної та фармацевтичної допомоги ще з 1999 р. Так, у зазначеному році указом Президента України була започаткована перша програма заходів по боротьбі із ЦД в Україні. Одним із ключових питань, яке було у цій програмі, це безкоштовне забезпечення хворих високоякісними інсулінами вітчизняного виробництва. На даний час в Україні зазначене питання вирішено, працюють два заводи – «Індар» і «Фармак», і препарати інсуліну, які виробляються на них, та вони повністю відповідають вимогам європейських і американської фармакопей. Держава щороку виділяє близько 500 млн грн. на закупівлю інсулінів. Тобто, практично всі хворі отримують високоякісні інсуліни вітчизняного і зарубіжного виробництва.

Для хворих ЦД з квітня 2017 р. запрацювала урядова програма «Доступні ліки», яка передбачає реімбурсацію вартості споживання цукрознижуючих препаратів Метформін (Metformin), Гліклазид (Gliclazide), Глібенкламід (Glibenclamide). Держава компенсує вартість найдешевшого лікарського засобу, який подав заявку на участь в програмі «Доступні ліки». Такий препарат пацієнт матиме змогу отримати безоплатно. Дорожчий препарат, ціна на який не перевищує граничну референтну, хворих на ЦД може отримати, доплативши різницю між мінімальною ціною та роздрібною ціною обраного препарату. Ліки, ціна на які перевищує референтну ціну в 5 сусідніх країнах, не підпадають під програму відшкодування. Також наявність препарату у програмі залежить від рішення про його участь від виробника - він має подати заявку для включення свого препарату до реєстру. Ефективність провадження зазначеної програми була високо оцінена міжнародними організаціями, насамперед, ВООЗ.

В усіх державних програмах по боротьбі із ЦД закладено створення дієвої системи медичної допомоги пацієнтам з ускладненнями, про які мова йшла вище, створення кабінетів із навчання хворих на ЦД самоконтролю. На превеликий жаль перші позитивні кроки у цьому напрямку були зроблені, але надалі вони потребують постійного відповідного фінансування. Треба акцентувати на питаннях профілактиці ускладнень ЦД. Організація ефективної профілактики цього загрозливого захворювання можлива тільки за однієї умови, а саме, якщо перебіг захворювання буде компенсованим. З цією метою обов'язково необхідно визначати у хворих на ЦД глікозильованого гемоглобіну, причому охопити такими обстеженнями слід за можливості усіх пацієнтів. Тяжкі гіпоглікемічні стани не минають без наслідків, вони

пов'язані у часі з інфарктами міокарда та інсультами. Було встановлено, що після тяжкої гіпоглікемії підвищується ризик розвитку інфаркту міокарда або інсульту протягом 1 року. Нагальною проблемою є також ефективне введення електронного реєстру хворих на ЦД, який запрацював з 2009 р.. Він необхідний не лише для закупівлі інсулінів чи цукрознижувальних препаратів та медичного обладнання, а й з метою постійного та ефективного моніторингу діагностики й ефективності лікування зазначеної групи хворих. Як свідчать дані епідеміологічних досліджень в Україні офіційно зареєстровано понад 1,2 млн хворих на ЦД, але на один зареєстрований випадок виявляється ще 2,5–3,2 незареєстрованих пацієнта. Таким чином, реальна цифра кількості хворих на ЦД дорівнює значень 3,5-4,0 млн хворих на ЦД. Завдяки сучасним науковим розробкам якість лікування покращилася за рахунок, зокрема, застосування виключно людських інсулінів та аналогів інсулінів не тільки безпікової, а й ультракороткої дії.

Наприкінці треба зазначити, що проблему підвищення ефективності надання медичної та фармацевтичної допомоги треба вирішувати комплексно та системно, враховуючи фінансової можливості вітчизняної системи охорони здоров'я та потребу цієї групи хворих у відповідних послугах.

**Дослідження ККМ та вибір первинного ПАР-детергенту
для розробки косметико-гігієнічних засобів піномийної дії**

Петровська Л.С., Баранова* І.І., Безпала Ю.О.*

Кафедра косметології і ароматології

*Кафедра товарознавства**

Національний фармацевтичний університет, М. Харків, Україна

l.s.petrovskaya96@gmail.com

Обґрунтування складу сучасного піномийного засобу складається з комплексу фізико-хімічних, мікробіологічних, фармако-технологічних досліджень. При розробці гігієнічно-профілактичного засобу очищувальної дії на основі ПАР, у першу чергу, необхідно провести: встановлення параметру - концентрації, при якій починається міцелутворення бінарних систем «ПАР-розчинник»; дослідити прогнозовану синергію та вплив суміші детергентів на в'язкість та піноутворювальну здатність засобу у певному інтервалі рН,

Конкурентоспроможний вітчизняний препарат очищувальної дії – це система, що складається з піномийної основи, до складу якої раціонально вводити комплекс поверхнево-активних речовин (ПАР) аніонного, амфотерного та неіоногенного характеру. Для