

варные границы рынка ограничивались лекарственными препаратами, изготавливаемых в заводских условиях. Территориальная граница анализируемого рынка охватывала регионы Западной Сибири.

Состояние конкурентной среды регионального фармацевтического рынка находится в широком диапазоне от полной монополизации на федеральном уровне до монополистической конкуренции среди региональных фармацевтических предприятий. Ограниченность конкурентной среды фармацевтического рынка на федеральном и региональном рынке сдерживает реализацию механизма управления издержек и как следствие происходит блокирование основной задачи конкуренции по снижению цен на лекарственные средства. В подобных условиях усилия по демополизации и разгосударствлению фармацевтических предприятий носит экстенсивный характер, не позволяющий решать вопросы по созданию эффективной конкурентной среды, которая имеет возможность определять процессы: снижения цен, минимизации издержек обращения, совершенствования эффективности лекарственной помощи и др.

Основными сдерживающими причинами являются:

1. недостаточное внимание предприятий производителей фармацевтической продукции к вопросам фармакоэкономических преимуществ выпускаемой продукции;

2. отсутствие общедоступного информационного поля фармацевтической коммерческой информации;

3. отсутствие конструктивной нормативной базы по регламентированию конкуренции на фармацевтическом рынке;

5. осуществление выхода на фармацевтический рынок иностранных производителей, которые за счет демпинговой политики ведут подрыв конкурентоспособной среды отечественного рынка.

В качестве предложения по развитию конструктивной конкуренции на фармацевтическом рынке можно рекомендовать:

1. разработку стратегии развития отечественных производств фармацевтической продукции на принципах фармакоэкономики;

2. разработку и внедрение в практическую деятельность субъектов фармацевтического рынка общедоступного информационного поля коммерческой информации через создание независимых региональных (городских) фармацевтиче-

ских информационно-аналитических центров с использованием компьютерных и телекоммуникационных технологий, с последующей возможностью создания на их базе электронных региональных лекарственных бирж.

2. принятие решений в сфере лекарственного обеспечения, в том числе по объему и порядку децентрализации и централизации, в соответствии с принципами социально-экономической эффективности и применением критерия оптимальности В. Парето.

3. разработка нормативной базы по регламентации продуктивной конкуренции во всех секторах фармацевтического рынка.

### **Особенности медико-социальной характеристики железнодорожников, больных туберкулезом и членов их семей**

Галюкова Н.И.

*Противотуберкулезный диспансер Южно-Уральской железной дороги, Челябинск*

Важнейшей медико-социальной проблемой в настоящее время как для конкретных регионов, так и по России в целом является туберкулез.

Как явление, он характеризуется медицинскими, социальными и экономическими последствиями.

Распространенность изучаемой патологии среди различных социально- профессиональных групп остается высокой. Для Челябинской области характерна концентрация крупных предприятий тяжелой промышленности, загруженность всех видов транспортных путей и одновременно она занимает одно из первых ранговых мест в России по числу лиц, злоупотребляющих алкоголем.

Все это создает эпидемиологически неблагоприятную ситуацию по туберкулезу.

Медико-социальная характеристика контингента больных туберкулезом является методологической базой для изучения на ее основе особенностей эпидемиологии.

По данным анкетного опроса получена информация о распределении семей в связи с особенностями образа жизни, условиями быта и другими факторами.

В соответствии с результатами обследования респонденты распределились по возрасту следующим образом: 20-29 лет – 18,8 %; 30-39 лет – 20,3 %; 40-49 лет – 23,4 %; 50-59 лет – 17,1 %; 60-69 лет – 18,7 %; 70 лет и старше – 1,7 %.

Более половины – 61,9 % обследованных находились в трудоспособном возрасте

( моложе 50 лет), что утяжеляло последствия туберкулеза как социальной патологии.

При анализе полового состава больных выявлено, что 59,4 % представлено мужчинами, больными туберкулезом, которые в возрасте до 40 лет составили

40,2 %.

В возрасте до 30 лет чаще болеют женщины.

Распределение по социальной принадлежности респондентов следующее: неквалифицированных рабочих (3 разряд и ниже - 32,2 %); квалифицированных рабочих (4 разряд и выше) – 22,1 %; служащих – 22,0%; пенсионеров – 11,9 %; инженерно - технических работников – 4,0 %; учащихся школ, профессионально- технических училищ – 3,8 %; студентов – 2,3 %; руководителей – 1,7 %.

Удельный вес рабочих среди мужчин составляет 67,6 % против 29,0 % среди женщин ( $p < 0,05$ ).

В условиях рынка заболевшим намного труднее найти работу в связи с состоянием здоровья, длительной временной нетрудоспособностью, высоким риском выхода на инвалидность, законодательными требованиями в отношении данной категории лиц. Все перечисленное ограничивает прием на работу больных туберкулезом.

Изменить сложившуюся ситуацию можно только мерами законодательного характера на федеральном уровне по дополнительной социальной защите граждан Российской Федерации, болеющих туберкулезом.

Роль семьи в сохранении здоровья ее членов чрезвычайно велика.

Семьи респондентов в соответствии с выбранными нами критериями разделены на три типа: с хорошим состоянием здоровья, удовлетворительным, плохим.

Хорошая оценка состояния здоровья получена в 57,5 %; удовлетворительная – в 3,5 %; плохая – в 7,5 % семей. При этом выявлены особенности связанные с полом респондентов. Так хорошая оценка состояния здоровья получена нами в 62,1 % семей респондентов мужчин и только в 45,5 % респондентов женщин ( $p < 0,05$ ), удовлетворительная – в 31,0 % и 45,4 % ( $p < 0,05$ ) и плохое состояние здоровья в 6,9 % и 9,1 % соответственно.

Нами было исследовано влияние семейного положения родителей (в первую очередь матери)

на благополучие детей, так как семья больного представляет собой эпидемиологический очаг, в котором необходимо предупредить распространение инфекции, проводить профилактические и лечебно-диагностические мероприятия.

Если в семье отсутствуют дети, нуждающиеся в уходе и воспитании со стороны родителей, то в плане эпидемиологии такая семья более благоприятна, так как отсутствует вероятность инфицирования ребенка в домашних условиях.

То же самое можно отметить и в отношении лечения, длительного и в условиях стационара, так как нет необходимости в организации ухода за детьми. В социальном плане такие семьи являются не совсем полноценными.

Наиболее распространенный тип семьи среди больных туберкулезом - брачная пара с одним ребенком (среди мужчин – 47,0%, женщин – 42,9%).

Тревожным фактом является то, что 19,0% женщин воспитывают одного или двух детей в отсутствие мужа или родственников. В таких семьях обязательно встает проблема организации ухода за детьми в период продолжительного стационарного и санаторно-курортного лечения матери.

Получен прямой средней силы коэффициент корреляции между полом больного и составом его семьи ( $r = 0,46 \pm 0,01$ ).

Распределение больных по семейному положению следующее: среди женщин замужем более половины - 61,3 из 100 обследованных. Из них 79,5%

замужем первым браком; 12,3% - вторым; 8,2% - третьим и более браком.

Проживают в незарегистрированном браке 3,4; не замужем и проживают с родителями или родственниками 10,9; разведены - 11,8; вдовы - 12,6 на 100 обследованных женщин.

Женаты 58,5 из 100 опрошенных мужчин, из них: 90,0% первым браком.

Проживают в незарегистрированном браке 6,6; не женаты и проживают с родителями или родственниками 22,8; разведены - 8,1 и вдовцы - 2,2 на 100 обследованных мужчин.

В изучаемой совокупности 40,0 из 100 детей находились в возрасте 15 лет и менее. Из них 35,3% в возрасте 10 лет и менее, то есть нуждались в организации ухода в случае обострения заболевания у родителей.

В случае наличия в семье больного туберкулезом малолетних детей возникает проблема организации ухода за ними, и существенно повы-

шается риск распространения инфекции в эпидемиологическом очаге.

При анализе уровня образования изучаемого контингента установлено, что 75,1 мужчин и 76,1 женщин из 100 опрошенных имели среднее образование и выше.

В изучаемой совокупности образовательный уровень женщин более высокий по сравнению с мужчинами; 61,9 из 100 обследованных женщин имели среднее специальное образование против 47,2 у мужчин ( $p < 0,05$ ).

Получена прямая сильная корреляционная зависимость уровня образования от пола респондентов ( $r = 0,71 \pm 0,2$ ). Образовательный уровень работников железнодорожного транспорта обоего пола, больных туберкулезом, ниже полученного по данным анкетного исследования других авторов. При изучении уровня образования жен и мужей у больных туберкулезом, установлено, что в семьях железнодорожников образование у мужчин значительно ниже, чем у женщин.

Так неполное среднее и начальное образование имели 33,4% мужей и только 8,2% жен опрошенных (р < 0,05). Наибольший удельный вес занимают лица со средним специальным образованием (среди мужчин – 36,6%, среди женщин – 41,7%)

При планировании и проведении работы по санитарно-гигиеническому обучению и воспитанию среди контингента больных туберкулезом необходимо учитывать уровень образования.

Существенное влияние сохранили социальные факторы, к которым относятся низкий доход, недостаточное питание, неблагоприятные жилищные условия.

Средняя месячная заработная плата в 1999 году по Челябинскому отделению Южно-Уральской железной дороги составляла 3330,3 рубля, что значительно выше, чем среди больных туберкулезом (2097 рублей) ( $p < 0,05$ ). Изучаемый контингент характеризуется более низким уровнем среднемесячного дохода.

Только 11,3 из 100 обследованных имели отдельную комнату. Среди остальных: 43,5% респондентов проживали в одной комнате с одним взрослым членом семьи; 41,3% - с двумя взрослыми; 10,9% - с тремя и более взрослыми; 4,3 % - в одной комнате с детьми. Таким образом, в подавляющем большинстве семей железнодорожников, больных туберкулезом, имеются условия для распространения инфекции среди членов семьи.

Для получения диагностического обследования и полноценного лечения только 15,3 из 100

респондентов не испытывали денежных затруднений.

Наличие вредных привычек и элементов нездорового образа жизни отмечали 71,4 из 100 обследованных мужчин и 29,9 из 100 обследованных женщин ( $p < 0,05$ ).

Среди вредных привычек респондентов первое место как среди мужчин (63,9 на 100 мужчин), так и среди женщин (11,2 на 100 женщин) занимает курение, которое ухудшает течение туберкулеза и отрицательно влияет на здоровье остальных членов семьи.

Систематическое и эпизодическое злоупотребление алкоголем было выявлено в 34,2 случаях (у 51,9 мужчин и 10,0 женщин) на 100 респондентов ( $p < 0,05$ ). В целом контингент семей железнодорожников больных туберкулезом можно оценить как неблагополучный в медицинском и социально-экономическом отношении.

Таким образом, в условиях ухудшения эпидемической ситуации по туберкулезу значение медицинских и социальных факторов в возникновении и течении туберкулеза остается весьма значимым.

#### **Экспериментальный опыт исследования лечебных свойств цеолита «Хонгурин»**

Гармаева Д.К., Федорова А.И., Осинская А.А.  
*Кафедра анатомии Медицинского института  
Якутского Государственного университета, Якутск*

В условиях массового загрязнения окружающей и внутренней среды организма система оздоровления, в основе которой лежит прямая детоксикация непосредственной среды обитания человека, поиск средств природного происхождения, повышающих функциональные резервы организма, на сегодняшний день является актуальной. В настоящее время, нами разрабатывается проект программы по исследованию лечебных свойств местного природного цеолита (Хонгуруу) на моделях различной патологии у лабораторных животных с дальнейшей разработкой лекарственных средств на основе цеолитовых туфов. В качестве подопытных животных были выбраны крысы – самцы породы Вистар массой тела 170-180 г. в возрасте одного года. Исследовались 3 группы животных. В качестве модели воспаления дыхательных путей использовали метод Макаровой О.П., Зубахина А.А. (1995). Данная методика позволяет стабильно получить модель воспаления уже ко 2-м суткам. Способ