

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ АВТОНОМНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ
УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ «КАЗАНСКИЙ (ПРИВОЛЖСКИЙ)
ФЕДЕРАЛЬНЫЙ УНИВЕРСИТЕТ»

На правах рукописи

БИРЮКОВА КСЕНИЯ СЕРГЕЕВНА

**СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОГО
ИНФОРМИРОВАНИЯ ПАЦИЕНТОВ С ХРОНИЧЕСКИМИ
ЗАБОЛЕВАНИЯМИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ИНСТРУМЕНТОВ
ЦИФРОВОЙ СРЕДЫ**

3.4.3. Организация фармацевтического дела

ДИССЕРТАЦИЯ

на соискание ученой степени
кандидата фармацевтических наук

Научный руководитель:

доктор фармацевтических наук, профессор
Шакирова Диляра Хабиловна

Научный консультант:

кандидат медицинских наук, доцент
Абдулхаков Сайяр Рустамович

Казань, 2026

Оглавление

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ	4
ВВЕДЕНИЕ	5
ГЛАВА 1. ПРОБЛЕМАТИКА ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОГО ИНФОРМИРОВАНИЯ В АПТЕЧНЫХ ОРГАНИЗАЦИЯХ И ЕГО ЦИФРОВИЗАЦИЯ НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ	15
1.1 Фармацевтическое информирование как ключевой детерминант рациональной фармакотерапии	15
1.2. Распространенность и клинические проявления ГЭРБ за рубежом и в Российской Федерации.....	22
1.3. Современные подходы к лечению основных симптомов ГЭРБ	31
1.3.1. Немедикаментозные подходы к лечению основных симптомов ГЭРБ .	31
1.3.2. Медикаментозные подходы к лечению основных симптомов ГЭРБ	34
1.4. Интеграция цифровых технологий в систему ответственного самолечения на современном этапе	38
1.5 Современные исследования в области оптимизации фармацевтической помощи и использования цифровых технологий.....	41
Заключение по 1 главе.....	46
ГЛАВА 2. ОБОСНОВАНИЕ И РАЗРАБОТКА МЕТОДОЛОГИИ ИССЛЕДОВАНИЯ	48
2.1 Анализ понятийного аппарата.....	48
2.2 Программа исследования	50
2.3 Методологическая основа исследований	52
2.4 Разработка методических подходов к цифровому фармацевтическому информированию пациентов с хроническими заболеваниями (на примере ГЭРБ).....	60
Заключение по 2 главе.....	63
ГЛАВА 3. МАРКЕТИНГОВЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ АССОРТИМЕНТА ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ, ПРИМЕНЯЕМЫХ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ОСНОВНЫХ СИМПТОМОВ ГЭРБ	65
3.1. Структурный анализ ассортимента лекарственных препаратов для лечения основных симптомов ГЭРБ.....	65

3.2. Оценка насыщенности рынка безрецептурных лекарственных препаратов при основных симптомах ГЭРБ	81
3.3. Социологические исследования безрецептурного отпуска лекарственных препаратов для лечения основных симптомов ГЭРБ.....	84
3.3.1. Социологический опрос медицинских и фармацевтических специалистов	84
3.3.2. Социологический опрос посетителей аптек	93
Заключение по 3 главе.....	101
ГЛАВА 4. РАЗРАБОТКА ЦИФРОВОГО ПРОДУКТА ДЛЯ ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОГО ИНФОРМИРОВАНИЯ ПРИ ОТПУСКЕ ПРЕПАРАТОВ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ГЭРБ.....	104
4.1. Разработка алгоритма фармацевтического информирования.....	104
при отпуске препаратов для с основными симптомами ГЭРБ	104
4.2. Разработка цифрового продукта для оказания информационно- консультационной услуги при безрецептурном отпуске препаратов (на примере ГЭРБ).....	107
4.3 Оценка удовлетворенности потребителей лекарственных препаратов контентом фармацевтического информирования	114
Заключение по 4 главе.....	121
ЗАКЛЮЧЕНИЕ	123
СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ	126
ПРИЛОЖЕНИЕ А.....	149
ПРИЛОЖЕНИЕ Б	154
ПРИЛОЖЕНИЕ В	159
ПРИЛОЖЕНИЕ Г	166
ПРИЛОЖЕНИЕ Д.....	171
ПРИЛОЖЕНИЕ Е	185
ПРИЛОЖЕНИЕ Ж	195

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

АО	- аптечная организация
ВОЗ	- всемирная организация здравоохранения
ГЭРБ	- гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь
ЖКТ	- желудочно-кишечный тракт
ЖНВЛП	- жизненно-необходимые и важнейшие лекарственные препараты
ИПП	- ингибиторы протонной помпы
КЗЗ	- кислотозависимые заболевания
ККБПП	- калий-конкурентные блокаторы протонной помпы
ЛС	- лекарственное средство
ЛП	- лекарственный препарат
ЛФ	- лекарственная форма
МКБ-10	- Международная классификация болезней 10-го пересмотра
МНН	- Международное непатентованное наименование
МО	- медицинская организация
НПС	- нижний пищеводный сфинктер
РГА	- Российская гастроэнтерологическая ассоциация
РКИ	- рандомизированные клинические исследования
РЭ	- рефлюкс-эзофагит
РТ	- Республика Татарстан
РФ	- Российская Федерация
СОП	- стандартная операционная процедура
ТН	- торговое наименование
ФЗ	- Федеральный закон
ФИ	- фармацевтическое информирование
ФП	- фармацевтическая помощь
ЦФИ	- цифровое фармацевтическое информирование
IHME	- Institute for Health Metrics and Evaluation
FIP	- International Pharmaceutical Federation
GBD	- Global Burden of Disease

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность исследования.

Согласно Правилам надлежащей аптечной практики лекарственных препаратов для медицинского применения, профессиональным стандартам «Провизор» и «Фармацевт», предоставление населению полной и достоверной информации о лекарственных препаратах (ЛП) в аптечных организациях (АО) нормативно закреплено на федеральном уровне. Особую актуальность данная функция приобретает в контексте ведения хронических неинфекционных заболеваний, которые требуют от пациентов длительного, а зачастую и пожизненного приёма ЛП. Именно в этой группе патологий, требующих длительной фармакотерапии и, как правило, высокой приверженности лечению, роль фармацевтического работника становится крайне важной. Примером такой патологии, сочетающей высокую распространенность, хроническое рецидивирующее течение и значительное влияние на качество жизни, является гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (ГЭРБ).

ГЭРБ представляет собой эпидемиологически значимую патологию с устойчивым ростом заболеваемости в России, так, по статистическим данным, в 2024г. распространённость ГЭРБ в России зафиксирована на уровне 25,6%, что согласуется с прогнозировавшейся ещё в конце XX века трансформацией структуры гастроэнтерологической патологии и сменой доминирующей нозологии. Заболевание ассоциировано с серьезными осложнениями, включая пищевод Барретта и аденокарциному, что подчеркивает необходимость ранней диагностики и эффективной терапии. Широкое применение ингибиторов протонной помпы (ИПП) в лечении ГЭРБ, при всей их доказанной эффективности, сталкивается с тремя ключевыми вызовами: возможность резистентности, низкий уровень комплаентности и необходимость тщательного мониторинга безопасности при длительном назначении.

Исследования показывают, что распознаваемость основных симптомов и доступность безрецептурных препаратов для лечения хронических заболеваний

способствуют их широкому самостоятельному применению, что сопряжено с рисками ошибочной диагностики, нерациональной терапии и снижения комплаентности. В этих условиях АО часто становится первым местом обращения за консультативной помощью, что определяет ключевую роль фармацевтических работников в системе фармацевтического информирования (ФИ).

Международные организации (ВОЗ, FIP) подтверждают растущую роль фармацевтических специалистов в процессе информирования населения при отпуске ЛП, а использование продуктов цифровизации, таких как информационные сервисы, мобильные приложения и мессенджеры, в настоящее время формируют новую экосистему оказания фармацевтической помощи (ФП).

В условиях развивающейся цифровизации здравоохранения особое значение приобретает разработка доступных решений для дистанционного ФИ. Благодаря кроссплатформенности и интуитивному интерфейсу современная программа в форме чат-бота является перспективным цифровым инструментом для оптимизации ФИ при безрецептурном отпуске ЛП для лечения хронических заболеваний, и, в частности, ГЭРБ.

Степень разработанности темы исследования.

Изучением современной российской модели персонализированной фармакотерапии занимались ведущие отечественные учёные: Г.Т. Глембоцкая (2025), И.А. Джупарова (2022), В.В. Дорофеева (2023), И.В. Косова (2018), Т.П. Лагуткина (2022), Е.Е. Лоскутова (2023), А.И. Овод (2025), Е.Е. Чупандина (2022), А.Б. Горячев (2024) и др.

Важное направление исследований связано со стандартизацией консультативной деятельности. Современное состояние вопроса характеризуется наличием ряда разработанных алгоритмов ФИ и опросников для различных нозологий, предложенных, в частности, И. Е. Ульяновой и С.Н. Егоровой (2025), Р.Г. Тухбатуллиной и Л.И. Мотыгуллиной (2024). М.С. Соболева и Е.Е. Лоскутова (2023) посвятили работу научному обоснованию ключевых аспектов информирования при отпуске рецептурных антигипертензивных препаратов и разработке соответствующих алгоритмов и стандартных операционных процедур.

Особую научную значимость приобретает развивающееся направление интеграции информационно-компьютерных технологий (ИКТ). Р.С. Сафиуллин (2018) заложил методологические основы применения ИКТ для совершенствования систем лекарственного обеспечения, выделив цифровизацию как ключевой вектор развития отрасли. Эффективность информационных систем для многоуровневого управления ФП доказала Д.Х. Шакирова (2021). Ю.В. Мирошниченко (2023) посвятил свои работы особенностям лекарственного обеспечения в условиях цифровой трансформации военного и гражданского здравоохранения. С.З. Умаров провёл анализ применения цифровых технологий в фармацевтической отрасли (2023).

Принимая во внимание современные тенденции цифровизации, рядом отечественных учёных были разработаны и внедрены программные продукты для оптимизации ФИ. Так, Н.Н. Чеснокова и С.В. Кононова (2019) создали информационно-аналитический комплекс «Помощник фармацевта» для терапии варикозной болезни; И.В. Спичак и М.А. Журавель (2014) разработали систему «Виртуальный аптечный консультант»; Е.Н. Тарасова (2014) разработала продукт ProvisorHelper для автоматизации информирования пациентов с ринитом; Г.А. Антропова с соавторами (2022) предложили программное обеспечение для информирования при синдроме «красного глаза»; Г.А. Просвиркин и В.В. Дорофеева (2023) разработали теоретические и практические механизмы цифровизации ФП.

Таким образом, несмотря на значительный объем накопленных знаний в области персонализированной фармакотерапии, стандартизации информирования и применения ИКТ, наблюдается дефицит целенаправленных исследований по созданию и внедрению специализированных цифровых инструментов для ФИ пациентов с симптомами ГЭРБ.

Цель и задачи диссертационного исследования. Целью исследования явилось научное обоснование и разработка методических подходов к цифровому фармацевтическому информированию пациентов с хроническими заболеваниями (на примере ГЭРБ).

Для достижения поставленной цели необходимо решить следующие задачи:

1. Изучить и обобщить литературные данные о проблемах фармацевтического информирования в аптечных организациях и возможностях его совершенствования с помощью цифровых технологий.
2. Научно обосновать разработку методических подходов к фармацевтическому информированию пациентов с хроническими заболеваниями (на примере ГЭРБ) в цифровой среде.
3. Сформировать рациональный ассортиментный портфель безрецептурных ЛП для лечения основных симптомов ГЭРБ на основе маркетинговых и социологических исследований.
4. Разработать алгоритм фармацевтического информирования при отпуске безрецептурных препаратов для лечения основных симптомов ГЭРБ.
5. Разработать специализированный программный продукт для оптимизации цифрового фармацевтического информирования при отпуске безрецептурных препаратов для лечения основных симптомов ГЭРБ на платформах современных мессенджеров.

Научная новизна исследования.

На основе системного, логического анализа, научно обоснована и разработана концепция совершенствования ФИ пациентов с хроническими заболеваниями с использованием инструментов цифровой среды, предусматривающая необходимое информационное взаимодействие при безрецептурном отпуске препаратов и, соответствующее современным тенденциям, использование мессенджеров. Основные элементы предложенной концепции: своевременное обеспечение безрецептурными препаратами для лечения хронических заболеваний; персонализированный подход при обращении в АО; доступность цифрового ресурса; рациональный ассортимент лекарственных препаратов для лечения хронических заболеваний.

Обоснованы и разработаны методические подходы к цифровому ФИ пациентов с хроническими заболеваниями (на примере ГЭРБ), включающие: создание унифицированного алгоритма ФИ, формирование рационального

ассортиментного портфеля безрецептурных ЛП, разработку специализированного программного продукта на платформе современного мессенджера, внедрение стандартной операционной процедуры в деятельность АО.

Выявлены низкая концентрация и благоприятные условия для конкуренции на рынке безрецептурных ЛП, предназначенных для купирования основных симптомов ГЭРБ в РТ, на основе количественного аналитического инструмента — индекса Херфиндаля-Хиршмана (НИ).

В результате комплексных маркетинговых исследований с учетом доминирующих фармакотерапевтических групп, ценовой доступности ЛП и рекомендаций врачей сформирован рациональный ассортиментный портфель безрецептурных ЛП для лечения основных симптомов ГЭРБ.

Разработан научно обоснованный алгоритм ФИ посетителей аптек при безрецептурном отпуске препаратов для лечения основных симптомов ГЭРБ, который включает скрининг «тревожных симптомов», оценку частоты проявлений симптомов, персонализированный подход, а также рекомендации по коррекции пищевого поведения и элиминации провоцирующих факторов с последующим обоснованным применением безрецептурных ЛП.

С помощью методики SERVQUAL дана оценка удовлетворенности потребителей качеством ФИ с использованием оцифрованного алгоритма. Зафиксировано устойчивое превышение восприятия над ожиданием по ключевым критериям: «Надёжность» (+0,27), «Отзывчивость» (+0,25), «Уверенность» (+0,21) и «Сочувствие» (+0,22).

Научно обоснован и разработан комплекс взаимосвязанных инструментов для оптимизации ФИ (стандартная операционная процедура, цифровой чат-бот, учебно-методическое пособие), обеспечивающих системное повышение доступности и безопасности ФП пациентам с симптомами ГЭРБ в условиях цифровой трансформации здравоохранения.

Теоретическая и практическая значимость работы.

Теоретическая значимость работы заключается в расширении фармацевтического знания в области совершенствования фармацевтического

информирования пациентов с хроническими заболеваниями с использованием инструментов цифровой среды.

По результатам исследования разработаны и внедрены:

- Специализированный программный продукт — чат-бот «СтопИзжоге», предназначенный для оптимизации ФИ. Внедрён в аптечную сеть «Саулык» (Республика Татарстан, г. Казань, акт внедрения от 17.02.2025 г.), аптечную сеть «Мир Лекарств» (Республика Татарстан, г. Елабуга, акт внедрения 23.01.2025 г.), аптечную сеть ООО «ПТП» «Аптека №301» (Республика Татарстан, г. Казань, акт внедрения 28.01.2025 г.).

- Стандартная операционная процедура (СОП) «Порядок фармацевтического информирования посетителей аптеки при выборе безрецептурных лекарственных препаратов для лечения изжоги» который был внедрён в розничных фармацевтических организациях: аптечная сеть «Саулык» (Республика Татарстан, г. Казань, акт внедрения от 10.02.2025 г.), аптечная сеть «Мир Лекарств» (Республика Татарстан, г. Елабуга, акт внедрения от 20.01.2025 г.), аптечная сеть ООО «ПТП» «Аптека №301» (Республика Татарстан, г. Казань, 03.02.2025 г.).

- Учебно- методическое пособие «Фармацевтическое консультирование при безрецептурном отпуске лекарственных препаратов для лечения основных симптомов ГЭРБ», которое было внедрено в учебный процесс подготовки фармацевтических специалистов кафедры фармации Института фундаментальной медицины и биологии ФГАОУ ВО Казанского (Приволжского) федерального университета (акт внедрения от 03.03.2025 г.), в ФГБОУ ВО «СамГМУ» Минздрава России г. Самара (акт внедрения от 14.11.2025 г.), в ФГБОУ ВО «ИГМУ» Минздрава России г. Иркутск (акт внедрения от 20.03.2025 г.).

Методология и методы исследования.

Методологическую основу исследования составили федеральные законы РФ и другие нормативные документы, регулирующие фармацевтическую деятельность и цифровую трансформацию здравоохранения; профессиональные стандарты «Провизор» и «Фармацевт»; клинические рекомендации Российской гастроэнтерологической ассоциации (2024 г.); концепция ответственного

самолечения, принятая Всемирной Организацией Здравоохранения (ВОЗ); труды ведущих ученых в области организации фармацевтического дела, фармацевтического маркетинга и информирования населения, а также научные публикации, посвященные внедрению информационных технологий в процессы оказания ФП.

В основу методологии были положены следующие методы исследования: общенаучные (теоретические, эмпирические, сравнительный анализ, метод информационного поиска), междисциплинарные (системный подход, графический метод, социологический опрос) и специальные (маркетинговый анализ, оценка насыщенности рынка, метод SERVQUAL, метод разработки программного обеспечения (проектирование). Статистическая обработка данных проводилась с использованием стандартных прикладных программ Microsoft Office (Word, Excel).

Исходной информацией служили: данные из Государственного реестра лекарственных средств (ГРЛС) за 2022-2024 гг., Государственный реестр предельных отпускных цен производителей на ЛП, включенные в перечень ЖНВЛП, прейскуранты региональных дистрибьюторов ЛП, 420 анкет врачей, оказывающих непосредственную медицинскую помощь пациентам с симптомами ГЭРБ; 287 анкет фармацевтических специалистов; 270 анкет посетителей аптечных организаций и 210 анкет посетителей аптечных организаций для оценки удовлетворённости ФИ с использованием оцифрованного алгоритма.

Объект исследования – организационно-информационная деятельность аптечных организаций, связанная с безрецептурным отпуском лекарственных препаратов посетителям с хроническими заболеваниями в условиях цифровизации фармацевтической помощи (на примере ГЭРБ).

Предмет исследования – процесс оказания фармацевтического информирования пациентов в цифровой среде по вопросам безрецептурного отпуска препаратов для лечения хронических заболеваний (на примере ГЭРБ).

Положения, выносимые на защиту:

1. Методические подходы к цифровому фармацевтическому информированию пациентов с хроническими заболеваниями (на примере ГЭРБ).

2. Результаты комплексных маркетинговых исследований ассортимента лекарственных препаратов, применяемые для лечения основных симптомов ГЭРБ.
3. Результаты социологических исследований безрецептурного отпуска ЛП для лечения основных симптомов ГЭРБ на основе мнений врачей, фармацевтических специалистов и посетителей АО.
4. Алгоритм фармацевтического информирования посетителей аптек при безрецептурном отпуске препаратов (на примере ГЭРБ).
5. Специализированный программный продукт «СтопИзжоге» на платформе современного мессенджера.
6. Концепция совершенствования фармацевтического информирования пациентов с хроническими заболеваниями с использованием инструментов цифровой среды.

Степень достоверности и апробация результатов исследования.

Достоверность и обоснованность результатов исследования обусловлены использованием комплекса современных научных методов, которые соответствуют цели и поставленным задачам диссертационной работы. Сформулированные выводы и практические рекомендации основаны на репрезентативности фактических данных, корректности их сбора и обработки. Для анализа и интерпретации полученных результатов использовались методы математико-статистического анализа. Статистическая обработка данных проводилась с использованием редактора Microsoft Office Excel.

Апробация результатов.

Основные результаты диссертационного исследования представлены и обсуждены на: Всероссийской конференции «Современная фармация: вызовы, ожидания, решения» (Пермь, 2023), Всероссийской научно-практической конференции с международным участием «Инновационные технологии в фармации» (Иркутск 2023), Всероссийских научных медицинских форумах студентов и молодых ученых с международным участием «Белые цветы» (Казань, 2023, 2024, 2025); III Научно-практической онлайн-конференции с международным участием (посвящена 105-летию Самарского государственного

медицинского университета) (Самара, 2024), Международной научно-практической конференции «Современное медицинское образование. Достижения, проблемы, пути решения» (Иркутск, 2024), IV Международном научно-педагогическом форуме (Красноярск, 2025), III Всероссийской научно-практической конференции «Актуальные проблемы общества, экономики и социального сектора в условиях трансформационных процессов (Краснодар, 2025), Межвузовской межрегиональной научной конференции «Актуальные вопросы развития российской фармации – Ильинские чтения» (Санкт-Петербург, 2024, 2025), Международной научно-практической конференции «Научно-технические и социокультурные проблемы современного общества» (Республика Узбекистан, Джизак, 2025), Итоговой научной конференции Института фундаментальной медицины и биологии Казанского (Приволжского) федерального университета (Казань, 2023, 2024, 2025).

Связь задач исследования с проблемным планом фармацевтических наук. Диссертационная работа выполнена в соответствии с планом научных исследований ФГАОУ ВО «Казанский (Приволжский) федеральный университет».

Соответствие диссертации паспорту научной специальности. Диссертация выполнена по специальности 3.4.3. Организация фармацевтического дела и соответствует паспорту данной специальности, а именно пунктам 2, 6, 10.

Личное участие автора. Основная часть диссертации выполнена непосредственно автором на всех этапах исследования: проведен анализ научной литературы по теме диссертационной работы, нормативно-правовых актов и статистических данных, обоснована методология и программа исследования, определена цель и поставлены задачи, обоснованы выбранные методы исследования и подготовлен соответствующий инструментарий. Автором реализована экспериментальная часть работы с последующей интерпретацией собранных данных, на их основе сформулированы выводы. Подготовлено и осуществлено внедрение результатов исследования в практику и их представление на научных мероприятиях.

Публикации материалов исследований. По теме диссертации опубликовано 19 научных работ, из них 2 статьи в журналах индексируемых в международных базах цитирования (Scopus), 2 статьи в научных изданиях, включенных в Перечень ВАК Минобрнауки России.

Объем и структура диссертации. Диссертационная работа состоит из введения, 4 глав, заключения, списка сокращений, списка использованной литературы (190 источников, в том числе 80 на иностранных языках). Диссертация содержит 18 таблиц, 29 рисунков, изложена на 148 страницах компьютерного текста, включает 8 приложений.

ГЛАВА 1. ПРОБЛЕМАТИКА ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОГО ИНФОРМИРОВАНИЯ В АПТЕЧНЫХ ОРГАНИЗАЦИЯХ И ЕГО ЦИФРОВИЗАЦИЯ НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ

1.1 Фармацевтическое информирование как ключевой детерминант рациональной фармакотерапии

В современном здравоохранении фармацевтическое консультирование утвердилось в статусе фундаментального инструмента, обеспечивающего рациональную фармакотерапию. Его критическая значимость обусловлена непреходящей актуальностью проблемы нерационального использования ЛП — глобального вызова, впервые обозначенной ВОЗ еще в 1985 году [182, 164]. Не менее острой остается и медико-социальная проблема недостаточной приверженности лечению (комплаенса): принципы доказательной медицины неопровержимо свидетельствуют о прямой корреляции между строгим соблюдением терапевтического режима и достижением целевых клинических исходов при широком спектре патологий. Интегральный характер данной проблемы, охватывающей медико-социальные и экономические аспекты системы здравоохранения, обусловил пристальное внимание международного медицинского сообщества, что отражено в публикации специализированного глобального доклада ВОЗ в 2003 году, акцентировавшего императивную необходимость системного подхода к ее решению [183].

Особую остроту текущей ситуации придает устойчивая тенденция к расширению практик самолечения в России, что подтверждается данными эпидемиологических исследований. Так, статистика ВЦИОМ (2016) фиксирует сформированную установку на личную ответственность за здоровье у 81% населения [5], а результаты опроса ФОМ (2017) указывают на сознательный отказ от врачебной помощи в пользу самостоятельного лечения у 63% респондентов [177]. В этих условиях рациональное использование ЛП, опирающееся на клинические рекомендации и принципы доказательной медицины, требует

внедрения эффективной системы поддержки, в которой ФИ выступает важнейшим инструментом обеспечения качественной фармакотерапии.

Осознание необходимости интеграции ФИ в повседневную практику послужило импульсом для глобальной эволюции профессиональной роли фармацевтического специалиста. Фундаментальный сдвиг парадигмы был зафиксирован на консультативном совещании ВОЗ в Гааге (1998 г.), где активное вовлечение провизоров и фармацевтов в процесс ОС было признано необходимым ответом на рост популярности самодиагностики. Дальнейшее развитие эта концепция получила в 2006 году с выходом руководства ВОЗ и Международной фармацевтической федерации (FIP) «Развитие фармацевтической практики: фокус на пациента», регламентировавшего переход от товароориентированной модели к клиентоцентричной [101]. Итогом этой эволюции, а также реализации системного подхода, необходимость которого была обозначена ВОЗ еще в 2003 году [183], стала разработка стандартов Надлежащей аптечной практики (GPP). Эти стандарты окончательно закрепили приоритет консультирования по вопросам рационального применения ЛП, пропаганды здорового образа жизни и повышения грамотности населения.

В современной фармацевтической отрасли происходит трансформация профессиональных требований к работникам аптечных организаций. Ключевой тенденцией становится отход от традиционной модели, ориентированной исключительно на отпуск ЛП, в пользу персонализированного взаимодействия с посетителями. Эта эволюция профессиональной роли нормативно закреплена в действующих Профессиональных стандартах, которые существенно расширяют функционал фармацевтических специалистов [69, 70].

Важнейшей составляющей работы становится предоставление исчерпывающей информации о ЛП — включая показания и противопоказания, режим дозирования, способы применения, возможные побочные эффекты, а также особенности взаимодействия с другими медикаментами и продуктами питания. Кроме того, на фармацевтического работника возлагается задача содействия в

подборе немедикаментозной терапии: он должен информировать посетителей о доступных альтернативных методах лечения и профилактики заболеваний.

В 2018 году Национальный медицинский исследовательский центр профилактической медицины (НМИЦ ПМ) при Министерстве здравоохранения РФ инициировал создание и общественно-профессиональное обсуждение первой национальной концепции ответственного самолечения [75]. Этот документ выполняет роль пилотной методологической основы для отечественного здравоохранения, впервые кодифицируя базовые принципы самолечения и устанавливая перечень патологических состояний и симптомов, при которых его применение рассматривается как допустимое с позиций эффективности и безопасности. Концепция включает социально-экономическую аргументацию, опирающуюся на анализ зарубежного, преимущественно западноевропейского, опыта, и формирует стратегический план по её адаптации в российском здравоохранительном пространстве для основных заинтересованных сторон: медицинского и фармацевтического сообщества, производителей ЛП, регуляторных органов и пациентов. Данная инициатива была направлена на ликвидацию сложившегося нормативно-правового пробела, поскольку в текущий момент в Российской Федерации (РФ) отсутствуют формализованные руководства, регламентирующие данную область.

В настоящее время в российском законодательстве понятия «самолечение» и «ответственное самолечение» до сих пор юридически не закреплены, что создает существенный нормативно-правовой пробел. Правовое поле содержит лишь косвенные отсылки к данной теме, например, в Конституции РФ, и Федеральном законе «Об основах охраны здоровья граждан» (ст. 27, п. 1), устанавливающем обязанность граждан заботиться о своем здоровье, что коррелирует с определением ВОЗ [44, 66]. Фактически, единственным примером легального признания возможности самолечения является существующее в фармацевтическом законодательстве разделение лекарственных средств (ЛС) на рецептурные и безрецептурные. Однако в Федеральном законе №61-ФЗ «Об обращении лекарственных средств» отсутствует юридическое определение безрецептурного

препарата, и их категоризация осуществляется только при первичной регистрации [65].

Приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации №259н от 29 апреля 2025 года «Об утверждении Правил надлежащей аптечной практики» установлено нормативно-правовое закрепление обязанности по предоставлению населению полной и достоверной информации о ЛП [68]. Согласно данному нормативному акту, консультирование трансформировалось в комплексный и структурно регламентированный процесс информирования пациента.

Ключевыми барьерами для безопасного и рационального применения безрецептурных ЛП населением выступают ошибочная самостоятельная интерпретация симптомов, неадекватный выбор терапии, некорректная оценка фармакотерапевтических рисков, трудности своевременной идентификации нежелательных реакций, а также нерациональное использование препаратов на фоне дефицита знаний об их фармакодинамике и потенциальных лекарственных взаимодействиях. Указанные ограничения нивелируются через усиление консультативной функции фармацевтических работников как центрального элемента ФИ [37, 169]. В условиях роста ассортимента безрецептурных препаратов и дефицита временных ресурсов у аптечных специалистов актуальным становится вопрос стандартизации процесса информирования [109, 43, 76].

Консультации, предоставляемые фармацевтическими специалистами, особенно важны, когда ЛП приобретаются без рекомендации врача. Эпидемиологические исследования выявляют системные проблемы в сфере безрецептурного отпуска ЛС. Так, финское исследование (2020 г.) зафиксировало необходимость ФИ при 87% обращений в аптеки [186]. Ключевой проблемой является недооценка потребителями рисков безрецептурных ЛП, воспринимаемых как абсолютно безопасные. Данное заблуждение усугубляется дефицитом достоверной информации о ЛП [118]. Пандемический статус COVID-19 (ВОЗ) инициировал ограничение плановой медицинской активности населения. Следствием стал значительный рост применения практик самолечения, распространенность которых составила 88% [166].

Результаты многоцентрового одномоментного проспективного исследования «Фармакоэпидемиологические аспекты самолечения населения городов России» (ФарСаР) демонстрируют превалирующую тенденцию к самостоятельному поиску информации о ЛП среди респондентов. Основными источниками данных выступают рекомендации родственников, знакомых, фармацевтических работников, рекламные материалы СМИ и интернет-ресурсы, тогда как врачебные рекомендации занимают последнюю позицию [28]. В данном контексте провизор АО позиционируется как первичное звено консультативной помощи в системе здравоохранения [85].

Актуализация роли фармацевтических работников в контексте самолечения получает весомое подтверждение на международном уровне. Ведущие организации, такие как ВОЗ и FIP, последовательно подчеркивают их ключевую роль в этом процессе, что находит отражение в современных научных исследованиях [145]. Однако в РФ сложилась парадоксальная ситуация. В то время как медицинская деятельность регламентируется четкими протоколами, система ФИ при симптоматических обращениях не имеет унифицированных стандартов. Это нормативное неравенство создает существенный барьер для полноценной реализации самолечения на практике [32]. В этих условиях именно цифровые инструменты становятся катализатором позитивных изменений. Развитие информационно-справочных сервисов, корпоративных веб-ресурсов, мобильных приложений, наряду с активным использованием социальных сетей и мессенджеров, способствует формированию интегрированной цифровой среды для реализации ФП. Они не только расширяют её доступность для населения, но и принципиально повышают качество и оперативность предоставляемых консультационных услуг [49].

Особую значимость вопрос комплаенса приобретает в рамках ведения пациентов с кислотозависимыми заболеваниями (КЗЗ), занимающими лидирующие позиции в структуре гастроэнтерологической патологии. Согласно консолидированным данным международного Института оценки показателей здоровья (ИНМЕ, Сиэтл, США) и Росстата, в РФ в наблюдательный период 2019–

2023 гг. зафиксирована устойчивая негативная динамика: общая численность пациентов с болезнями органов пищеварения возросла с 5,6 до 10,4 миллиона человек [33] (Рисунок 1).

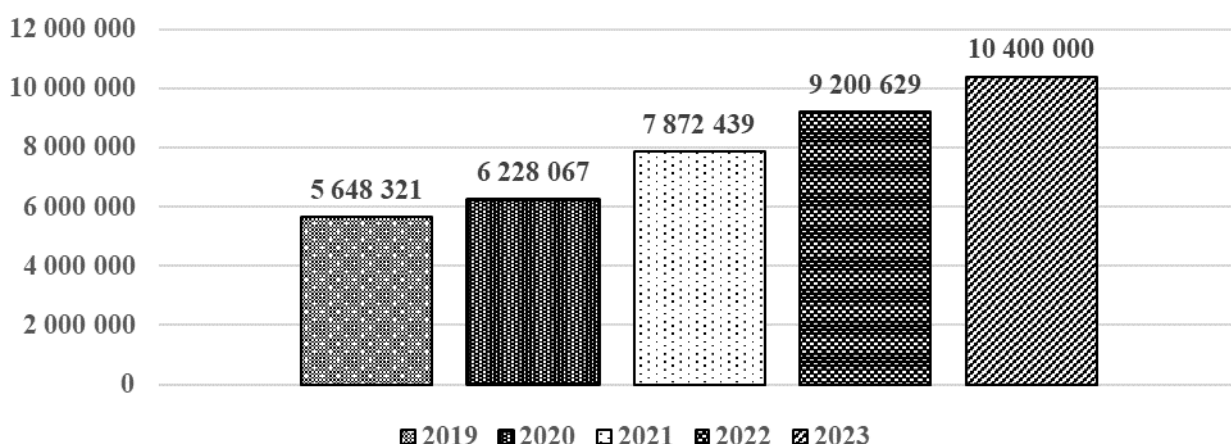


Рисунок 1 - Динамика распространенности заболеваний органов желудочно-кишечного тракта в период с 2019 по 2023 гг. в Российской Федерации (млн, чел.)

Источник: составлено автором

Центральное место в данной группе патологий, объединенных общим патофизиологическим механизмом — дисрегуляцией секреции соляной кислоты, — принадлежит ГЭРБ. Данная нозология характеризуется классической симптоматикой в виде изжоги и регургитации, которые не только определяет хронический рецидивирующий характер патологии, но и существенно ухудшает качество жизни пациентов. Поскольку симптомы имеют персистирующий характер, возникает потребность в пролонгированной фармакотерапии, что делает проблему поддержания комплаентности одной из центральных [110, 31].

В контексте ведения хронических заболеваний именно фармацевтических специалистам принадлежит ключевая роль в повышении комплаенса, что подразумевает расширение функционала их деятельности за пределы простой реализации ЛП. Профессиональная деятельность провизоров и фармацевтов включает информирование, ориентированного на популяризацию принципов доказательной фармакотерапии, коррекцию модифицируемых факторов риска и оптимизацию образа жизни. Способность пациентов самостоятельно

идентифицировать основные симптомы ГЭРБ формирует предпосылки для более раннего обращения за квалифицированной помощью, что повышает роль ФИ.

Ведение пациентов с хроническими нозологиями сохраняет свою клиническую сложность. Согласно данным Chowdhury et al. и Ho et al., основным барьером, лимитирующим эффективность лечения, выступает низкая приверженность, уровень которой в экономически развитых странах не превышает 50%, а в развивающихся демонстрирует еще более низкие показатели [127, 144]. Особую сложность представляют пациенты с малосимптомными формами хронических заболеваний, таких как ГЭРБ, которые требуют длительного соблюдения терапевтического режима без немедленного субъективного улучшения [165].

Высокая субъективная распознаваемость изжоги и регургитации провоцирует пациентов на самостоятельный выбор ЛП. Вместе с тем, отсутствие дифференциальной диагностики с иными патологиями гастродуоденальной зоны и несоблюдение алгоритмов ступенчатой терапии способствуют хронизации патологического процесса.

Комплаентность отражает степень конгруэнтности поведения больного (соблюдение режима приема ЛП, диетических ограничений, коррекция привычек) врачебным рекомендациям [183], согласно определению ВОЗ. При ГЭРБ низкая приверженность антисекреторной терапии коррелирует с возрастанием риска тяжелых осложнений- стриктур пищевода, пищевода Барретта и аденокарциномы [52]. Согласно результатам исследования Kulig et al., качество жизни пациентов с ГЭРБ снижается в большей степени, чем при ишемической болезни сердца или сахарном диабете, что подтверждает высокую социальную значимость данной патологии [150].

Низкая приверженность терапии ГЭРБ обусловлена несколькими факторами: недоверие к длительной терапии и фармакофобия требуют подробного разъяснения патогенетической терапии и необходимости длительного приема ЛП [115, 151]. Невыраженные и достаточно легко узнаваемые симптомы и субъективное самочувствие пациентов искажают реальную картину заболевания [116]. Одинокие

пациенты в виду отсутствия социальной поддержки хуже соблюдают рекомендации врача [156], а сопутствующие тревога и депрессия могут усиливать рефлюксную симптоматику [55].

ГЭРБ позиционируется как хроническое заболевание с крайне низкой вероятностью спонтанного излечения и высокой частотой рецидивов, что подразумевает необходимость длительной терапии [31]. В связи с этим, строгое следование врачебным назначениям выступает ключевым условием контроля симптомов и профилактики осложнений [156]. Глобальная значимость проблемы подчеркивается ВОЗ, определяющей повышение приверженности как критический элемент вторичной профилактики, способствующий снижению числа осложнений и экономического бремени на здравоохранение [54]. Повышение приверженности пациентов к лекарственной терапии, а также просветительская работа фармацевтических специалистов является важной составляющей эффективности проводимого лечения.

КЗЗ представляют междисциплинарную проблему, актуальную не только для терапевтов и гастроэнтерологов, но и для фармацевтических специалистов. Эпидемиологический профиль КЗЗ характеризуется широким возрастным диапазоном манифестации — от подросткового периода до геронтологического возраста, с вариабельностью клинических проявлений, подходов к диагностике и терапии в зависимости от возрастной когорты. Социальная значимость патологии усугубляется превалированием заболеваемости среди трудоспособного населения, что негативно влияет на экономические показатели [74].

1.2. Распространенность и клинические проявления ГЭРБ за рубежом и в Российской Федерации

Особое место в структуре КЗЗ занимает ГЭРБ, исторические корни которой уходят в античную эпоху. Наблюдения Галена, установившего взаимосвязь между воспалением пищевода, изжогой и регургитацией, заложили фундамент для понимания данной патологии [159]. Прогноз, представленный на VI Европейском гастроэнтерологическом конгрессе (Бирмингем, 1997) и подтвержденный

современными эпидемиологическими данными, предвосхитил смену парадигмы: доминирование язвенной болезни в XX столетии сменилось стремительной экспансией ГЭРБ в XXI веке. Наблюдаемая динамика заболеваемости знаменует собой глубинные преобразования в нозологическом профиле гастроэнтерологической сферы, что является следствием влияния совокупности социально-демографических, экопатогенных и медицинских факторов [110] [159].

Согласно прогнозу на VI Европейском гастроэнтерологическом конгрессе и впоследствии подтверждённому реальными клиническими исследованиями, произошла трансформация структуры заболеваемости. На смену язвенной болезни, доминировавшей в прошлом столетии, пришла ГЭРБ, демонстрирующая неуклонный рост в XXI веке и выявленная эпидемиологическая тенденция требует кардинального пересмотра подходов к терапии и профилактике данной патологии. Прогрессирующее увеличение числа пациентов, хроническое рецидивирующее течение и существенное ухудшение качества жизни позиционируют ГЭРБ как наиболее значимую междисциплинарную проблему, решение которой невозможно без консолидации усилий представителей медицинского и фармацевтического сообщества.

Нозологическая идентификация ГЭРБ претерпела значительную эволюцию. До 1990-х годов она существовала в рамках синдрома «рефлюкс-эзофагит» (РЭ). Переломным моментом стало решение международного консенсусного совещания в Генвале (Бельгия, 1997 г.), где под эгидой ВОЗ ГЭРБ была утверждена как самостоятельная нозологическая единица. В 1999 году она вошла в МКБ-10 (Класс XXI, рубрики K21.0 и K21.9, Дополнительно симптомы, характерные для ГЭРБ, могут классифицироваться отдельно: R12.0 — изжога (при отсутствии подтвержденного диагноза ГЭРБ); R13.10 — регургитация (в контексте функциональных расстройств), закрепив свою клинико-морфологическую определенность [31, 58].

Согласно определению из рекомендаций РГА, ГЭРБ — хроническое рецидивирующее заболевание, обусловленное дисфункцией моторики гастроэзофагеальной зоны и характеризующееся патологическим забросом

желудочного/дуоденального содержимого в пищевод. Это приводит к: клинически значимой симптоматике, повреждению слизистой дистального отдела пищевода (с развитием эзофагита, эрозий, язв, метаплазии) и снижению качества жизни [7].

Патогенез ГЭРБ связан с дисмоторикой верхних отделов ЖКТ, несостоятельностью антирефлюксных барьеров и развитием патологического дуоденогастрального и дуоденогастроэзофагеального рефлюкса. Повреждающее действие рефлюктата обусловлено его химической агрессивностью (кислотный, пептический, щелочной факторы), продолжительностью контакта, нарушением пищевого клиренса и снижением тканевой резистентности [8]. Эпидемиологические данные однозначно позиционируют ГЭРБ как доминирующую гастроэнтерологическую патологию. Ее существенный вклад в Глобальное бремя болезней (GBD) подтверждает высокую социально-экономическую значимость [160]. Анализ глобальной динамики заболеваемости ГЭРБ за период 1990–2019 гг. выявил значительный рост показателей. Согласно данным эпидемиологического мониторинга, число диагностированных случаев заболевания увеличилось на 77,5%: с 441,6 млн в 1990 году до 784,0 млн в 2019 году [189]. Параллельно наблюдается существенное увеличение бремени по нетрудоспособности (YLDs), связанного с данной патологией. За указанный тридцатилетний интервал данный показатель возрос на 77,2% – с 3,4 млн до 6,0 млн человеко-лет [139]. В то же время, мета-аналитический обзор 36 публикаций определяет среднемировую распространенность ГЭРБ на уровне 14,1% [161].

На протяжении тридцати лет международное научно-медицинское сообщество последовательно развивало методологию стандартизации ведения пациентов с ГЭРБ. Результатом этой работы стало формирование унифицированной платформы, интегрирующей строгие диагностические критерии, современные терапевтические алгоритмы и эффективные превентивные стратегии. Данная платформа создана на принципах доказательной медицины и подкреплена результатами многоцентровых рандомизированных исследований, масштабных метаанализов и систематических обзоров. Ключевыми вехами данного процесса выступили: принятие Лос-Анджелесской классификации РЭ

(1994 г.) [154], заключение Генвальского соглашения (1997 г.) [129], а также выработка Монреальского (2006 г.) [178] и Швейцарского (2007 г.) [176] консенсусов.

Клинические проявления ГЭРБ систематизированы в Монреальском консенсусе (2006), на две патогенетические группы [178] (Таблица 1).

Таблица 1 - Клинические проявления ГЭРБ

Эзофагеальные (пищеводные) синдромы		Экстраэзофагеальные (внепищеводные) синдромы	
<i>Проявляющиеся исключительно симптомами</i>	<i>С повреждением пищевода (осложнения ГЭРБ)</i>	<i>Установлена связь с ГЭРБ</i>	<i>Предполагается связь с ГЭРБ</i>
1. Классический рефлюксный синдром. 2. Боль в грудной клетке	1. Рефлюкс- эзофагит. 2. Стриктуры пищевода. 3. Пищевод Баррета. 4. Аденокарцинома пищевода	Рефлюксной природы: 1. Кашель 2. Ларингит 3. Бронхиальная астма 4. Эрозии зубной эмали	1. Фарингит 2. Синуситы 3. Идиопатический фиброз лёгких. 4. Рецидивирующий средний отит

Икота, торакалгия, тошнота, рвота, ощущение «кома в горле», одинофагия и дисфагия в клинической картине ГЭРБ встречаются с меньшей частотой [19]. Сложную клиническую задачу, требующую проведения комплексного обследования, представляет собой дифференциальная диагностика между рефлюкс-ассоциированными болями в грудной клетке и кардиальной ишемией [124].

Повышенный риск развития предраковых состояний пищевода положительно коррелирует с ГЭРБ. По результатам метаанализа L.H. Eusebi с соавторами (2021), пищевод Баррета выявляется у 7,2% пациентов с ГЭРБ, что обосновывает необходимость раннего выявления заболевания и назначения адекватного лечения [137].

Важно отметить, что ГЭРБ является доказанным фактором риска пищевода Барретта и аденокарциномы пищевода [178]. Согласно недавнему метаанализу L.H. Eusebi et al. (2021), обобщившему результаты 44 исследований, частота

гистологически верифицированного пищевода Барретта у пациентов с ГЭРБ составляет 7,2% (95% ДИ: 5,4–9,3) [135].

Систематический обзор, включающий 28 исследований, выявил более высокую частоту симптомов ГЭРБ среди пациентов с астмой по сравнению с контрольной группой: 59,2% против 38,1%, соответственно. Также было установлено, что применение антирефлюксной терапии способствует улучшению астматических проявлений, таких как свисты, кашель, затрудненное дыхание и чувство сдавленности в грудной клетке, приблизительно у 70% пациентов [143].

Ларингит и дисфония относятся к числу не столь распространенных внепищеводных симптомов ГЭРБ, развивающихся в результате воздействия агрессивного желудочного содержимого на слизистые оболочки верхних дыхательных путей. Совокупность специфических симптомов со стороны верхних дыхательных путей и глотки выделена в самостоятельную клиническую форму - ларингофарингеальный рефлюкс (ЛФР). Одной из характерных черт данного клинического варианта выступает отсутствие чёткой связи с типичными симптомами ГЭРБ. Эпидемиологические данные подтверждают, что лишь у 35% пациентов с верифицированным ЛФР присутствует изжога, что подчеркивает необходимость углублённой дифференциальной диагностики [122].

Оценка стоматологического статуса у больных с ГЭРБ демонстрирует специфические изменения в ротовой полости. Выявленная корреляция между тяжестью эндоскопических проявлений и выраженной оральной симптоматикой даёт основания рассматривать последние в качестве индикаторов прогрессирования ГЭРБ [107].

Эпидемиологическая оценка сопряжена с объективными трудностями, обусловленными размытостью терминологических границ, многообразием патогенетических механизмов и вариабельностью симптомокомплекса. Наиболее частым клиническим маркером является изжога, которая фиксируется в 83% случаев, регургитация встречается реже — у 53% пациентов с ГЭРБ [31, 178].

Принципиально важным аспектом представляется дифференциация регургитации и отрыжки. Отрыжка представляет собой физиологический процесс

эвакуации газов, тогда как регургитация определяется как патологический заброс жидкого или смешанного содержимого в пищевод, глотку и ротовую полость, согласно положениям Монреальского консенсуса [129, 178].

Внедрение стандартизированных диагностических алгоритмов, закрепленные в международных консенсусах, направлены на снижение субъективности интерпретации и своевременную диагностику осложнений. Монреальский консенсус определяет клинически значимыми эпизоды изжоги и/или регургитации с частотой ≥ 2 раз в неделю либо умеренные/выраженные проявления с частотой ≥ 1 раза в неделю [178]. Рекомендации РГА, Лионский консенсус 2017 г., его актуализированная версия 2024 г., подтверждают пороговую значимость симптомов, возникающих не реже одного раза в неделю [142].

Анализ эпидемиологических данных выявляет значительные географические различия в распространенности ГЭРБ. Систематический обзор J. Dent с соавт. (2007), выполненный на основе унифицированных критериев отбора, продемонстрировал, что в странах Западной Европы заболеваемость варьировала в пределах 10–20%, в то время как в азиатских популяциях этот показатель не превышал 5% [130]. Более поздние исследования Н.В. El-Serag с соавт. (2014), отметили тенденцию к увеличению показателей: в западных регионах (Северная Америка, Западная Европа) распространенность достигла 25,9–27,8%, в Азии- 7,8% [136]. Расчеты К. Goh с соавт., демонстрируют ежегодный прирост заболеваемости на уровне 4%, что позволяет квалифицировать ГЭРБ как медико-социальную и значимую проблему [140].

Оценка реальной распространенности осложняется низкой обращаемостью пациентов с основными симптомами ГЭРБ. Наибольшие показатели заболеваемости регистрируются в Южноазиатском регионе и странах Юго-Восточной Европы (свыше 25%), тогда как минимальные значения характерны для Юго-Восточной Азии, Канады и Франции (менее 10%). Региональные диспропорции могут быть связаны с этнокультурными особенностями питания, генетическими факторами и различиями в диагностических критериях [166].

Согласно метаанализу J. Nirwan и соавт. (2020) глобальная распространенность клинически значимых симптомов ГЭРБ составляет 13,98% при выраженной вариабельностью показателей: минимальные значения зафиксированы в китайской популяции (2,5%), максимальные — в странах Ближнего Востока, в частности в Саудовской Аравии (45,4%) [161]. Частота встречаемости ГЭРБ в РФ колеблется от 11,3% до 33,6% при среднем значении 25,6%. Также зафиксирована тенденция к увеличению заболеваемости в возрастной группе старше 50 лет, что коррелирует с возраст-ассоциированной коморбидной патологией [1].

В систематическом обзоре распространенности ГЭРБ у населения Мексики установлено, что еженедельные изжога и регургитация встречаются в 12,1% случаев, ежедневные симптомы наблюдаются у 1,2% больных и 49,1% опрошенных имеют проявления заболевания не реже одного раза в месяц. В данной популяции также отмечено наиболее частое распространение регургитации и горечи во рту по сравнению с изжогой, и выявлено увеличение доли мужчин с высоким уровнем образования и достатка, имеющих симптомы ГЭРБ [111].

Систематический обзор, включивший 8 популяционных исследований в странах Латинской Америки, отметил колебания частоты встречаемости основных симптомов ГЭРБ от 3% до 11,6% [172].

В Швеции удельный вес респондентов с симптомами изжоги и/или регургитации с частотой не менее 1 раза в неделю достигал 14%, а среди населения Италии этот показатель составлял 23,7% [170, 187].

Особого внимания заслуживает трансформация эпидемиологической значимости ГЭРБ в азиатском регионе. Если до начала XXI века данная патология рассматривалась как малозначимая для азиатских стран, то за последние два десятилетия наметилась устойчивая тенденция к росту заболеваемости. Частота встречаемости ГЭРБ в азиатской популяции, согласно положениям Азиатско-Тихоокеанского консенсуса, возросла с 18,7% до 25% [140]. В Китайской Народной Республике также зафиксирован рост распространенности ГЭРБ: за аналогичный период данный показатель увеличился с 6% до 10,6%. [153].

Результаты клинико-эпидемиологического анализа, проведённого в 2018 году в Азербайджане, основаны на критериях еженедельных эпизодов изжоги и/или регургитации, отмечают, что доля лиц с данной патологией составила 22,7% [112].

Популяционное исследование, проведенное в Южном Пенджабе в 2019–2020 годах продемонстрировало высокую распространенность ГЭРБ в Пакистане - 26,6%. Мультифакторный анализ определил ключевые факторы развития заболевания: повышенный индекс массы тела, курение, продолжительное применение НПВП, а также диетические предпочтения, характеризующиеся избыточным потреблением острых приправ и маринованной продукции [167].

Географическая протяженность и трансконтинентальный характер РФ определяет выраженную гетерогенность эпидемиологических показателей ГЭРБ (Таблица 2).

Таблица 2 – Сравнительная таблица распространенности ГЭРБ в мире и Российской Федерации

Страна	Распространенность (%)
Западная Европа	10-20% (Dent et al., 2007) → 25.9-27.8% (El-Serag et al., 2014)
Азия (в целом)	<5% (Dent et al., 2007) → 7.8% (El-Serag et al., 2014)
США, Канада	25.9-27.8% (El-Serag et al., 2014)
Китай	2.5% (минимальный показатель в метаанализе) → 10.6% (по данным региональных исследований)
Саудовская Аравия	45.4%
Азербайджан	22.7%
Пакистан (Ю. Пенджаб)	26.6%
Мексика	12.1%
Латинская Америка	3% - 11.6%
Швеция	14%
Италия	23.7%
Российская Федерация	25.6% (метаанализ 2024 г.)

Источник: составлено автором

По данным исследования МЭГРЕ (2009 г.), проведенного при помощи валидированного опросника клиники Мэйо, распространенность ГЭРБ среди взрослого населения варьирует в диапазоне от 7 до 30%. У 13,3% респондентов зафиксированы типичные клинические проявления с частотой возникновения не менее одного раза в неделю, что соответствует общепринятым диагностическим критериям ГЭРБ [52].

Когортное исследование АРИАДНА (2008 г.) на 14 тыс. пациентах первичного звена из 11 городов РФ подтвердило высокую распространенность патологии: еженедельная изжога, соответствующая критериям ГЭРБ, выявлена у 34,2% обратившихся за амбулаторной помощью [34].

Согласно данным международного проекта MONICA (ВОЗ), реализованного в Новосибирске, эпидемиологическая распространенность изжоги составила 61,7% среди мужского и 63,6% среди женского населения. При этом клинически значимые проявления регистрировались у 10,3% (частые эпизоды) и 15,1% (персистирующая симптоматика) обследованных [81].

Региональные эпидемиологические исследования в РФ демонстрируют значительную распространенность гастроэзофагеальной симптоматики: в Саранске 49,6% населения сообщают об эпизодической изжоге, при этом диагностические критерии ГЭРБ верифицированы у 9,9% обследованных. Параллельно мультицентровое исследование (1999-2001 гг.) с репрезентативной выборкой 4,106 респондентов в Новосибирске, Санкт-Петербурге и Красноярске документирует превалентность изжоги на уровне 60%, 46% и 46% соответственно. Эти данные подтверждают существенную популяционную распространенность клинически значимого симптомокомплекса ГЭРБ в России [20, 51].

В ходе многоцентрового мониторинга, проведенного в период 2015–2017 гг. на территории восьми городов РФ и включившего 6132 валидные анкеты респондентов в возрасте от 18 до 90 лет, установлено, что распространенность ГЭРБ среди пациентов амбулаторно-поликлинического звена составляет 34,2% [9]. Полученные показатели согласуются с данными метаанализа 2024 года, согласно которым частота встречаемости ГЭРБ в РФ достигает 25,6% [1].

Достоверная оценка распространенности ГЭРБ остается сложной задачей ввиду клинического полиморфизма, недостаточной обращаемости пациентов и повсеместной практики самостоятельного приема ЛП при изжоге и регургитации. Анализ публикаций, посвящённых вопросам диагностики и терапии ГЭРБ, выявил существенные методологические сложности, связанные с вариабельностью симптомокомплексов. Диагностический процесс осложняется наличием внепищеводных проявлений и атипичным течением заболевания. Несвоевременная верификация симптомов и нерациональная фармакотерапия способствует прогрессирующей инвалидизации пациентов, снижению качества жизни и увеличению риска летальности.

Проведённый анализ констатирует устойчивый рост заболеваемости ГЭРБ в глобальном масштабе и высокую частоту ее симптоматики среди населения РФ. Квалифицированная ФП приобретает особую значимость и актуальность в сложившихся условиях как фактор повышения эффективности первичного звена здравоохранения

1.3. Современные подходы к лечению основных симптомов ГЭРБ

1.3.1. Немедикаментозные подходы к лечению основных симптомов ГЭРБ

Современный подход к терапии ГЭРБ, направленный на устранение симптомов и достижение ремиссии, базируется на принципах доказательной медицины и сочетании фармакотерапии с немедикаментозными методами лечения [7, 102].

Систематический обзор Albarqouni L. и соавт. (2021) указывает на то, что простые поведенческие изменения, например, приподнимание изголовья кровати во время сна, могут существенно облегчить основные симптомы ГЭРБ. Исследование выявило значительное улучшение изжоги и/или регургитации спустя месяц с начала применения данной меры, что делает ее ценным компонентом комплексного лечения. Такая коррекция способствует урежению и ослаблению рефлюксных эпизодов, а также улучшению показателей качества жизни пациентов [114]. Указанные рекомендации находят отражение в клинических руководствах

Российской и Американской гастроэнтерологических ассоциаций, Азиатско-Тихоокеанском консенсусе по ГЭРБ и документах Американской коллегии гастроэнтерологов [31, 185, 140, 148].

В комплексе немедикаментозной терапии ГЭРБ существенное значение имеют дыхательные тренировки, способствующие, согласно исследованиям, улучшению моторно-эвакуаторной функции ЖКТ, повышению тонуса НПС и уменьшению частоты его транзиторных релаксаций [188].

Согласно данным тайваньских авторов, диссинхрония циркадных ритмов и ассоциированная с ней гипомелатонинемия являются факторами нарушения гастроинтестинальной моторики. Следствием указанных нарушений выступает замедление пищевого клиренса, что способствует манифестации и прогрессированию ГЭРБ, в особенности среди лиц, осуществляющих трудовую деятельность в ночное время [123].

Эпидемиологические наблюдения демонстрируют зависимость развития ГЭРБ и характером питания: высокое содержание в рационе насыщенных и мононенасыщенных жирных кислот ассоциировано с возрастанием риска рефлюксной патологии. Подобный рацион нарушает эвакуаторную функцию желудка, что может усугублять течение заболевания [174]. В клинических рекомендациях Американской коллегии гастроэнтерологов уточняется, что исключение острых и жирных продуктов оправдано исключительно при их доказанной причинно-следственной связи с возникновением изжоги [148].

Среди факторов, влияющих на течение ГЭРБ, табакокурение занимает особое место. Оно не только инициирует и усиливает клинические проявления, но и положительно коррелирует с риском развития злокачественных новообразований пищевода. Согласно клиническим наблюдениям, у пациентов, снизивших потребление никотина, фиксируется положительная динамика, проявляющаяся ослаблением основных симптомов [150, 149].

В отношении антропометрических показателей установлено, что снижение индекса массы тела демонстрирует статистически значимую корреляцию с

ослаблением выраженности гастроэзофагеального рефлюкса, вплоть до достижения полной клинической ремиссии [161].

Перспективным направлением немедикаментозной терапии ГЭРБ, ассоциированной с также и с кардиальными проявлениями, рассматривается бальнеотерапия. Исследование Эфендиевой М.Т. и соавт. (2020) продемонстрировало клиническую эффективность курсового применения гидрокарбонатно-сульфатной магниевой-натриевой минеральной воды. Авторами зафиксировано трехкратное уменьшение рефлюкс-индекса, опосредованное усилением тонической активности НПС [103]. Дополнительное обоснование терапевтического потенциала бальнеологических методов представлено в работе Dragomiretska N. и соавт. (2020). Отмечается, что применение высокоминерализованной сульфатно-гидрокарбонатной натрий-магниевого воды сопровождается отчетливой положительной динамикой: уменьшением интенсивности абдоминального болевого синдрома и купированием диспепсических расстройств, что коррелировало с улучшением показателей качества жизни пациентов [132].

В рандомизированном контролируемом исследовании R. Dickman и соавт. проведен сравнительный анализ эффективности сочетанного применения акупунктуры с омепразолом (20 мг/сут) и монотерапии удвоенной дозой омепразола у пациентов с неэрозивной ГЭРБ [131]. Установлено, что оба подхода демонстрируют сопоставимую эффективность в отношении купирования изжоги. Исследователи высказали предположение, что позитивный эффект акупунктуры реализуется через регуляцию моторно-эвакуаторной деятельности верхних отделов пищеварительного тракта, что согласуется с теоретическими положениями традиционной китайской медицины.

Доказательства модулирующего влияния акупунктуры на гастродуоденальную моторику представлены в ряде исследований. Xu S. et al. продемонстрировали, что электроакупунктура достоверно ускоряет опорожнение желудка у пациентов с функциональной диспепсией [184]. В работе Chang X. et al. (2001) также показано, что стимуляция акупунктурных точек индуцирует усиление

перистальтической активности желудка [121]. Выявленные эффекты могут объяснять синергизм при включении акупунктуры в комплексную терапию ГЭРБ.

Несмотря на наличие предварительных данных, свидетельствующих о потенциальной эффективности бальнеотерапии и акупунктуры при неэрозивной ГЭРБ, следует подчеркнуть, что данные методы не включены в действующие международные и национальные клинические руководства [31]. Хотя отдельные исследования демонстрируют терапевтический потенциал указанных подходов, их применение не может быть рекомендовано в рамках стандартизированной немедикаментозной терапии. При разработке алгоритма ФИ при основных симптомах ГЭРБ, следует руководствоваться действующими актуальными клиническими рекомендациями, базирующимися на принципах доказательной медицины. Упомянутые методы требуют дальнейшего масштабного и детализированного изучения для возможного пересмотра их статуса в будущем.

Суммируя представленные данные, немедикаментозные методы терапии являются неотъемлемым компонентом успешного контроля ГЭРБ и её основными симптомами. Благодаря воздействию на ключевые патогенетические звенья они обеспечивают устойчивое улучшение клинической картины и качества жизни, выступая важным дополнением к фармакотерапевтическим стратегиям.

1.3.2. Медикаментозные подходы к лечению основных симптомов ГЭРБ

В современной гастроэнтерологии ИПП сохраняют статус неотъемлемого компонента терапии КЗЗ. Фармакологическое действие представителей данной группы происходит на молекулярном уровне путем селективной блокады протонного насоса — H^+/K^+ -зависимой АТФазы, что приводит к снижению кислотной продукции. Уникальность данного механизма, воздействующего на завершающий этап секреции, обусловило закрепление за ИПП неоспоримую позицию терапевтического эталона в лечении ГЭРБ [31]. Результаты многочисленных РКИ свидетельствуют об их терапевтическом превосходстве над иными классами антисекреторных средств отношении достижения стабильного контроля интрагастрального pH [147, 125].

Однако расширение показаний к назначению ИПП в рутинной клинической практике, а также увеличение продолжительности терапевтических курсов закономерно актуализировали вопросы, касающиеся безопасности длительного применения данных препаратов [188, 120, 155, 154].

Высокие показатели заболеваемости КЗЗ в совокупности с безрецептурным статусом ряда ИПП, способствует их неконтролируемому использованию. Пациенты склонны самостоятельно продлевать приём ЛП, пренебрегая необходимостью мониторинга нежелательных явлений. В этих условиях ключевое значение приобретает необходимость усиления фармацевтического сопровождения: информирования о важности соблюдения фазовки и длительности приема, разъяснения рисков самолечения. Рациональное применение ИПП основывается на неукоснительном соблюдении принципов лекарственной безопасности при обязательном врачебном и фармацевтическом контроле [30]

Хронический, рецидивирующий характер течения ГЭРБ обуславливает высокую значимость приверженности терапевтическим схемам и проведения поддерживающего лечения. Ведение данной категории пациентов предполагает реализацию долгосрочных стратегий, ориентированных на достижение устойчивой ремиссии. В качестве эффективных комбинаций рассматривается сочетанное применение ИПП с эзофагопротекторами, прокинетиками, альгинатсодержащими средствами и антацидами, что обеспечивает купирование симптоматики и профилактику обострений [31]. Фармакодинамические эффекты альгинатов, реализуемые через формирование физического барьера, препятствующего рефлюксу, и цитопротективное действие, получили подтверждение в метаанализах и РКИ. Доказанная способность данной группы снижать выраженность эрозивно-воспалительных изменений пищевода закреплена в современных клинических рекомендациях [175, 152].

Альгинаты могут использоваться в монотерапии для купирования изжоги (при отсутствии эрозивных поражений), так и в составе комплексных терапевтических схем [7].

Перспективным направлением повышения эффективности лечения выступает комбинированная терапия. Согласно данным систематического обзора М.Ж. Huestis и соавт. (2020), обобщившего результаты четырех крупных исследований, включение альгинатов в схемы с ИПП и мероприятия по модификации образа жизни усиливает терапевтический ответ у пациентов с внепищеводными проявлениями ГЭРБ [117]. Дополнительные доказательства эффективности комбинированных схем представлены в исследовании Березиной О.И. и соавт. (2021) добавление эзофагопротектора к ИПП обеспечило более выраженную динамику регресса симптомов, улучшение качественных характеристик сна и активацию регенераторных процессов в слизистой по сравнению с монотерапией [1]. Полученные данные перекликаются с результатами метаанализа 10 исследований, демонстрируя повышение эффективности лечения различных фенотипов ГЭРБ при включении Альфазокса в стандартные схемы за счет синергизма антисекреторного и цитопротективного эффектов [56].

Терапевтический потенциал блокаторов H₂-гистаминовых рецепторов в контексте терапии ГЭРБ остается ограниченным. Согласно позиции Американской гастроэнтерологической ассоциации, их применение оправдано преимущественно для контроля ночных «кислотных прорывов», однако быстро развивающаяся тахифилаксия исключает возможность долгосрочного применения. Использование в качестве базисной терапии H₂-гистаминовых рецепторов Российская гастроэнтерологическая ассоциация допускает при наличии противопоказаний и подтвержденной резистентности к ИПП [31].

Сохраняют свою роль в качестве комплексной терапии ГЭРБ прокинетики, которые воздействуют на патологическое звено- нарушение моторики верхних отделов ЖКТ [31].

Калий-конкурентные блокаторы протонной помпы (ККБПП) представляют собой новый класс ЛП для лечения КЗЗ, которые отличаются от ИПП принципиально иным механизмом действия. ККБПП уже являются активными молекулами, и они избирательно связываются с калий-зависимыми участками H⁺/K⁺-АТФазы, напрямую блокируя транспорт протонов без необходимости

метаболической активации. Благодаря высокой концентрации в кислотосекретирующих зонах, ККБПП достигают в париетальных клетках уровней, значительно превышающих плазменные, что обеспечивает мощное подавление секреции кислоты [82, 83]. Анализ 7 рандомизированных клинических исследований с участием 1168 пациентов (преимущественно азиатская популяция) выявил превосходство ККБПП над ИПП [188]. Систематический обзор 2021 года подтвердил более высокую эффективность вонопразана в отношении купирования симптомов ГЭРБ по сравнению с традиционными ИПП, что расширяет терапевтические возможности при резистентных формах [126, 92]. На данный момент на территории РФ ни один представитель данного класса не имеет регистрационного удостоверения.

Несмотря на появление инновационных ЛС, расширяющих терапевтические возможности при ГЭРБ, достижение устойчивого контроля над данным заболеванием сохраняет статус клинически сложной задачи. Гетерогенность патогенетических механизмов, выражающаяся в вариабельности моторных нарушений, особенностей кислотообразования и висцеральной чувствительности, обуславливает необходимость углубленного исследования молекулярных основ патологии и разработки персонализированных терапевтических подходов [89].

Оптимизация ФИ и повышение уровня информированности пациентов, в сочетании с обучением провизоров и фармацевтов, могут стать ключевыми факторами в решении проблем полипрагмазии и приверженности терапии. Наличие безрецептурных форм, обеспечивает доступность ЛП, одновременно требует от фармацевтических специалистов грамотного информирования посетителей АО о правилах их применения.

Таким образом, ИПП остаются основой фармакотерапии ГЭРБ. Однако их широкое, нередко бесконтрольное применение актуализирует вопросы долгосрочной безопасности и требует строгого соблюдения режимов дозирования. В связи с этим ключевыми условиями эффективной терапии становятся, с одной стороны, взвешенный подход к назначению и поиск оптимальных

комбинированных схем, а с другой — активное ФИ, направленное на минимизацию рисков самолечения и повышение приверженности пациентов лечению.

1.4. Интеграция цифровых технологий в систему ответственного самолечения на современном этапе

В мировой фармацевтической практике одним из ведущих подходов выступает стандартизация информационно-консультационной деятельности, обеспечивающая унификацию рекомендаций по применению ЛС и повышение эффективности идентификации ситуаций, требующих незамедлительного врачебного вмешательства. Иллюстрацией успешной реализации данного подхода служит европейский научно-исследовательский проект TESEMED (Telematics in Community Pharmacies for Responsible Self-Medication), в рамках которого были разработаны и внедрены информационно-технологические инструменты, включая создание нормативно-методических материалов для фармацевтических специалистов [173].

Растущее признание виртуальной медицины, непрерывный технологический прогресс и расширение спектра онлайн-услуг, предоставляемых фармацевтическими специалистами, катализирует увеличение спроса и популярности на дистанционные консультации среди пациентов. Данная тенденция, как ожидается, наберет силу в будущем, что принципиально повысит доступность и инклюзивность ФП для населения.

Современная ФП претерпевает существенную модернизацию посредством активного внедрения цифровых технологий, которые включают онлайн-информирование и разработку профильных мобильных программ [78]. Дополнительные возможности АО для предоставления ФП обеспечивают информационно-справочные службы, веб-сайты, мобильные приложения АО и социальные сети. Международный опыт демонстрирует широкий спектр применений: от телемедицинских систем для работы с пожилыми пациентами до мобильных приложений, предоставляющих персонализированные рекомендации по ЛП [138, 113]. В контексте ФИ особую значимость приобретает разработка

стандартизированных алгоритмов для пациентов с основными симптомами ГЭРБ, направленных на:

1. обеспечение рационального использования безрецептурных ЛС;
2. минимизацию рисков лекарственных взаимодействий;
3. улучшение индивидуализированных показателей качества жизни.

Обеспечение рациональной фармакотерапии безрецептурными ЛП, снижение рисков их взаимодействия и квалифицированное сопровождение пациентов представляют собой важнейшие направления деятельности фармацевтических специалистов. В контексте курации пациентов с симптоматикой ГЭРБ приоритетной задачей становится внедрение унифицированных алгоритмов информирования, ориентированных на улучшение персонализированных параметров качества жизни. Это, в свою очередь, актуализирует необходимость модернизации профессиональной подготовки специалистов аптечного звена и интенсификации междисциплинарного взаимодействия. Последовательная реализация указанных мер позволит сформировать цифровую платформу поддержки пациентов, обеспечивающую оптимальный баланс между доступностью самолечения и требуемым уровнем профессионального контроля и безопасности.

В условиях цифровизации здравоохранения все более востребованными становятся интеллектуальные системы помощи в принятии решений, в частности чат-боты. Эти сервисы позволяют эффективно интегрировать цифровые технологии, стандартизируя и делая более доступным ФИ. Архитектура чат-ботов может включать как жестко заданные сценарии (правила), при которых реакции на сообщения пользователей предопределены разработчиками, так и элементы искусственного интеллекта.

В 1966 году в Массачусетском технологическом институте был создан прототип первого полноценного чат-бота, ELIZA, функционал которого основывался на анализе ключевых слов для генерации ответов на базовые вопросы [181]. Современные научные исследования убедительно демонстрируют многоаспектность применения чат-ботов в сфере здравоохранения, где их

обширный функциональный потенциал находит реализацию в различных плоскостях. В частности, научные работы фокусируются на их роли в фармацевтической практике: N.S. Ahmad и соавторы исследуют возможности использования чат-ботов для информирования потребителей АО [113], а М.И. Кимадзе и С.Ю. Кондратова обоснованно утверждают, что интеграция этих инструментов в омниканальную стратегию становится ключевым компонентом клиентоориентированного подхода при взаимодействии с пользователями в онлайн-среде [39]. В сфере клинической практики М.V. Vasileiou и I.G. Maglogiannis подчеркивают эффективность чат-ботов для сбора первичной медицинской информации и осуществления динамического мониторинга состояния пациентов [179]. Кроме того, значительный операционно-организационный потенциал технологии выявлен в исследовании Н.В. Яндыбаевой и И.В. Акельева, где чат-боты применяются для обеспечения технической поддержки пользователей медицинских учреждений [106]. Диагностическая ценность данного функционала подтверждается работой А.А. Тяжельникова, который предлагает использовать чат-боты для стандартизированного сбора анамнеза до начала врачебной консультации [93].

В качестве технологической платформы для реализации таких решений особой востребованностью пользуются различные мессенджеры, занимающие лидирующие позиции в области разработки интерактивных ботов, функционирующих по принципу диалоговых сценариев. Их уникальность заключается в организации взаимодействия через естественную текстовую коммуникацию: это не просто переписка, и не шаблонный обмен сообщениями, как в соцсетях.

Важнейшим технологическим преимуществом является кроссплатформенность - доступность на всех операционных системах (Android, iOS, Windows, macOS, Linux) и через веб-интерфейс, что обеспечивает беспрепятственный доступ для пользователей независимо от используемых технических средств.

Критическая значимость точности и достоверности информации в ФИ обуславливает выбор в пользу чат-ботов, основанных на predetermined алгоритмических сценариях. В отличие от систем, использующих искусственный интеллект, детерминированные алгоритмы гарантируют стабильность и предсказуемость коммуникации, что является необходимым условием безопасности при обсуждении любых вопросов, касающихся применения ЛП.

1.5 Современные исследования в области оптимизации фармацевтической помощи и использовании цифровых технологий

В связи с неуклонным ростом и значительной распространенностью заболеваний желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) в мире, их комплексное изучение приобретает особую актуальность. Эта проблема объединяет усилия клиницистов, фармацевтических специалистов и организаторов здравоохранения. Ключом к решению может стать персонализированный терапевтический подход, реализуемый через эффективное взаимодействие медицинского, фармацевтического персонала и самих пациентов.

Методологические основы персонализированной фармакотерапии как ключ к оптимизации лекарственного обеспечения и повышению качества жизни пациентов были заложены в трудах ведущих отечественных учёных. Работы Г. Т. Глембоцкой, И. А. Джупаровой, В. В. Дорофеевой, Н. Б. Дремовой, Т.И. Кабаковой и Э. А. Коржавых, И. В. Косовой, Т. П. Лагуткиной, Е. Е. Лоскутовой, Л.В. Мошковой, А. И. Овод, Е. Е. Чупандиной, А.Б. Горячев и др. [16, 22, 23, 26, 35, 36, 45, 50, 53, 61, 72, 99] сформировали научный фундамент для решения этой актуальной задачи.

Исследователи предложили концепции и методические подходы, направленные на:

1. Разработку персонализированных алгоритмов фармакотерапии.
2. Повышение эффективности и качества ФП.
3. Достижение прогнозируемых клинических исходов.
4. Существенное улучшение качества жизни пациентов.

Методология и концепция ФП в нашей стране для отдельных категорий пациентов были разработаны исследователем А.И. Овод [71]. Исследование Е.А. Феединой посвящено разработке теоретических и методических основ совершенствования качества фармацевтических информационно-консультационных услуг при безрецептурном отпуске [96].

Вопросы оптимизации фармацевтического сопровождения пациентов с гастроэнтерологической патологией в условиях стационара детально исследованы в работах ведущих отечественных специалистов. Значительный вклад в разработку данной проблематики внесли Л.Н. Геллер, Л.В. Мошкова и Д.Х. Шакирова [13, 14, 62, 100], чьи труды охватывают ключевые направления:

1. Маркетинговые и организационные стратегии построения эффективной системы ФП для пациентов с хроническим панкреатитом на госпитальном этапе.
2. Финансовые механизмы и экономическое обоснование лекарственного обеспечения при стационарном лечении (на примере язвенной болезни).
3. Анализ и оптимизация фармакотерапевтических схем, применяемых в стационаре при лечении язвенной болезни гастродуоденальной зоны.

Научный вклад Е.А. Пядушкиной, Е.А. Юрьевой и Р.И. Ягудиной [80, 104, 105] сформировал методологическую базу для решения ключевых задач амбулаторной ФП при гастроэнтеропатологиях:

1. Оценка экономической целесообразности применения дорогостоящих биопрепаратов (язвенный колит, болезнь Крона).
2. Системная оптимизация ресурсного обеспечения амбулаторного звена.
3. Фармакоэкономическое моделирование выбора терапии второй линии (рак желудка).

Концептуальные подходы к построению эффективной системы ФП при гастроэнтеропатологиях получили научное обоснование в работе Н.А. Предейн [77].

Рост потребительского спроса на ФИ существенно трансформирует роль провизора в системе самолечения, повышая его ответственность за терапевтические решения в условиях безрецептурного отпуска ЛС. В работе А.А.

Клименковой и А.А. Скрипко, обосновывается необходимость внедрения в деятельность АО стандарта обслуживания потребителей. Авторами определены ключевые функции, задачи и критерии его разработки, а также выявлены аспекты, отражающие важнейшие требования к обеспечению качества фармацевтических услуг с позиции правил надлежащей аптечной практики [42, 41].

Ключевым элементом системы ФП выступает информирование пациентов, что предъявляет высокие требования к профессиональной компетентности фармацевтических работников. Современный этап развития данной области характеризуется наличием значительного количества научно обоснованных алгоритмов и стандартизированных опросников для ФИ при различных нозологиях. В качестве примеров можно привести алгоритмы, предложенные для ведения пациентов с диареей (С.Н. Егорова, Т.А. Ахметова и др., (2014)) [27], острым синуситом (М.М. Сачек, А.Б. Бизунков, О.В. Курлюк (2009)) [71] и дисменореей (О.В. Филиппова, Н.Ю. Черкасова (2011)) [97]. Бредихиной Т.А. с соавторами предложен специализированный алгоритм ФИ для пациентов с себорейным дерматитом.[5]. Исследование Крапивкиной В.Ю. и коллег эмпирически подтвердило значимость структурированного информирования в процессе выбора безрецептурных гепатопротекторов [46]. В работе Кимасовой В.А. представлены методические рекомендации по созданию стандартной операционной процедуры (СОП) для информирования пациентов с пролонгированными симптомами после COVID-19 («лонг-ковид»), включающей дифференцированный алгоритм с учетом возрастных и симптоматических особенностей [40].

Актуальность разработки алгоритмов подчеркивается в работе Захаровой О.В. с соавт., где обосновывается необходимость создания специализированного алгоритма ФИ для беременных с ОРВИ ввиду высокой заболеваемости и повышенных рисков для матери и плода [29].

Параллельно развиваются подходы, направленные на оптимизацию информирования для пациентов с хроническими и онкологическими заболеваниями. Примером служит работа Нигматуллиной Ю.У., предлагающая

модель интеграции принципов онкологической настороженности в алгоритм ФИ для пациентов со злокачественными новообразованиями предстательной железы. [63].

М.С. Соболева и Е.Е. Лоскутова изучили фармацевтическое консультирование при отпуске рецептурных антигипертензивных препаратов. На основе анализа были сформулированы ключевые аспекты информирования, разработаны практические рекомендации, алгоритм оказания услуги и стандартная операционная процедура [85, 86].

Согласно исследованию А.Д. Сибиревой, ключевым фактором успешной адаптации к профессиональным стандартам является создание эффективных моделей коммуникации между фармацевтическими работниками и посетителями АО, что подтверждает необходимость повышения качества информационно-консультационных услуг в аптеке [84].

Значительный интерес представляют работы по оптимизации фармобеспечения отдельных групп населения. Е.М. Валиева разработала методические подходы к оптимизации обеспечения препаратов на основе пробиотиков детям [10].

Работа И.А. Григорьевой также носит практическую направленность, способствуя развитию фармацевтической деятельности за счет сосредоточения внимания на пожилых людях [18].

Особое значение приобретает направление интеграции информационных технологий в повседневную фармацевтическую деятельность, которая нацелена на повышение эффективности управления лекарственной помощью. В рамках этой парадигмы Р.С. Сафиуллин заложил методологические основы применения ИКТ для совершенствования систем лекарственного обеспечения, выделив цифровизацию как ключевой вектор развития отрасли [82]. Д.Х. Шакирова развила данную концепцию, доказав эффективность информационных систем для многоуровневого управления ФП [101]. Работы Мирошниченко Ю.В. посвящены особенностям лекарственного обеспечения в условиях цифровой трансформации

военного и гражданского здравоохранения [59]. Умаров С.З. провёл анализ применения цифровых технологий в фармацевтической отрасли [95].

Эволюция данных исследований закономерно привела к фокусу на дистанционном ФИ, которое становится актуальным в контексте:

1. Растущего спроса на удаленные медицинские услуги;
2. Необходимости обеспечения доступности ФП в отдаленных регионах;
3. Пандемийного опыта, подтвердившего жизнеспособность телекоммуникационных форматов взаимодействия «провизор-пациент».

Результатом научно-исследовательской работы Чесноковой Н.Н. и Кононовой С.В. стала разработка методологического обеспечения и внедрение информационно-аналитического комплекса «Помощник фармацевта». Указанный программный продукт предназначен для оптимизации алгоритмов ФИ в рамках терапии варикозной болезни нижних конечностей, что позволяет вывести стандарты ФП на новый качественный уровень, как это демонстрируется в условиях Нижегородской области [98].

Разработанная Спичак И.В. и Журавель М.А. информационная система «Виртуальный аптечный консультант» представляет собой пример программного обеспечения, предназначенного для предоставления комплексных информационно-консультационных услуг посетителям АО. Данная система обеспечивает функционал для поиска, сравнительного анализа и заказа фармацевтических препаратов, изучения детализированных сведений о них, а также получения персонализированных рекомендаций на основе предъявляемых симптомов [187]. Группа ученых под руководством Г.А. Антроповой разработала специализированное программное обеспечение (ПО), предназначенное для оптимизации ФИ в АО. Данное ПО позволяет фармацевтическим работникам квалифицированно информировать клиентов, обращающихся с синдромом «красного глаза», об аспектах лекарственной терапии этого синдрома и эффективно осуществлять поиск необходимых ЛП [3, 2].

Исследование Просвиркина Г.А. и Дорофеевой В.В. разрабатывает теоретические и практические механизмы цифровизации ФП. Практическая

ценность работы заключается в создании адаптированных цифровых интерфейсов для фармацевтических работников и интуитивных платформ для удаленного информирования пациентов [75, 76].

Тарасовой Е.Н. был разработан специализированный программный продукт (ProvisorHelper) для автоматизации информирования пациентов с ринитом, включающий классификацию симптомов, подбор ЛП с учетом возраста и предоставление доступа к инструкциям [90].

Работа Тухбатуллиной Р.Г и Мотыгулиной Л.И представляет собой комплексный ситуационный анализ, результатом которого стала разработка комплекса управленческих решений, нацеленных на повышение эффективности оказания ФП в условиях чрезвычайных ситуаций [60]. Исследование Ульяновой И.Е. фокусируется на критически важном вызове современности — развитии дистанционных каналов реализации ЛП (интернет-аптеки, сервисы доставки). Центральной проблемой, рассматриваемой в работе, выступает обеспечение безопасности и эффективности данной модели через внедрение механизмов полноценного и качественного ФИ в цифровой среде [94].

Заключение по 1 главе

Проведенное исследование клинических, терапевтических и эпидемиологических аспектов ГЭРБ подтверждает медико- социальную нагрузку данной патологии как в мировом масштабе, так и в РФ. Распространенность данного заболевания в России достигла 25,6%, согласно данным 2024 года, что подтверждает прогноз конца прошлого века о трансформации в структуре гастроэнтерологической патологии. Нозологическая самостоятельность ГЭРБ закреплена в МКБ-10 и международных консенсусах и требует индивидуализированного подхода к терапии.

В патогенезе ГЭРБ центральное место занимают нарушение моторики и кислотно- пептический фактор, что определяет ИПП как основу терапии. Появление новых классов препаратов (ККБПП) и комбинированных схем лечения,

её дополнение немедикаментозными методами расширяет возможность преодоления резистентности и позволяет повысить результат лечения.

Тем не менее, эффективность терапии ограничивает низкая приверженность, обусловленная выраженностью основных симптомов ГЭРБ, настороженностью пациентов перед длительной терапией и недостаточной социальной поддержкой. Учитывая связь между низким комплаенсом и развитием жизнеугрожающих состояний, особую значимость приобретают образовательные программы для пациентов и медицинских специалистов. Ключевая роль отводится и фармацевтическим специалистам, чья деятельность способствует грамотному, обоснованному и рациональному подбору безрецептурных ЛП, снижая риск полипрагмазии. Потребность в совершенствовании ФП пациентов с хроническими заболеваниями сохраняется на фоне существующих научных исследований, что обуславливает необходимость разработки и внедрения стандартизированных алгоритмов ФИ, основанных на принципах доказательной медицины.

В эпоху цифровизации и растущей популярности самолечения открываются новые возможности для создания специализированных программных продуктов, которые могут стать эффективным дополнением к ФИ и важным компонентом системы оказания ФП. Активное внедрение телемедицины и форматов дистанционного информирования является закономерной тенденцией современного здравоохранения, открывающим действенные возможности для преодоления низкой приверженности лечению и обеспечения сопровождения пациентов с хроническими заболеваниями.

Таким образом, на основе проведенного анализа была сформулирована гипотеза, согласно которой разработка и внедрение стандартизированного методических подходов к ЦФИ пациентов с хроническими заболеваниями (на примере ГЭРБ), включающего алгоритмизированный протокол для безрецептурного отпуска препаратов и специализированный программный продукт (чат-бот) на платформе современного мессенджера, позволит существенно повысить качество, доступность и безопасность ФП пациентам с основными симптомами ГЭРБ.

ГЛАВА 2. ОБОСНОВАНИЕ И РАЗРАБОТКА МЕТОДОЛОГИИ ИССЛЕДОВАНИЯ

2.1 Анализ понятийного аппарата

Методология научного исследования систематизирует основополагающие принципы, формы и методы, которые детерминируют и организуют процесс научного познания [87].

Руководствуясь данной парадигмой и логикой научного поиска сформирована, методологическая база. Ее целевое назначение – комплексная оценка актуальной ситуации и формирование стратегий оптимизации лекарственной терапии пациентов с основными симптомами ГЭРБ. Ключевыми структурными компонентами этой базы являются: 1) анализ понятийного аппарата; 2) научно-исследовательская программа (дизайн); 3) методический инструментарий.

Методологический фундамент исследования базируется на концепции Н.Б. Дремовой и соавт., концептуализирующей ФП как интегрированную систему, объединяющую лекарственное обеспечение, информационную поддержку и методико-организационный компонент персонализированной фармакотерапии. Данная системная трактовка обеспечивает четкую дифференциацию от смежных категорий за счет акцента на индивидуализацию терапевтического процесса [26].

В первую очередь следует проанализировать понятий аппарат, необходимый для проведения исследования, постановки цели и задач.

Отсутствие легитимной дефиниции *фармацевтической помощи* в российском законодательстве компенсируется международными подходами. ВОЗ и FIP определяют ФП как деятельность по ответственному обеспечению лекарственной терапией, направленную на улучшение качества жизни пациента, тогда как Американское общество госпитальных фармацевтов (ASHP) трактует её шире — как профессиональную миссию, подразумевающую прямую ответственность фармацевта за результаты вмешательства [116].

В научных источниках понятие *лекарственной помощи* трактуется ограниченно, с фокусом на дистрибутивную функцию (распределение ЛС через

специализированные структуры) и вовлеченность квалифицированного персонала. [86, 48, 108]. В настоящем исследовании она интерпретируется в качестве элемента как медицинской, так и ФП, что подчеркивает ее связующую роль.

В рамках настоящего исследования *фармацевтическое информирование (ФИ)* подразумевается, как реализация трудовой функции А/04.7, регламентированной Профессиональным Стандартом. Содержание данной функции раскрывается через профессиональное информирование пациентов и медицинских работников, охватывающее спектр вопросов, связанных с режимом дозирования, лекарственными взаимодействиями, противопоказаниями, а также условиями хранения ЛП.

Информационные технологии в настоящем исследовании определяются как совокупность инструментов, обеспечивающих сбор, обработку и распространение данных в ходе разработки *цифровых продуктов*. Указанные продукты формируются как комплексы алгоритмов, решающие специфические задачи, например, оптимизацию лекарственного обеспечения [68, 157].

В ходе анализа понятийного аппарата актуализировано понятие ФИ в цифровой среде, как «*цифровое фармацевтическое информирование*» (ЦФИ), представляющее собой реализацию трудовой функции А/04.7 «Информирование населения и медицинских работников о ЛП и других товарах аптечного ассортимента», осуществляемая посредством применения информационно-коммуникационных технологий, электронных образовательных ресурсов и телемедицинских платформ. Содержательно ЦФИ представляет собой дистанционное профессиональное консультирование пациентов и специалистов здравоохранения по вопросам режима дозирования, межлекарственных взаимодействий, противопоказаний и правил хранения ЛП, обеспечивающее непрерывность ФП вне физического пространства АО.

Важным подвидом цифровых продуктов выступают *чат-боты* (chatter-bots) – мессенджерные программы, имитирующие диалог через текст или звук. Обладая функционалом ответа на запросы и инициации диалога, они приобретают статус ключевого инструмента виртуального общения [158].

Таким образом, анализ понятийного аппарата позволяет разработать программу исследования и охарактеризовать ФП как многоуровневую систему, интегрирующую правовые, профессиональные и технологические компоненты.

2.2 Программа исследования

На основе структуризации литературных данных и результатов собственных исследований в соответствии с целью диссертационной работы, разработана программа исследования, состоящая из 4 этапов (Рисунок 2):

Начальный этап диссертационного исследования был посвящен методологической подготовке и включал постановку проблемы, определение объекта и предмета, формулировку цели и конкретных задач. Ключевым компонентом первого этапа стал всесторонний анализ и обобщение литературных данных, нормативно-правовых документов, регламентирующих ФП в РФ, а также клинических рекомендаций РГА. Параллельно был проведен анализ современных тенденций использования цифровых продуктов в системе оказания ФП и обобщены актуальные исследования в области ее оптимизации с применением цифровых технологий. Результатом данного этапа стало формирование комплексного представления о существующих подходах и выявление потенциала для внедрения цифровых инструментов в процесс ФИ. По результатам этапа четко обозначены основные проблемные зоны в исследуемой области и сформулирована гипотеза.

Второй этап исследования сосредоточен на обосновании методологии исследования. В рамках этого этапа проведено теоретическое обоснование понятийного аппарата, осуществлен выбор релевантных методов исследования (аналитических, социологических, статистических) и составлена детализированная программа диссертационной работы, определяющая логику и последовательность дальнейших действий и разработаны методические подход к ЦФИ пациентов с хроническими заболеваниями (на примере ГЭРБ).

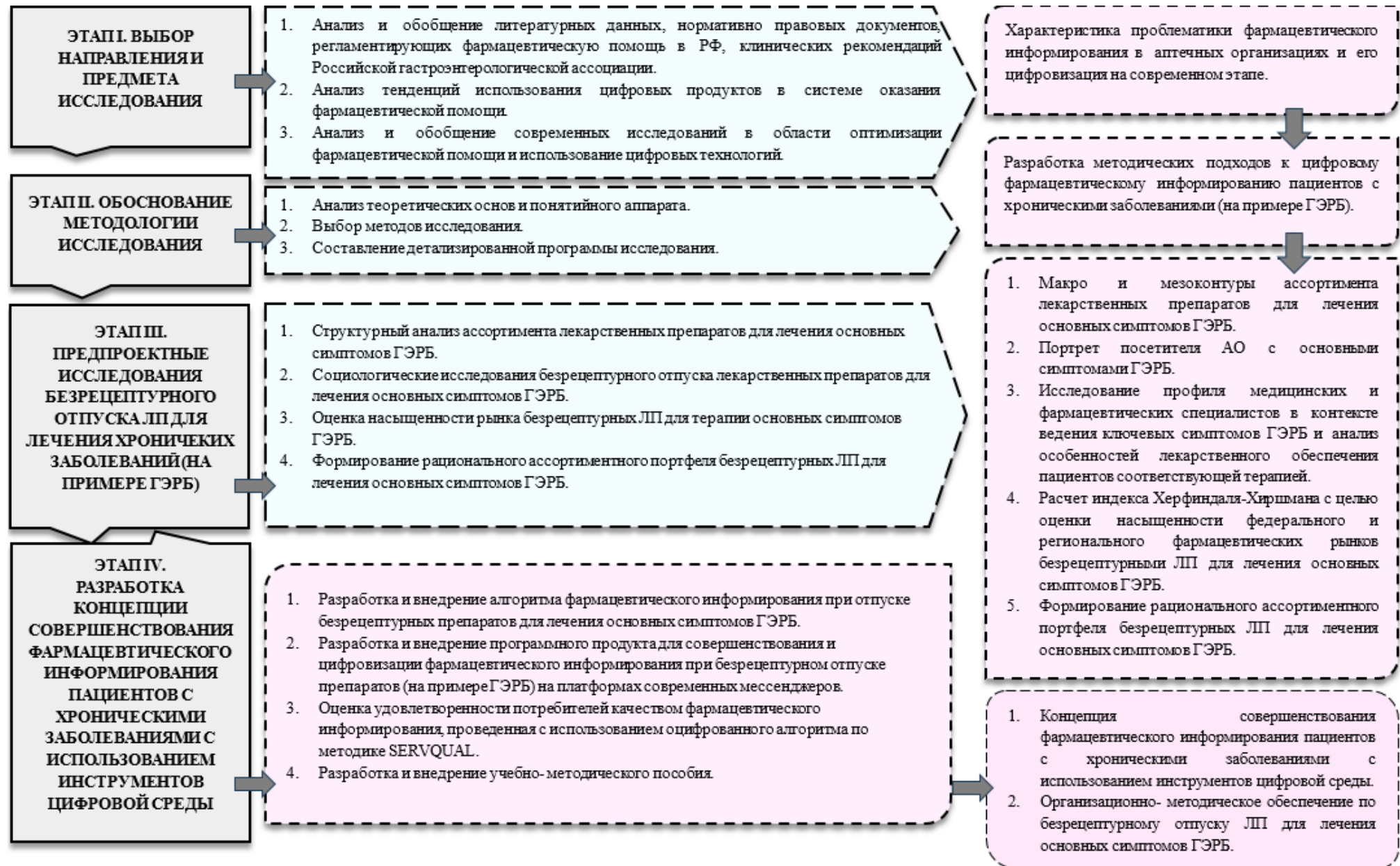


Рисунок 2 – Программа исследования

Источник: составлено автором

Третий этап представляет собой предпроектные исследования в области безрецептурного отпуска ЛП для лечения хронических заболеваний на примере ГЭРБ. На основе информации, представленной в ГРЛС и дистрибьюторских прайс-листах, в рамках данного этапа проведен структурный анализ ассортимента ЛП, предназначенных для лечения изжоги и/или регургитации как ключевых проявлений ГЭРБ. Следующим шагом стало исследование насыщенности сегмента безрецептурных препаратов, показанных при изжоге и регургитации. Далее проводилось анонимное анкетирование медицинских и фармацевтических специалистов и посетителей АО. Обработка полученных анкетных данных позволила определить усредненные характеристики фармацевтического персонала АО, составить обобщенный профиль потребителя ЛП и врача, а также выявить ЛП, демонстрирующие наибольшую частоту рекомендаций аптечными работниками, высокую степень потребительского спроса и частоту врачебных назначений для терапии изжоги и регургитации как основных клинических проявлений ГЭРБ. Завершающим действием этого этапа стало формирование научно обоснованного рационального ассортиментного портфеля безрецептурных препаратов для лечения основных симптомов ГЭРБ.

Четвертый этап посвящен разработке концепции совершенствования ФИ пациентов с хроническими заболеваниями с использованием инструментов цифровой среды. На основании полученных в ходе исследования данных был разработан и внедрен в практику алгоритм ФИ, применяемый при отпуске безрецептурных ЛП для терапии основных симптомов ГЭРБ. Оценка уровня удовлетворенности потребителей качеством реализованного ФИ выполнялась посредством применения оцифрованной версии данного алгоритма с использованием методики SERVQUAL. Далее на основе последовательно созданных графического алгоритма и стандартной операционной процедуры (СОП) по информированию при ключевых симптомах ГЭРБ — изжоге и регургитации — был создан и внедрен чат-бот «СтопИзжоге», с возможностью поиска ЛП через интеграцию с регионально информационно-аналитической системой (Справочная служба 003 РТ). Данный научно обоснованный инструмент

направлен на оптимизацию и повышение качества ФП пациентам с указанными симптомами в условиях конкретного региона.

Комплексный анализ всех полученных результатов лег в основу формирования итоговых положений работы, а именно: разработана концепция совершенствования ФИ пациентов с хроническими заболеваниями с использованием инструментов цифровой среды, представляющая собой целостную научно обоснованную систему принципов и подходов к организации информирования. Для практической реализации данной концепции создано организационно-методическое обеспечение по безрецептурному отпуску ЛП для лечения основных симптомов ГЭРБ.

2.3 Методологическая основа исследований

Методология настоящего исследования базировалась на формировании понятийного аппарата, разработке программы исследования, выборе базовой методологии и конкретных методов.

Начальный этап исследования, включающий формулировку концепции и выбор методики, сосредоточен на определении ключевых элементов: проблемы, ее научной и практической актуальности, объекта и предмета исследования, а также целей и задач. Методологическую основу составляет совокупность различных методов: абстрагирование, анализ и синтез, индукцию и переход от абстрактного к конкретному, а также описание и сопоставление. Методы информационного поиска обеспечивают сбор и обработку научной литературы с целью всестороннего рассмотрения проблемы.

В соответствии с поставленной целью, во втором этапе исследования разработана методологическая база, включающая обоснование теоретических основ и понятийного аппарата, выбор методов исследования и составление детализированной программы исследования. Системный анализ позволяет изучать объект как целостную динамическую систему, выявляя ее внутренние связи, функциональные зависимости и взаимодействие с внешней средой.

Подобная интеграция обеспечивает программе логическую стройность, многомерность и соответствие цели исследования.

Третий этап включает системное изучение федерального и регионального фармацевтических рынков, оценку их насыщенности, структурный анализ ассортимента и формирование медико-демографических портретов целевых групп.

Структурный анализ ассортимента осуществляется на основе комбинации общенаучных методов (анализ, синтез) и специализированных маркетинговых инструментов, включая методы экономической статистики (группировка данных, ранжирование, расчёт средних величин, графоаналитический анализ). Источниками информации при проведении исследования выступали реестры ЛС, справочные издания и профильная литература [24]. Структурный анализ ассортимента осуществлялся по следующим параметрам: международное непатентованное наименование (МНН), торговое наименование (ТН) с указанием лекарственной формы (ЛФ) и дозировки, группа согласно анатомо-терапевтическо-химической классификации (АТХ), страна-производитель, категория отпуска, а также принадлежность препаратов к Перечню жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов (ЖНВЛП), утвержденного распоряжением Правительства РФ от 24.12.2022 г. № 3867-р [66]. Полученные данные интегрируются для формирования приоритетного ассортимента ЛП на региональном уровне, учитывающего рыночную динамику, потребительские запросы и клинические рекомендации. Результаты этапа обеспечивают научно обоснованную основу для оптимизации ассортиментной политики АО в контексте консервативного лечения основных симптомов ГЭРБ без осложнений, сочетая количественные оценки рыночной насыщенности с качественным анализом поведенческих паттернов целевых аудиторий. Графоаналитический метод – создание изображения, в котором максимально информативно предстает структура изучаемой системы и подсистем, их функции, цели [4]. Интеграция указанных подходов обеспечивает комплексное описание целевых аудиторий, выявляя как общие тенденции (например, доминирование определённых возрастных групп

среди пользователей безрецептурных средств), так и диспропорции между потребительскими ожиданиями и профессиональными рекомендациями.

Эмпирическое исследование рынка реализуется через расчёт индекса Херфиндаля-Хиршмана, позволяющего количественно оценить уровень конкуренции и концентрации предложения безрецептурных ЛП для купирования изжоги и регургитации — ключевых симптомов ГЭРБ [128].

Индекс Херфиндаля-Хиршмана (Herfindahl-Hirschman Index, ННІ) — это показатель, используемый для оценки уровня концентрации рынка. Он рассчитывается как сумма квадратов долей рынка всех участников (в данном случае — фармакологических групп) в общем объеме рынка, умноженная на 10 000 для удобства представления:

$$\text{ННІ} = \sum (s_i)^2 \times 10\,000 \quad (1),$$

где s_i представляет собой долю каждой фармакологической группы в совокупном количестве учтенных ЛП (в долях единицы);

n — общее количество фармакологических групп, представленных на анализируемом рынке.

В качестве методологической основы для интерпретации расчетных значений индекса Херфиндаля-Хиршмана были использованы количественные критерии, разработанные антимонопольными органами Соединенных Штатов — Министерством юстиции (U.S. Department of Justice, US DOJ) и Федеральной торговой комиссией (Federal Trade Commission, FTC). Несмотря на национальную юрисдикцию данных регуляторов, их совместные Руководства по горизонтальным слияниям (Horizontal Merger Guidelines) представляют собой широко признанный в международной практике стандарт для оценки уровня рыночной концентрации:

4. <1,500: Неконцентрированный рынок
5. 1,500 – 2,500: Умеренно концентрированный рынок
6. > 2,500: Высококонцентрированный рынок

Для расчёта оценки насыщенности федерального фармацевтического рынка безрецептурных ЛП для лечения основных симптомов ГЭРБ на основе данных из

таблицы 4 и таблицы 8 были взяты доли рынка для каждого МНН. Каждое значение доли было преобразовано в десятичную форму, возведено в квадрат, а затем все квадраты просуммированы. Полученная сумма умножена на 10 000.

Параллельно проводятся социологические исследования, включающие анкетирование потребителей аптечных услуг (посетителей АО) и медицинских и фармацевтических специалистов. Анкетирование было направлено на изучение предпочтений и критериев выбора ЛП для купирования изжоги и/или регургитации, рассматриваемых в качестве основных симптомов ГЭРБ. Согласно данным Республиканского медицинского информационно-аналитического центра, в 2024 году численность врачей-гастроэнтерологов в г. Казани составила 130 человек, терапевтов — 1907 человек. Проведенный опрос позволил выявить их демографические характеристики, паттерны потребительского поведения и степень информированности о терапии (Приложение А, Б) [7].

Для обеспечения репрезентативности результатов расчет количества респондентов осуществляли по формуле бесповторного отбора (2).

$$n = \frac{0,25 \cdot t^2 \cdot N}{d^2 \cdot N + 0,25 \cdot t^2} \quad (2),$$

где n = минимальный объем выборки;

d = предельная ошибка выборки (0,05 – 0,1);

N = объем генеральной совокупности;

t = коэффициент доверия или нормализованное отклонение, являющееся характеристикой требуемой вероятности ($P = 0,95$).

Данный метод предполагает использование специально разработанных анкет для фармацевтических и (или) медицинских специалистов. При проведении исследования, направленного на анализ компетентности специалистов и потребительских характеристик ЛП, размер репрезентативной выборки врачей-гастроэнтерологов г. Казани был рассчитан по стандартной формуле для конечных генеральных совокупностей:

$$n = \frac{0,25 \cdot 1,96^2 \cdot 130}{0,05^2 \cdot 130 + 0,25 \cdot 1,96^2}$$

$$n = 97,1$$

Фактический объем опрошенных составил 101 человек, что полностью удовлетворяет требованиям к репрезентативности выборки и позволяет распространять полученные результаты на генеральную совокупность. Терапевты были целенаправленно приглашены к участию в исследовании в связи с их ключевой ролью в первичном звене здравоохранения, поскольку именно они осуществляют первичный прием пациентов, маршрутизацию и направление к узким специалистам, включая гастроэнтерологов. На основе аналогичного статистического расчета необходимого объема выборочной совокупности количество респондентов из числа терапевтов составило 320 человек.

Для расчета размера выборки фармацевтических работников в Казани при генеральной совокупности ($N=1127$) аптечных объектов (данные Росздравнадзора за 2023 г.) используем эту же формулу.

$$n = \frac{0,25 \cdot 1,96^2 \cdot 1127}{0,05^2 \cdot 1127 + 0,25 \cdot 1,96^2}$$

$$n = 286,5$$

На основе аналогичного статистического расчета необходимого объема выборочной совокупности количество респондентов из числа фармацевтических специалистов составило 287 человек.

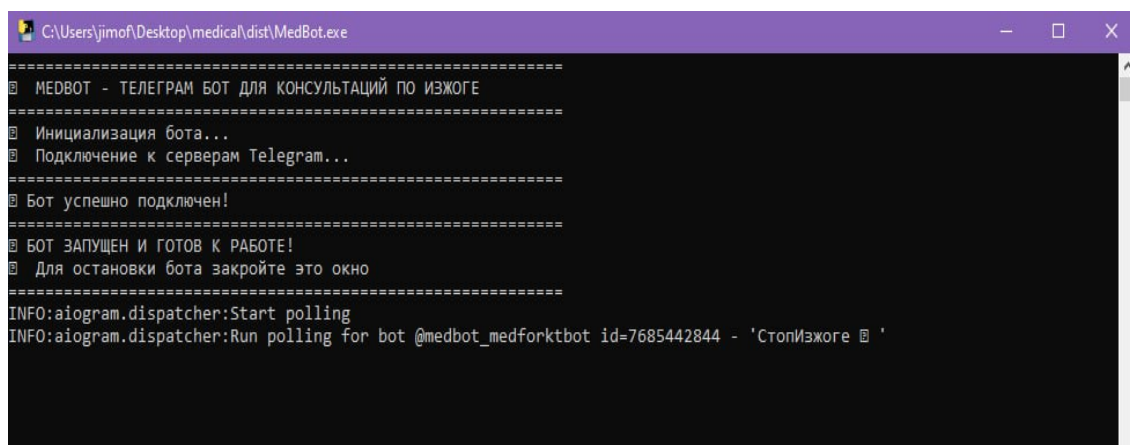
Применение методов экономической статистики являлось необходимым условием для корректной обработки совокупности первичных и вторичных данных, полученных в ходе исследования. Обработка данных осуществлялась с использованием программного обеспечения Microsoft®Excel®.

На четвертом этапе исследования, разработанные графический алгоритм и стандартная операционная процедура (СОП) для информирования при изжоге и регургитации, были трансформированы в цифровой инструмент дистанционного ФИ — чат-бот «СтопИзжоге». Спроектированный чат-бот способен заменить веб-ресурсы, комплекс сервисов и может решать различные функции:

1. Поиск и извлечение информации из базы данных.
2. Информирование пользователей.

3. Отслеживание стоимости товара.

Бот написан на одном из языков программирования (Python) и запущен на постоянное выполнение на сервере (Рисунок 3). При этом достигается важное преимущество с точки зрения как пользователя, так и разработчика – возможность использования продукта на любом устройстве – компьютеры, ноутбуки, смартфоны и планшеты.



```

C:\Users\jimo\Desktop\medical\dist\MedBot.exe
=====
МЕДВОТ - ТЕЛЕГРАМ БОТ ДЛЯ КОНСУЛЬТАЦИЙ ПО ИЗЖОГЕ
=====
Инициализация бота...
Подключение к серверам Telegram...
=====
Бот успешно подключен!
=====
БОТ ЗАПУЩЕН И ГОТОВ К РАБОТЕ!
Для остановки бота закройте это окно
=====
INFO:aiogram.dispatcher:Start polling
INFO:aiogram.dispatcher:Run polling for bot @medbot_medforktbot id=7685442844 - 'СтопИзжоге'

```

Рисунок 3 – Запуск чат-бота «СтопИзжоге»

Источник: составлено автором

Разработанная информационная система представляет собой чат-бота, созданного для поддержки при изжоге и регургитации путем предоставления пользователям удобного инструмента самостоятельного поиска и подбора ЛП. Основные цели системы включают: 1) централизованное хранение актуальных данных о ЛП; 2) обеспечение гибкого поиска препаратов с фильтрацией по категории, названию, производителю и поддержкой голосового ввода; 3) универсальный доступ через официальные приложения на мобильных устройствах (Android, iOS) и компьютерах (Windows). Ключевым преимуществом чат-бота является его исключительная доступность: он незаменим для людей с ограниченной подвижностью, которым сложно посещать аптеки; для молодых мам, не имеющих возможности оставить ребенка или испытывающих трудности с походом в аптеку; а также обеспечивает мгновенный доступ к информации в любое время суток без необходимости установки отдельного приложения, экономит время и позволяет анонимно получить помощь по деликатным

вопросам. Технически система построена по клиент-серверной архитектуре: сервер обрабатывает запросы и управляет базой данных, а клиентская часть реализована исключительно через интерфейс чат-бота, использующего встроенные возможности мессенджера (меню, кнопки) для интуитивного взаимодействия. Важнейший правовой аспект: система не собирает и не обрабатывает персональные данные пользователей, что полностью освобождает ее от необходимости соответствия требованиям Федерального закона №149-ФЗ «О персональных данных», минимизируя юридические риски и затраты на соответствие.

Так же в рамках четвертого этапа исследования была проведена оценка удовлетворенности пациентов качеством ФП с использованием методики SERVQUAL [153]. Анкета включала блок вопросов, характеризующих социально-демографический статус респондентов, а также две группы по 22 вопроса в каждой, которые соответствуют структуре методики SERVQUAL. Данная методика направлена на определение оценок «Ожидание – Восприятие» в процессе фармацевтического обслуживания осуществляется через вычисление подкритериев качества и интегрального индекса качества (SQI). Двадцать два подкритерия в разделе «Ожидаемое качество фармацевтических услуг» (O1–O22) и двадцать два подкритерия в разделе «Воспринимаемое качество фармацевтических услуг» (B1–B22) группируются в пять укрупненных критериев: Материальность (M1–M4), Надежность (H5–H9), Отзывчивость (O10–O13), Уверенность (U14–U17) и Сочувствие (C18–C22), формирующих индекс качества (SQI) [18]. Оценка суждений респондентов по каждому пункту анкеты проводилась с применением пятибалльной шкалы Лайкерта. В соответствии с методом коэффициент качества (Q) был рассчитан по данной формуле:

$$SQI = P_n - E_n \quad (3)$$

где SQI – коэффициент качества по критерию n;

P_n – средняя оценка качества по критерию n;

E_n – средняя оценка ожидаемого уровня качества по критерию n;

2.4 Разработка методических подходов к цифровому фармацевтическому информированию пациентов с хроническими заболеваниями (на примере ГЭРБ).

В условиях развития самолечения и расширения информационной доступности ФИ обретает статус критически значимого компонента здравоохранения. Вместе с тем, отсутствие унифицированных алгоритмов и цифровых решений, адаптированных для ведения хронических патологий, в частности ГЭРБ, выступает сдерживающим фактором повышения качества ФП. Указанные обстоятельства обуславливают необходимость формирования методических подходов к ЦФИ пациентов с хроническими заболеваниями (на примере ГЭРБ) (Рисунок 4).

Первым фундаментальным этапом выступает детальное изучение ГЭРБ как нозологической единицы, сопровождаемое углубленным эпидемиологическим анализом, подтверждающим ее позиционирование в качестве одной из наиболее социально значимых патологий в структуре хронических заболеваний ЖКТ. Исследование предполагает количественную оценку распространенности и инцидентности ГЭРБ и ее манифестных симптомов, как в общемировом контексте, так и в пределах РФ. Далее проводится детальная клиническая характеристика: выявляются специфические особенности течения ГЭРБ, анализируются ключевые факторы риска ее развития и обострений, с особым фокусом на двух основных маркерах-симптомах – изжоге и регургитации. Завершает этот блок анализ современных подходов к терапии: рассматриваются немедикаментозные методы лечения, проводится обзор фармакотерапии для существующего лечения основных симптомов ГЭРБ, а также изучаются актуальные клинические рекомендации с учетом такого важного фактора, как приверженность пациентов лечению.

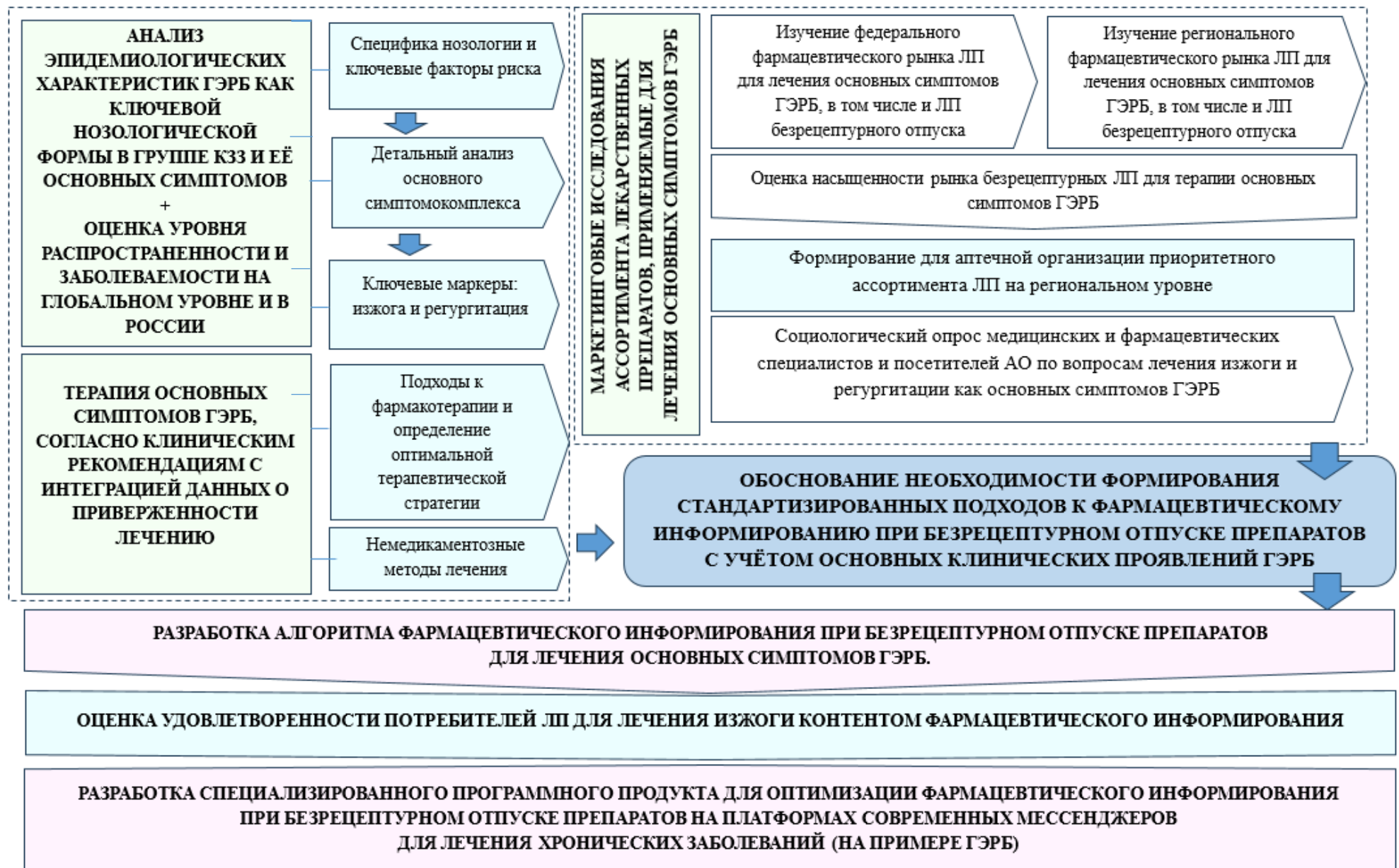


Рисунок 4 – Методические подходы к цифровому фармацевтическому информированию пациентов с хроническими заболеваниями (на примере ГЭРБ).

Источник: составлено автором

Блок маркетинговых исследований ассортимента лекарственных препаратов, применяемых для терапии основных симптомов ГЭРБ, включает несколько взаимосвязанных этапов, направленных на комплексный анализ фармацевтического рынка. На первом из них изучается федеральный рынок: структура по фармакотерапевтическим группам, лекарственным формам и торговым наименованиям, а также ценовая сегментация с оценкой доступности для потребителя. Далее полученные данные детализируются на уровне конкретного субъекта Российской Федерации, что позволяет выявить региональные особенности структуры продаж и потребления. Следующий этап посвящён оценке насыщенности рынка безрецептурными средствами для симптоматической терапии изжоги и регургитации, предполагающей количественную и качественную характеристику доступности и разнообразия предложения. В рамках блока предусмотрено также проведение социологического опроса трёх целевых групп: врачей (гастроэнтерологов, терапевтов) — для выявления сложившейся клинической практики назначения и отношения к безрецептурному отпуску; фармацевтических специалистов — с целью изучения практики информирования посетителей с жалобами на изжогу и регургитацию, уровня знаний клинических рекомендаций и подходов к рекомендации безрецептурных препаратов; посетителей аптек, испытывающих указанные симптомы, — для характеристики потребительских предпочтений, информированности о заболевании и факторов выбора лекарственного средства. Совокупность полученных результатов служит обоснованием для формирования научно обоснованного перечня приоритетных позиций безрецептурных препаратов для включения в ассортимент аптечной организации на региональном уровне с учётом клинической эффективности, безопасности, потребительского спроса и частоты обращений. Полученные данные являются обоснованием необходимости разработки и внедрения стандартизированных подходов к ФИ при безрецептурном отпуске препаратов, учитывающих специфику основных клинических симптомов ГЭРБ.

Следующий этап — разработка практических инструментов для совершенствования информирования. Разрабатывается детальный алгоритм

ФИ. Он стандартизирует процесс взаимодействия фармацевтического работника с посетителем аптеки, жалующимся на изжогу и/или регургитацию. Он включает этапы: выявление потребности и симптомов, оценку необходимости направления к врачу, подбор и рекомендацию ЛП, информирование о правильном применении, немедикаментозных методах терапии. Для поддержки и автоматизации этого процесса разрабатывается специализированный программный продукт для оптимизации фармацевтического информирования при безрецептурном отпуске препаратов на платформах современных мессенджеров для лечения хронических заболеваний (на примере ГЭРБ). Заключительный этап представляет собой определение эффективности разработанных решений через оценку удовлетворенности потребителей контентом разработанного алгоритма ФИ и программного продукта. Такой подход позволит оценить практическое применение внедренных стандартов и инструментов на качество обслуживания посетителей АО и восприятие ими полученной ФП.

Таким образом, разработанные методические подходы к ЦФИ пациентов с хроническими заболеваниями (на примере ГЭРБ) представляют собой последовательный цикл: от анализа проблемы и фундаментального изучения заболевания и рынка, через исследование мнений медицинских и фармацевтических специалистов к разработке стандартизированных решений и оценке их эффективности через удовлетворенность конечного потребителя. Процесс ориентирован на повышение качества ФП при хронических заболеваниях с использованием инструментов цифровой среды в условиях безрецептурного отпуска ЛП.

Заключение по 2 главе

Исследование было построено на основе ключевых этапов: обосновании теоретических основ и понятийного аппарата, выбора методов исследования и составление детализированной программы исследования.

Программа исследования реализована последовательно в четыре этапа: 1) выбор направления и предмета исследования; 2) обоснование методологии

исследования; 3) предпроектные исследования безрецептурного отпуска ЛП для лечения хронических заболеваний (на примере ГЭРБ); 4) разработка концепции совершенствования ФИ пациентов с хроническими заболеваниями с использованием инструментов цифровой среды.

Методологическая основа включает комплекс общенаучных (абстрагирование, анализ, синтез, индукция, восхождение от абстрактного к конкретному, описание, сравнение, информационный поиск), специальных (фармакоэкономический и маркетинговый анализ) и междисциплинарных (системный подход, социологические методы, метод экономической статистики) методов исследования.

Разработанные методические подходы представляют собой последовательный цикл: от анализа проблемы и фундаментального изучения заболевания и рынка, через исследование практики и мнений – к разработке стандартизированных решений и их трансформацию в цифровой инструмент и оценке их эффективности через удовлетворенность конечного потребителя – посетителя АО. Весь процесс сфокусирован на улучшении качества ФП при самых распространенных симптомах ГЭРБ в условиях безрецептурного отпуска.

ГЛАВА 3. МАРКЕТИНГОВЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ АССОРТИМЕНТА ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ, ПРИМЕНЯЕМЫХ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ОСНОВНЫХ СИМПТОМОВ ГЭРБ

3.1. Структурный анализ ассортимента лекарственных препаратов для лечения основных симптомов ГЭРБ

Российский фармацевтический рынок, стабильно признаваемый одним из наиболее перспективных и динамично растущих, продемонстрировал знаковое изменение в 2022 году. По данным DSM Group, группа [А] «Пищеварительный тракт и обмен веществ» впервые за долгий период возглавила рейтинг АТС, заняв долю в 16,04%. Примечательно, что основная часть продаж препаратов этой категории приходится на аптечный розничный сегмент и осуществляется за счет личных средств граждан [133]. Среди лидеров продаж 2023 года (ТОП-10) именно подгруппа [А02] «Препараты для лечения заболеваний, связанных с нарушением кислотностью» показала наиболее высокий темп прироста в своей АТС-группе (Анатомо-терапевтической-химической классификации) — +13,7% в денежном выражении. Этот результат во многом обусловлен активным ростом продаж таких препаратов, как «Омепразол» (+32,6%), «Нексиум» (+26,2%) и гастропротектора «Ребагит» (+25,4%) [134]. В 2024 году группа [А] сохранила лидерство в АТС-классификации, увеличив свою долю до 16,6%. Согласно сложившейся рыночной тенденции, данная категория, показывая рост на 17% относительно предыдущего года, занимает первую позицию с долей 19,2% в общем стоимостном объеме рынка [135].

Современные подходы к фармакотерапии ГЭРБ в РФ базируются на актуальных клинических рекомендациях РГА, актуализированных в 2024 году. Согласно данным рекомендациям, патогенетическая и симптоматическая терапия заболевания предусматривает применение следующих фармакологических групп: ИПП, блокаторы H₂-гистаминовых рецепторов, гастропротекторы, антагонисты дофаминовых рецепторов, прокинетические средства, а также антацидные препараты и альгинаты [31].

На основании данных актуального ГРЛС проводилось генерирование ассортимента [17]. В результате исследования установлена структура ассортимента ЛП для лечения ГЭРБ на федеральном фармацевтическом рынке. Так, в РФ, согласно ГРЛС представлено 1812 наименований ЛП с учетом фасовки и форм выпуска, 226 ТН, 26 международных МНН и 10 наименований–комбинированные препараты (Таблица 3).

Таблица 3 – Структура ассортимента лекарственных препаратов, применяемых в терапии основных симптомов ГЭРБ (РФ), %

Фармакологические группы		МНН	ТН	ЛП с учетом фасовки и форм выпуска	Доли (%)
		Кол-во	Кол-во	Кол-во	
Ингибиторы протонной помпы	Омепразол	9	45	394	21,74%
	Домперидон+Омепразол		2	5	0,28%
	Амоксициллин+Кларитромицин +Омепразол		1	3	0,17%
	Кларитромицин+Омепразол +Тинидазол		1	3	0,17%
	Эзомепразол		21	160	8,83%
	Лансопразол		5	14	0,77%
	Декслансопразол		1	4	0,22%
	Рабепразол		17	159	8,77%
	Пантопразол		21	147	8,11%
Невсасывающиеся антациды	Алгелдрат+Магния гидроксид	8	17	176	9,71%
	Алгелдрат+Магния гидроксид +Симетикон		2	6	0,33%
	Алюминия гидроксид + магния карбонат + магния гидроксид		2	23	1,27%
	Алгелдрат + Бензокаин + Магния гидроксид		6	67	3,7%
	Алюминия фосфат		6	19	1,05%
	Гидроталцит		1	2	0,11%
	Магалдрат+Симетикон		1	4	0,22%
	Магалдрат		1	8	0,44%
Альгинаты	Натрия алгинат+Калия гидрокарбонат	2	1	18	0,99%
	Кальция карбонат+Натрия алгинат +Натрия гидрокарбонат		2	53	2,92%

Блокаторы H ₂ -гистаминовых рецепторов	Фамотидин	1	17	122	6,73%
Гастропротекторы	Висмута трикалия дицитрат	2	2	99	5,46%
	Ребамипид		5	48	2,64%
Блокаторы дофаминовых рецепторов	Метоклопрамид	2	14	51	2,81%
	Домперидон		24	130	7,17%
Стимуляторы моторики ЖКТ	Итоприда гидрохлорид	1	10	95	5,24%
Эзофагопротекторы	Альфазокс	1	1	2	0,11%
	Всего:	26	226	1812	~100%

Источник: составлено автором

Согласно анализу ассортимента, ИПП занимают доминирующее положение, составляя 49,06% всех представленных ЛП, что подтверждает их статус препаратов первой линии терапии ГЭРБ. Значительную долю рынка также занимают антациды (16,83%) и альгинаты (3,91%), что свидетельствует об их устойчивом применении в клинической практике. Эти группы ЛС одобрены для монотерапии, направленной на быстрое купирование нетяжелых и нечастых симптомов, а также могут назначаться в комбинации с ИПП для потенцирования эффекта, в частности для коррекции «кислотных прорывов». Механизм действия альгинатов, основанный на формировании физического барьера, препятствующего рефлюксу, обуславливает их предпочтительное использование у особых групп пациентов, таких как беременные женщины и дети. В соответствии с актуальными клиническими рекомендациями, препараты висмута трикалия дицитрата относятся к средствам вспомогательной терапии ГЭРБ. Гастропротекторы, в свою очередь, могут включаться в схему комплексного лечения преимущественно благодаря своему цитопротективному действию, но не относятся к средствам базисной терапии [31].

Широкое представление безрецептурных ЛП для симптоматической терапии ГЭРБ на отечественном фармацевтическом рынке обусловило необходимость последующего анализа их номенклатуры. На основе ретроспективного контент-анализа официальных справочных материалов были систематизированы и оценены их МНН, торговые наименования, ЛФ и дозировки [17].

Перечень ЛП безрецептурного отпуска для лечения симптомов ГЭРБ состоит из 15 МНН, реализуемых под 80 ТН 664 ЛП с учетом различных фасовки и форм выпуска (Таблица 4).

Таблица 4 – Структура федерального ассортимента безрецептурных лекарственных препаратов, применяемых в терапии основных симптомов ГЭРБ (РФ), %

Фармакологические группы		МНН	ТН	ЛП с учетом фасовки и форм выпуска	Доля (%)
		Кол-во	Кол-во	Кол-во	
Ингибиторы протонной помпы	Омепразол	2	13	88	13,25%
	Рабепразол		15	50	7,5%
Блокаторы H ₂ -рецепторов гистамина	Фамотидин	1	10	49	7,37%
Невсасывающиеся антациды	Алгелдрат+Магния гидроксид	8	17	176	26,5%
	Алгелдрат+Магния гидроксид+Симетикон		2	6	0,9%
	Алюминия гидроксид + магния карбонат + магния гидроксид		2	23	3,46%
	Алгелдрат + Бензокаин + Магния гидроксид		6	67	10,09%
	Алюминия фосфат		6	19	2,86%
	Гидроталцит		1	2	0,3%
	Магалдрат+Симетикон		1	4	0,6%
	Магалдрат		1	8	1,2%
Альгинаты	Натрия алгинат+Калия гидрокарбонат	2	1	18	2,7%
	Кальция карбонат+Натрия алгинат+Натрия гидрокарбонат		2	53	7,98%
Гастропротекторы	Висмута трикалия дицитрат	1	2	99	14,9%
Эзофагопротекторы	Альфазокс	1	1	2	0,3%
Всего:		15	80	664	~100%

Источник: составлено автором

Сегментация исследуемого ассортимента по признаку страны-производителя выявила доминирование российских ЛП – 76,8%. В структуре импортных ЛП наблюдается географическая диверсификация при выраженной концентрации поставок: основную часть ввозимой продукции обеспечивают Великобритания (10,99%), Индия (2,86%), Франция и Словения (по 1,8%) (Таблица 5).

Таблица 5 – Структура федерального ассортимента безрецептурных препаратов, применяемых при лечении ГЭРБ по странам-производителям (РФ), %

№ п/п	Страна-производитель	Количество ЛП		Рейтинг
		Всего	Доля %	
1	2	3	4	5
1	Россия	510	76,8	1
	Зарубежные	154	23,19	
2	Великобритания	73	10,99	2
3	Индия	19	2,86	3
4	Словения	12	1,8	4-5
5	Франция	12	1,8	4-5
6	Болгария	11	1,66	6
7	Израиль	10	1,5	7
8	Хорватия	9	1,35	8
9	Кипр	2	0,3	9-12
10	Польша	2	0,3	9-12
11	Италия	2	0,3	9-12
12	Марокко	2	0,3	9-12
	Всего:	664	100%	

Источник: составлено автором

ЛФ препаратов для терапии изжоги и/или регургитации, отпускаемых без рецепта врача на федеральном фармацевтическом рынке демонстрируют значительное разнообразие. Классификация ассортимента выявила абсолютное преобладание твердых ЛФ, в первую очередь таблетированных и капсулированных препаратов (Таблица 6).

Таблица 6 - Структура ассортимента безрецептурных препаратов, используемых для лечения ГЭРБ по лекарственным формам (РФ), %

	ЛФ для наружного применения	ЛФ для приема внутрь
--	-----------------------------------	-------------------------

		Гель	Раствор	Таблетки	Капсулы	Суспензии
Ингибиторы протонной помпы	Омепразол	0	0	0	88	0
	Рабепразол	0	0	36	14	0
Блокаторы H2-рецепторов гистамина	Фамотидин	0	0	49	0	0
Невсасывающиеся антациды	Алгелдрат+Магния гидроксид	0	0	65	0	111
	Алгелдрат+Магния гидроксид+Симетикон	0	0	0	0	6
	Алюминия гидроксид + магния карбонат + магния гидроксид	0	0	23	0	0
	Алгелдрат + Бензокаин + Магния гидроксид	0	0	0	0	67
	Алюминия фосфат	19	0	0	0	0
	Гидроталцит	0	0	2	0	0
	Магалдрат+Симетикон	0	0	4	0	0
	Магалдрат	0	0	8	0	0
Альгинаты	Натрия алгинат+Калия гидрокарбонат	0	0	0	0	18
	Кальция карбонат+Натрия алгинат+Натрия гидрокарбонат	0	0	39	0	14
Гастропротекторы	Висмута трикалия дицитрат	0	0	99	0	0

Эзофагопротекторы	Альфазокс	0	2	0	0	0
Итого		19	2	325	102	216
Итого по данному пути введения		19	645			

Источник: составлено автором

Проведенный анализ структуры ассортимента безрецептурных ЛП для лечения основных симптомов ГЭРБ показал, что 64,45% от него составляют препараты, не входящие в перечень ЖНВЛП. На долю препаратов, включенных в перечень ЖНВЛП, приходится 35,54% (Рисунок 5).

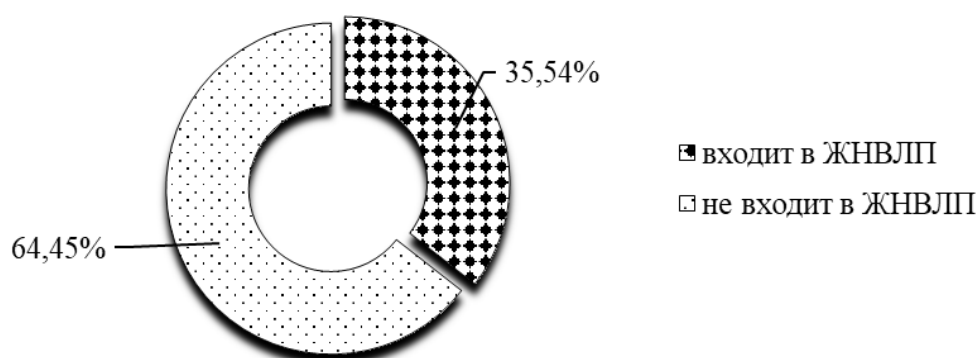


Рисунок 5 – Структура ассортимента безрецептурных лекарственных препаратов для лечения основных симптомов ГЭРБ по признаку включения в Перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов (РФ), %.

Источник: составлено автором

Структура рынка за пределами перечня ЖНВЛП представлена значительным разнообразием ЛФ и комбинированных составов, преимущественно антацидного и альгинатного действия. Это свидетельствует о развитом сегменте безрецептурных средств для симптоматической терапии, не регулируемых в рамках системы предельных цен ЖНВЛП (Рисунок 6).

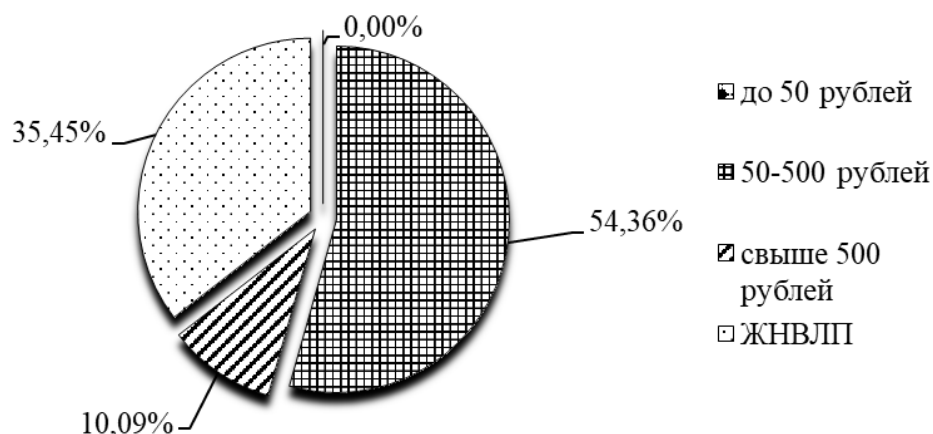


Рисунок 6 – Ценовая сегментация безрецептурных лекарственных препаратов для лечения основных симптомов ГЭРБ (РФ), руб.

Источник: составлено автором

С целью верификации структуры коммерческого сегмента и оценки его отраслевой специфики проведен сравнительный анализ с регулируемым сектором фармацевтического рынка. Препараты, включенные в Перечень ЖНВЛП, составляющие 35,45% ассортимента и представленные в исследовании омепразолом, фамотидином и висмута трикалия дицитратом, демонстрируют иную логику ценообразования. Группировка данных препаратов на основе анализа зарегистрированных предельных цен производителей показала их доминирующее положение в среднем ценовом сегменте (54,36%) при одновременном присутствии значительной доли (10,09%) в категории премиальных цен.

Таким образом, противопоставление структурированного, но ограниченного регулируемого сегмента и разнообразного, динамичного коммерческого сегмента позволило чётко выделить объект исследования — нерегулируемую часть рынка, формирующую его макро-контур и основные конкурентные тренды.

С целью комплексной оценки предложения на федеральном фармацевтическом рынке был сформирован макро-контур ЛС изучаемых ассортиментных групп для лечения основных симптомов ГЭРБ. Лидирующей фармакотерапевтической группой являются невсасывающиеся антациды (45,91%). Среди ЛФ преобладают твердые (64,30%), в частности таблетки (48,9%)

российского производства (76,8%) в ценовом диапазоне от 50 до 500 рублей (54,36%) (Рисунок 7).

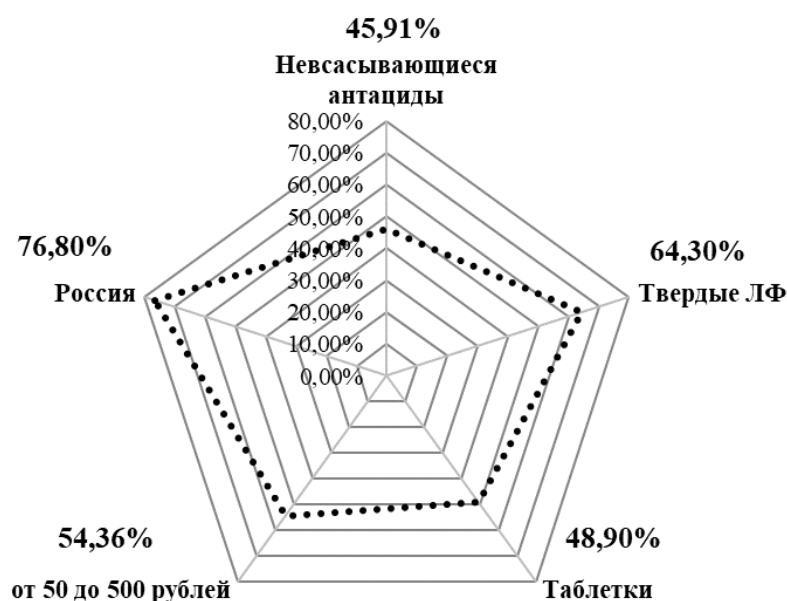


Рисунок 7 – Ассортиментный макро-контур рынка безрецептурных лекарственных препаратов, применяемых для лечения основных симптомов ГЭРБ, %

Источник: составлено автором

На следующем этапе был сформирован мезоконтур ассортимента препаратов, используемых в терапии основных симптомов ГЭРБ для дальнейшего сравнения с предложением федерального фармацевтического рынка. Были проведены маркетинговые исследования ассортимента ЛС из 8 групп по 25 МНН. На фармацевтическом рынке РТ представлено 152 наименования препаратов с учетом фасовки и форм выпуска (Таблица 7).

Таблица 7 – Маркетинговые характеристики сегмента регионального рынка препаратов, используемых для лечения основных симптомов ГЭРБ, %

Фармакологические группы	МНН	ТН	ЛП с учетом фасовки и форм выпуска	Доля (%)

		Кол-во	Кол-во	Кол-во	
Ингибиторы протонной помпы	Омепразол	8	26	41	12,5%
	Кларитромицин+Омепразол +Тинидазол		1	2	0,6%
	Амоксициллин+Кларитромицин +Омепразол		1	2	0,6%
	Эзомепразол		9	19	5,8%
	Декслансопразол		1	2	0,6%
	Лансопразол		2	3	0,91%
	Рабепразол		15	36	11%
	Пантопразол		11	29	8,87%
Антациды	Алюминия фосфат	8	2	4	1,22%
	Алгелдрат+Магния гидроксид		9	32	9,78%
	Алгелдрат+Бензокаин +Магния гидроксид		3	7	2,14%
	Гидроталцит		1	2	0,6%
	Алюминия гидроксид-магния карбонат+магния гидроксид		2	11	3,36%
	Алгелдрат+ Магния гидроксид + Симетикон		1	4	1,22%
	Магалдрат+Симетикон		1	4	1,22%
	Магалдрат		1	4	1,22%
Альгинаты	Натрия алгинат+Калия гидрокарбонат	2	1	5	1,52%
	Кальция карбонат+Натрия алгинат +Натрия гидрокарбонат		2	12	3,67%
Блокаторы H ₂ -гистаминовых рецепторов	Фамотидин	1	6	13	3,97%
Гастропротекторы	Висмута трикалия дицитрат	1	7	15	4,58%
	Ребамипид	1	4	10	3,05%
Блокаторы дофаминовых рецепторов	Метоклопрамид	2	14	16	4,89%
	Домперидон		22	34	10,39%
Стимуляторы моторики ЖКТ	Итоприда гидрохлорид	1	9	18	5,5%
Эзофагопротекторы	Альфафокс	1	1	2	0,6%
Всего:		25	152	327	~100%

Источник: составлено автором

Перечень ЛП безрецептурного отпуска для лечения симптомов ГЭРБ состоит из 15 МНН, реализуемых под 49 ТН 123 ЛП с учетом фасовок и форм выпуска (Таблица 8).

Таблица 8 – Структура регионального ассортимента безрецептурных лекарственных препаратов, применяемых в терапии основных симптомов ГЭРБ, %

Фармакологические группы		МНН	ТН	ЛП с учетом фасовки и форм выпуска	Доля (%)
		Кол-во	Кол-во	Кол-во	
Ингибиторы протонной помпы	Омепразол	2	8	9	7,31%
	Рабепразол		9	11	8,94%
Блокаторы H ₂ -рецепторов гистамина	Фамотидин	1	1	1	0,81%
Невсасывающиеся антациды	Алгелдрат+Магния гидроксид	8	9	32	26,01%
	Алгелдрат+Магния гидроксид+Симетикон		1	4	3,25%
	Алюминия гидроксид + магния карбонат + магния гидроксид		2	11	8,94%
	Алгелдрат + Бензокаин + Магния гидроксид		3	7	5,69%
	Алюминия фосфат		2	4	3,25%
	Гидроталцит		1	2	1,62%
	Магалдрат+Симетикон		1	4	3,25%
	Магалдрат		1	4	3,25%
Альгинаты	Натрия алгинат+Калия гидрокарбонат	2	1	5	4,06%
	Кальция карбонат+Натрия алгинат+Натрия гидрокарбонат		2	12	9,75%
Гастропротекторы	Висмута трикалия дицитрат	1	7	15	12,19%
Эзофагопротекторы	Альфазокс	1	1	2	1,62%
Всего:		15	49	123	~100%

Источник: составлено автором

Невсасывающиеся антациды демонстрируют абсолютное рыночное лидерство (55,26%), что подтверждает их статус препаратов первого выбора для монотерапии эпизодических симптомов ГЭРБ. Доминирование комбинации алгелдрата и магния гидроксида (26,01%) в данной категории обусловлено оптимальным балансом эффективности и безопасности.

В ходе анализа ассортимента установлено, что поставщиками на республиканский фармацевтический рынок являются 17 стран-производителей, около 50,0% из которых являются отечественными (Таблица 9).

Таблица 9 – Структура регионального ассортимента безрецептурных препаратов, применяемых при лечении ГЭРБ по странам-производителям (РФ), %

№ п/п	Страна-производитель	Количество ЛП		Рейтинг
		Всего	Доля %	
1	2	3	4	5
1	Россия	63	51,21%	1
	Зарубежные	60	48,78%	
2	Великобритания	14	11,38%	2
3	Болгария	11	8,94%	3
4	Индия	6	4,87%	4
5	Словения	8	6,5%	5
6	Республика Хорватия	6	4,87%	6-7
7	Франция	6	4,87%	6-7
8	Израиль	5	4,06%	8
9	Италия	2	1,62%	9
10	Кипр	1	0,81%	10-11
11	Польша	1	0,81%	10-11
	Всего:	123	100%	

Источник: составлено автором

В результате ранжирования ассортимента ЛП в РТ по пути введения и видам ЛФ было установлено преобладание твердых – 66,6%, в частности таблеток – 58,53% и капсул 8,13%. Удельный вес жидких ЛФ составляет 30,08% (Таблица 10).

Таблица 10 - Структура ассортимента безрецептурных препаратов, используемых для лечения ГЭРБ по лекарственным формам (РТ), %

		ЛФ для наружного применения	ЛФ для приема внутрь			
		Гель	Раствор	Таблетки	Капсулы	Суспензии
Ингибиторы протонной помпы	Омепразол	0	0	0	9	0
	Рабепразол	0	0	10	1	0
Блокаторы H2- рецепторов гистамина	Фамотидин	0	0	1	0	0
Невсасывающиеся антациды	Алгелдрат+Магния гидроксид	0	0	19	0	13
	Алгелдрат+Магния гидроксид+Симетикон	0	0	0	0	4
	Алюминия гидроксид + магния карбонат + магния гидроксид	0	0	11	0	0
	Алгелдрат + Бензокаин + Магния гидроксид	0	0	0	0	7
	Алюминия фосфат	4	0	0	0	0
	Гидроталцит	0	0	2	0	0
	Магалдрат+Симетико н	0	0	4	0	0
	Магалдрат	0	0	4	0	0
Альгинаты	Натрия алгинат+Калия гидрокарбонат	0	0	0	0	5
	Кальция карбонат+Натрия алгинат+Натрия гидрокарбонат	0	0	6	0	6

Гастропротекторы	Висмута трикалия дицитрат	0	0	15	0	0
Эзофагопротекторы	Альфадокс	0	2	0	0	0
Итого		4	2	72	10	35
Итого по данному пути введения		4	119			

Источник: составлено автором

Рыночный сегмент, находящийся за пределами перечня ЖНВЛП, в РТ характеризуется высокой степенью вариабельности ЛФ и широкой номенклатурой комбинированных составов, среди которых доминируют препараты антацидного и альгинатного действия. Данная структура ассортимента позволяет констатировать наличие высокоразвитого сегмента безрецептурных препаратов, ориентированных на симптоматическую терапию (Рисунок 8).

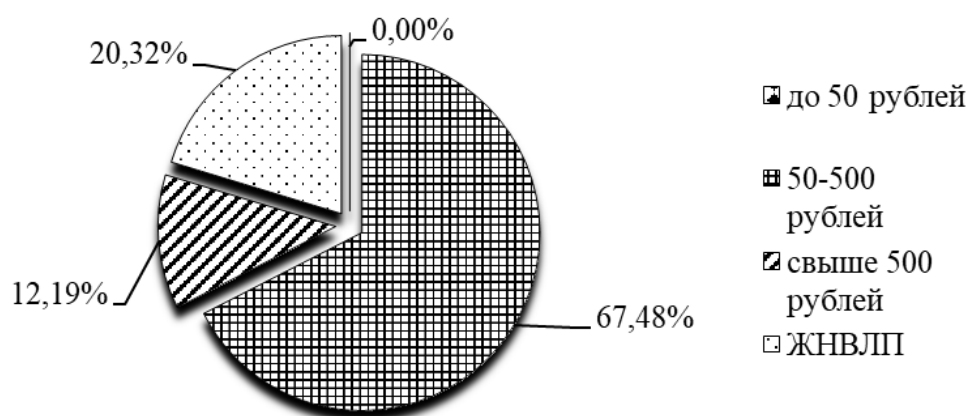


Рисунок 8 – Ценовая сегментация безрецептурных лекарственных препаратов для лечения основных симптомов ГЭРБ (РТ), %.

Источник: составлено автором

В результате структурного анализа исследуемого ассортимента создан мезоконтур регионального рынка ЛП (Рисунок 9). Невсасывающиеся антациды являются преобладающей группой по числу ассортиментных наименований (55,26%). Таблетки (58,53%) занимают ведущую позицию в лидирующей группе твердых ЛФ (66,6%) с ценовой доступностью медиум-класса (67,48%) и производимых на территории РФ (51,21%).

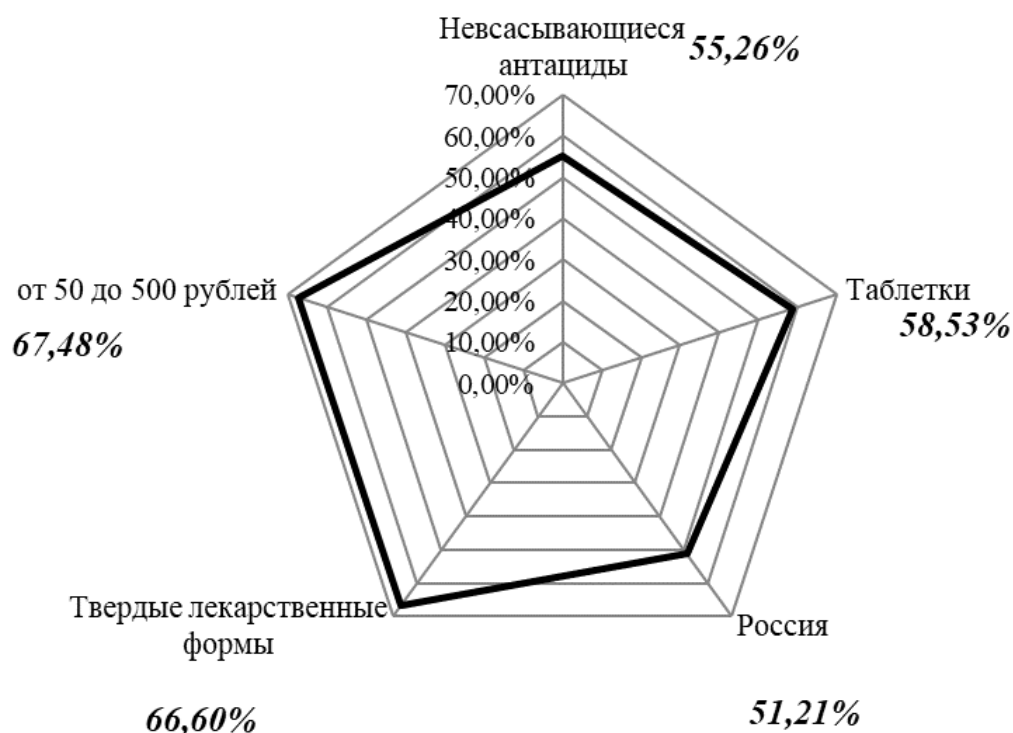


Рисунок 9 – Ассортиментный мезоконтур рынка безрецептурных лекарственных препаратов, применяемых, для лечения основных симптомов ГЭРБ (РТ), %

Источник: составлено автором

Полученная сравнительная характеристика свидетельствует о различии макро- и мезоконтуров ассортимента препаратов, применяемых для лечения ГЭРБ (Рисунок 10).

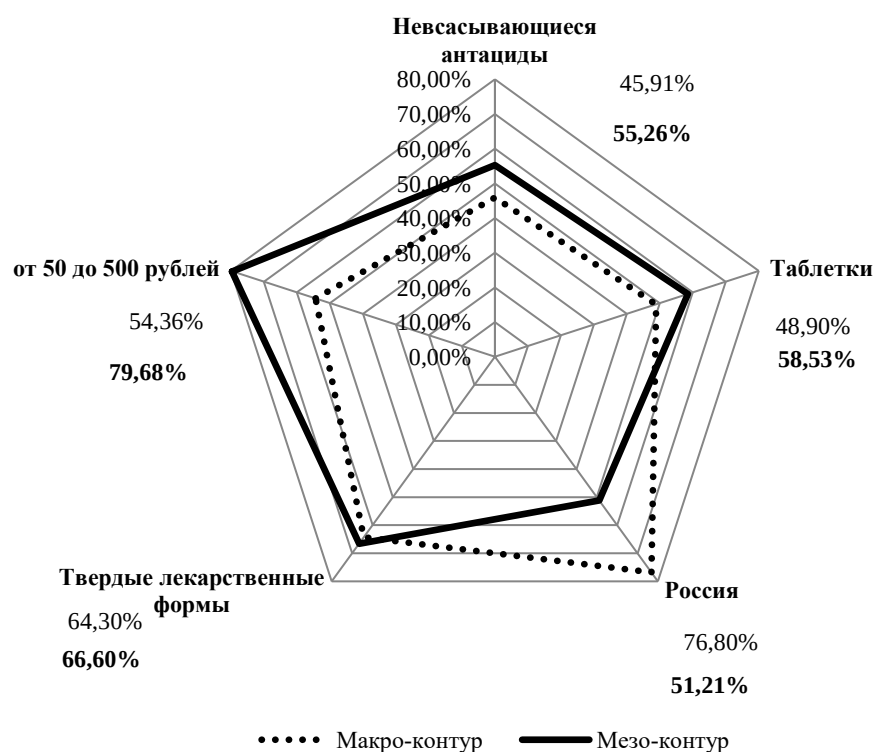


Рисунок 10 – Сравнительная характеристика макро- и мезо-контуров рынка безрецептурных лекарственных препаратов, применяемых для лечения ГЭРБ

Источник: составлено автором

Проведенный структурный анализ ассортимента фармацевтического рынка препаратов для терапии основных симптомов ГЭРБ выявил существенную структурную дифференциацию между макро- и мезо-контуром, отражающую особенности рыночных тенденций. На макроуровне невсасывающиеся антациды демонстрируют значительную долю в 45,91%, однако на мезо-уровне их значение составляет 55,26%, что подчеркивает целенаправленное использование и высокую терапевтическую значимость в практике симптоматического лечения.

Анализ данных демонстрирует, что на обоих исследуемых уровнях доминирующими являются таблетированные ЛФ.

Также наблюдается существенная разница в локализации производства: на макроуровне отечественные препараты занимают подавляющую долю (76,8%), тогда как на мезоуровне их доля значительно ниже (51,21%).

Ценовой диапазон от 50 до 500 рублей сохраняет лидирующие позиции как на федеральном, так и на региональном уровне, что указывает на приоритет потребителей в поиске оптимального соотношения цены и эффективности ЛП.

Полученные результаты подчеркивают важность учета выявленных структурных особенностей при формировании ассортиментного портфеля с целью соответствия рыночным тенденциям.

3.2. Оценка насыщенности рынка безрецептурных лекарственных препаратов при основных симптомах ГЭРБ

Для оценки насыщенности рынка безрецептурных ЛП для терапии ГЭРБ был применен общепризнанный показатель — индекс Херфиндаля-Хиршмана (ННІ). Данный индекс рассчитывался независимо для двух уровней: федеральный и региональный фармацевтические рынки (Таблица 11, таблица 12).

Таблица 11 – Показатели ННІ для федерального фармацевтического рынка безрецептурных ЛП для лечения основных симптомов ГЭРБ

МНН / Комбинация	Доля рынка, %	Доля (s_i)	(s_i)²
Омепразол	13,25%	0,1325	0,01755625
Рабепразол	7,5%	0,075	0,005625
Фамотидин	7,37%	0,0737	0,00543169
Алгелдрат+Магния гидроксид	26,5%	0,265	0,070225
Алгелдрат+Магния гидроксид+Симетикон	0,9%	0,009	0,000081
Алюминия гидроксид + магния карбонат + магния гидроксид	3,46%	0,0346	0,00119716
Алгелдрат + Бензокаин + Магния гидроксид	10,09%	0,1009	0,01018081
Алюминия фосфат	2,86%	0,0286	0,00081796
Гидроталцит	0,3%	0,003	0,000009
Магалдрат+Симетикон	0,6%	0,006	0,000036
Магалдрат	1,2%	0,012	0,000144
Натрия алгинат+Калия гидрокарбонат	2,7%	0,027	0,000729

Кальция карбонат+Натрия алгинат+Натрия гидрокарбонат	7,98%	0,0798	0,00636804
Висмута трикалия дицитрат	14,9%	0,149	0,022201
Альфаокс	0,3%	0,003	0,000009
Сумма ($\Sigma(s_i)^2$)			0,1406

Источник: составлено автором

Проведенный анализ уровня концентрации рынка ЛП исследуемых фармакологических групп на основе индекса Херфиндаля-Хиршмана (Herfindahl-Hirschman Index, ННІ) позволил получить количественную оценку состояния конкурентной среды: ННІ = 1406. Расчет индекса ННІ для исследуемых фармакологических групп показал значение ниже порога в 1500 пунктов. Это свидетельствует о низком уровне концентрации и равномерном распределении удельных весов среди зарегистрированных ЛП. Такие результаты не подтверждают олигополистическую модель рынка, для которой типична умеренная или высокая концентрация, измеряемая индексом ННІ.

Таким образом, анализируемый сегмент фармацевтического рынка отличается высокой степенью конкурентной насыщенности и низким уровнем концентрации, что указывает на его развитость и наличие широких возможностей для конкуренции между производителями.

Таблица 12 – Показатели ННІ для регионального фармацевтического рынка безрецептурных лекарственных препаратов для лечения основных симптомов ГЭРБ

МНН	Доля рынка (%)	Доля (s_i)	(s_i)²
Омепразол	7,31%	0,0731	0,00534361
Рабепразол	8,94%	0,0894	0,00799236
Фамотидин	0,81%	0,0081	0,00006561
Алгелдрат+Магния гидроксид	26,01%	0,2601	0,06765201
Алгелдрат+Магния гидроксид+Симетикон	3,25%	0,0325	0,00105625
Алюминия гидроксид + магния карбонат + магния гидроксид	8,94%	0,0894	0,00799236

Алгелдрат + Бензокаин + Магния гидроксид	5,69%	0,0569	0,00323761
Алюминия фосфат	3,25%	0,0325	0,00105625
Гидроталцит	1,62%	0,0162	0,00026244
Магалдрат+Симетикон	3,25%	0,0325	0,00105625
Магалдрат	3,25%	0,0325	0,00105625
Натрия алгинат+Калия гидрокарбонат	4,06%	0,0406	0,00164836
Кальция карбонат+Натрия алгинат+Натрия гидрокарбонат	9,75%	0,0975	0,00950625
Висмута трикалия дицитрат	12,19%	0,1219	0,01485961
Альфазокс	1,62%	0,0162	0,00026244
Сумма ($\Sigma(s_i)^2$)			0,1230

Источник: составлено автором

Для анализируемого сегмента ЛП для лечения основных симптомов ГЭРБ рассчитанный индекс ННІ (1230) указывает на неконцентрированный рынок с низким уровнем насыщенности и высокой степенью конкуренции. Ни один ЛП не доминирует на рынке. Наибольшая доля у МНН алгелдрат+магния гидроксид (26,01%), однако даже эта доля недостаточна для существенного влияния на общий уровень концентрации рынка в сторону его увеличения.

Анализ концентрации рынка безрецептурных ЛП для терапии ГЭРБ с использованием индекса Херфиндаля-Хиршмана показал значения 1406 (федеральный уровень) и 1230 (региональный уровень). Оба показателя существенно ниже порога в 1500 пунктов согласно критериям US DOJ/FTC, что позволяет классифицировать оба рынка как неконцентрированные (unconcentrated markets).

Сравнительный анализ выявил, что федеральный рынок характеризуется несколько более высокой, но все же низкой степенью концентрации по сравнению с региональным. Данное различие обусловлено вариабельностью в распределении долей ключевых фармакологических групп, в частности, более высокой представленностью препаратов на основе алгелдрата и магния гидроксида, а также висмута трикалия дицитрата на федеральном уровне. Высокая степень конкурентной насыщенности и фрагментированности рынка создает благоприятные условия для сохранения ценовой конкуренции, широкого

потребительского выбора и дальнейшего развития ассортимента ЛС в данном терапевтическом сегменте.

3.3. Социологические исследования безрецептурного отпуска лекарственных препаратов для лечения основных симптомов ГЭРБ

3.3.1. Социологический опрос медицинских и фармацевтических специалистов

Исследование проводилось с привлечением медицинских и фармацевтических специалистов г. Казани. Опрос проводился на основании разработанных анкет (приложения А, Б) [186].

Настоящее исследование, охватившее две ключевые профессиональные когорты системы здравоохранения — врачей и фармацевтических работников — выявило комплексную и многогранную картину подходов к ведению пациентов с симптомами ГЭРБ в условиях г. Казани.

В опросе приняли участие 420 врачей, непосредственно оказывающих медицинскую помощь пациентам с основными симптомами ГЭРБ - изжоги и/или регургитации. Фактический объем опрошенных гастроэнтерологов составил 101 человека, что полностью удовлетворяет требованиям репрезентативности. Для терапевтов необходимый объем выборки был определен в 320 респондентов, что также обеспечивает репрезентативность данных и позволяет экстраполировать полученные результаты на генеральную совокупность.

В качестве экспертов, представляющих фармацевтическое сообщество, выступили сотрудники розничных АО г. Казани. При определении репрезентативного объема выборки учитывались данные Росздравнадзора о количестве аптечных учреждений в регионе: по состоянию на 2024 год в г. Казани функционирует 1180 АО (за исключением структурных подразделений медицинских учреждений). Исходя из минимальной численности персонала на одну аптеку (один руководитель и два специалиста) [91], расчетный оптимальный размер выборочной совокупности составил 287 респондентов. Полученное

значение соответствует требованиям репрезентативности и позволяет экстраполировать выводы на генеральную совокупность.

Анализ медицинских специалистов, включившей врачей терапевтического и гастроэнтерологического профилей ($n=420$), позволил детализировать демографические, профессиональные и квалификационные характеристики. Гендерная структура выборки характеризуется преобладанием лиц женского пола (75,7%), при этом наиболее многочисленную возрастную группу (30–39 лет, 30,0%) составляют специалисты зрелого трудоспособного возраста, что подтверждается долей респондентов со стажем от 5 до 10 лет (22,9%), свидетельствующей о наличии достаточного практического опыта. Большинство опрошенных медицинских специалистов 76,1% — врачи терапевтического профиля. При анализе квалификационных характеристик установлено, что более половины респондентов (65,7%) не имеют квалификационной категории, а 85,7% не обладают ученой степенью (Рисунок 11).

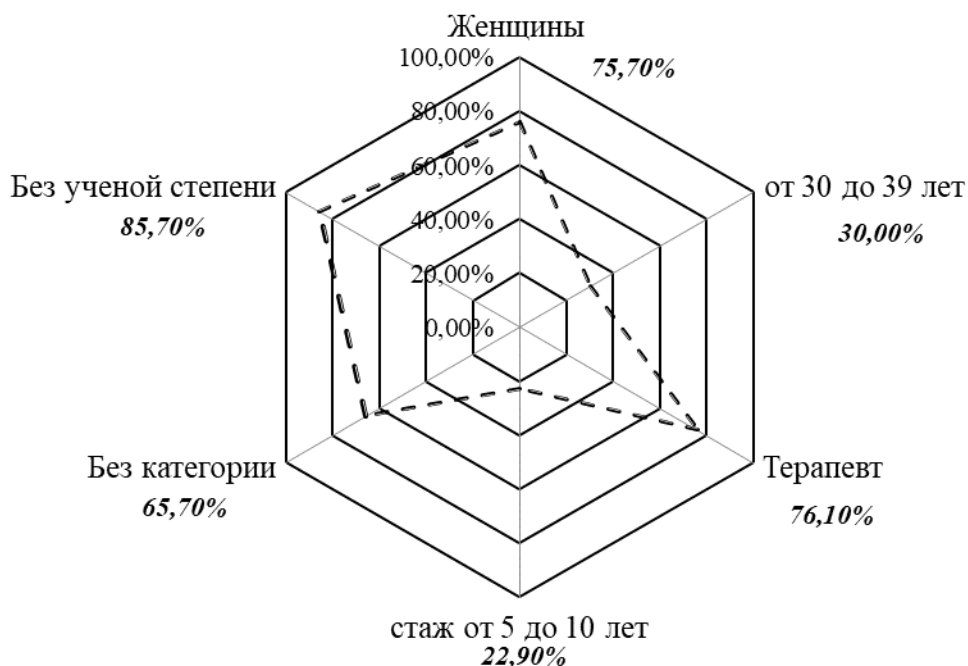


Рисунок 11 – Портрет опрошенных медицинских специалистов

Источник: составлено автором

Клинико-эпидемиологический анализ структуры первичных жалоб пациентов показал, что ведущими триггерами обращения за медицинской

помощью являются боль в животе (31,2%) и классические эзофагеальные проявления — изжога и/или регургитация с частотой более одного раза в неделю (30,5%).

Оценивая динамику обращаемости за последние 3–5 лет, 75,7% (n=318 медицинских специалистов) констатируют рост числа пациентов с жалобами на изжогу/регургитацию, что актуализирует проблему и требует оптимизации подходов к оказанию помощи на всех уровнях (Рисунок 12).

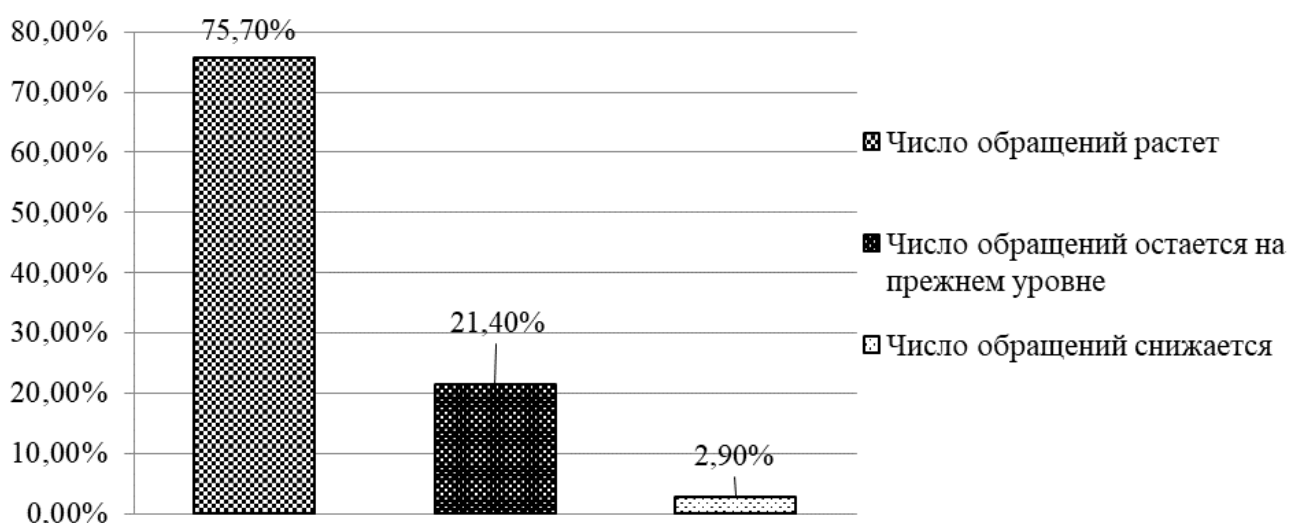


Рисунок 12 – Тенденция в обращениях пациентов изжогой/регургитацией к медицинскому специалисту

Источник: составлено автором

Примечательно, что подавляющее большинство врачебного сообщества (82,9%, n=348) признают стресс в качестве значимого этиопатогенетического фактора, провоцирующего возникновение изжоги. Информирование пациента о потенциальной роли стресса в возникновении основных симптомов ГЭРБ способствует формированию более осознанного подхода к терапии и повышает приверженность лечению.

Анализ приверженности пациентов терапии в оценках врачебного сообщества продемонстрировал следующее распределение: большинство респондентов (61,4%; n=258) констатируют, что пациенты соблюдают назначенную схему лечения часто (более чем в 75% случаев). Почти треть

опрошенных врачей (30%; $n=126$) отмечают нерегулярное соблюдение режима терапии (в 50–75% случаев). Лишь 8,6% медицинских специалистов ($n=36$) указывают на абсолютный комплаенс (Рисунок 13).

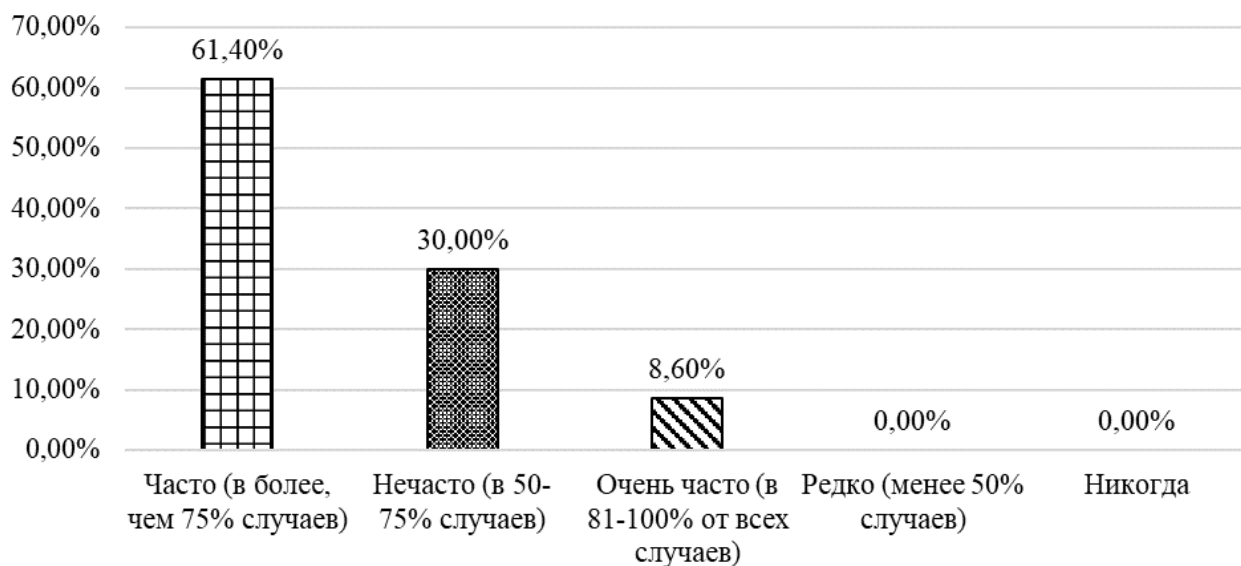


Рисунок 13 - Оценка приверженности пациентов лечению медицинскими специалистами

Основными причинами низкой приверженности респонденты выделили ряд субъективных и объективных причин. В качестве ведущего барьера обозначена «забывчивость пациента» — данный фактор отметили 20,6% опрошенных медицинских специалистов ($n=87$). Далее следуют «боязнь развития побочных эффектов/нежелательных явлений» (15,8%, $n=66$) и цена ЛП (12,7%, $n=53$). К числу детерминант низкой приверженности терапии медицинские специалисты отнесли отсутствие ожидаемого клинического эффекта в первые дни приема (11,8%, $n=50$), полипрагмазию (10,5%, $n=44$), а также высокую кратность приема ЛП (9,6%, $n=40$), увеличивающую вероятность пропусков в условиях повседневной активности. Наименьший удельный вес в структуре причин низкого комплаенса занял дефицит времени на приобретение ЛС (1,8%, $n=8$).

Назначения ЛП четкую сегментацию терапевтических подходов в зависимости от класса препаратов. В сегменте симптоматической терапии среди всасывающихся антацидов доминирует «Ренни» (46,7%, $n=196$). В группе невсасывающихся антацидов распределение предпочтений характеризуется

относительной равномерностью. Назначения «Алмагеля» зафиксированы в 24,8% случаев (n=104), «Маалокса» – в 21,4% (n=90), «Фосфалюгеля» – в 20,9% (n=88).

Сегмент ИПП демонстрирует относительно равномерное распределение клинических предпочтений. На долю омепразола приходится 25,7% (n=108) назначений, что сопоставимо с частотой применения эзомепразола (25%, n=105) и рабепразола (23%, n=97). Несколько менее востребованным среди респондентов оказался пантопразол, который выбирают 18,4% (n=77) специалистов. Наименьшую долю в структуре назначений ИПП занимают декслансопразол (6,6%, n=28) и лансопразол (1,3%, n=5), что свидетельствует об их ограниченном клиническом использовании в исследуемой выборке.

В классе блокаторов H₂-гистаминовых рецепторов, несмотря на известные ограничения по безопасности, ранитидин сохраняет доминирующие позиции: 65,9% (n=277) опрошенных специалистов назначают данный препарат, что практически вдвое превышает частоту назначений фамотидина (34,1%, n=143).

Анализ назначений прокинетиков и гастропротекторов выявил следующую иерархию предпочтений: наиболее часто медицинские специалисты прибегают к терапии итопридом (20,6%, n=87). Препараты висмута были выбраны 18,3% (n=77) респондентов, тогда как частота назначения ребамипида составила 16% (n=67). Применение комбинированного препарата «Омес ДСР» фиксируется в 15,4% случаев (n=65), а назначение эзофагопротекторов («Альфазокс») — в 11,4% (n=48). Наименьшую долю в структуре предпочтений демонстрируют традиционные прокинетики: домперидон назначают 10,3% (n=43) медицинских специалистов, а метоклопрамид — 8% (n=34).

В рамках проведенного исследования была изучена роль фармацевтических специалистов в процессе информирования пациентов с ГЭРБ. Анализ социально-демографических параметров позволил составить профиль опрошенных специалистов. Гендерная структура выборки характеризуется выраженным преобладанием лиц женского пола (91,3%; n= 262), при этом основу контингента составляют специалисты молодого и среднего возраста: наиболее многочисленные группы — работники от 21 до 29 лет (37,2%; n= 107). Большинство опрошенных

фармацевтических специалистов (71,1%; n=204) работают в аптеках при аптечных сетях. При анализе должностной структуры установлено, что более половины респондентов (57,9%; n=166) составляют фармацевты, непосредственно осуществляющие отпуск товаров и обслуживание посетителей («первостольники») со стажем работы от 5 до 10 лет (27,2%), а доля провизоров на аналогичной должности равна 30,6% (n=88) (Рисунок 14).

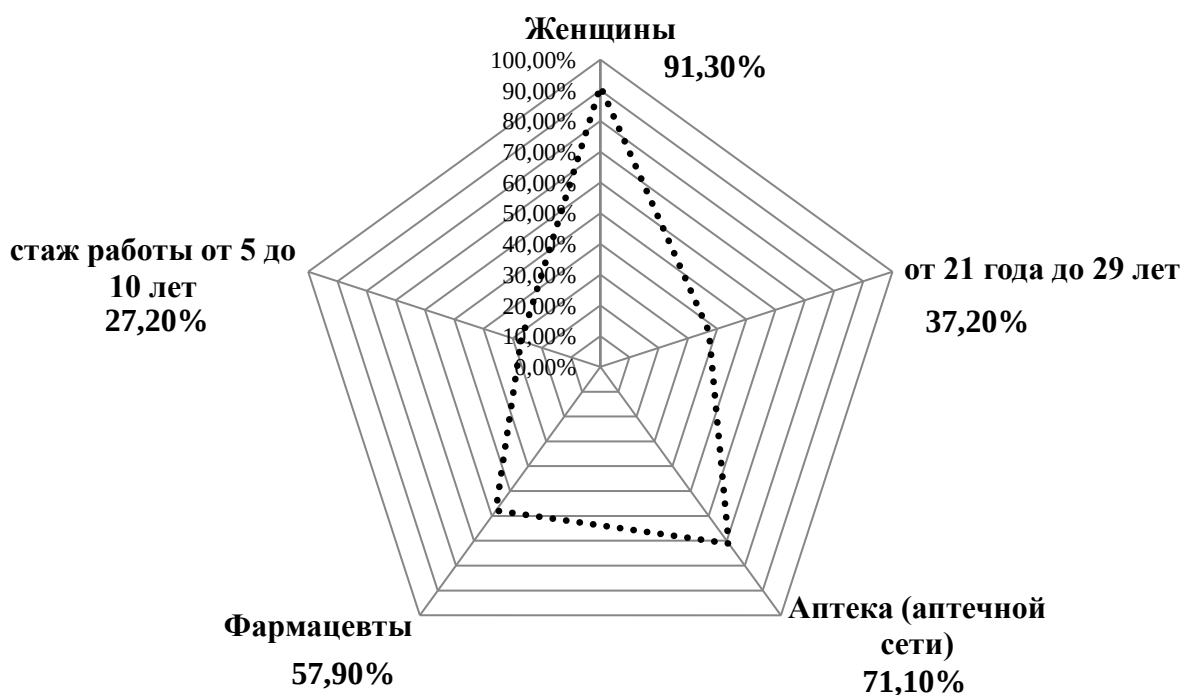


Рисунок 14 – Портрет опрошенных фармацевтических специалистов

Источник: составлено автором

Критически важным является установленный факт, что аптека выполняет функцию первичного и наиболее оперативного канала обращения: 33,9% фармацевтических работников АО (n=97) часто (в 51-80% случаев) и 48,8% (n=140) очень часто (в 81-100% случаев) сталкиваются с ситуацией, когда пациент с изжогой и/или регургитацией приходит за первичной консультацией именно в аптеку. Фармацевтические работники должны быть проинформированы об основных клинических рекомендациях по лечению ГЭРБ, как одного из самых

часто встречающихся заболеваний, и стараться их соблюдать в отношении безрецептурного отпуска препаратов, учитывая, что большинство людей доверяет фармацевтическим работникам в вопросах выбора препарата (Рисунок 15).

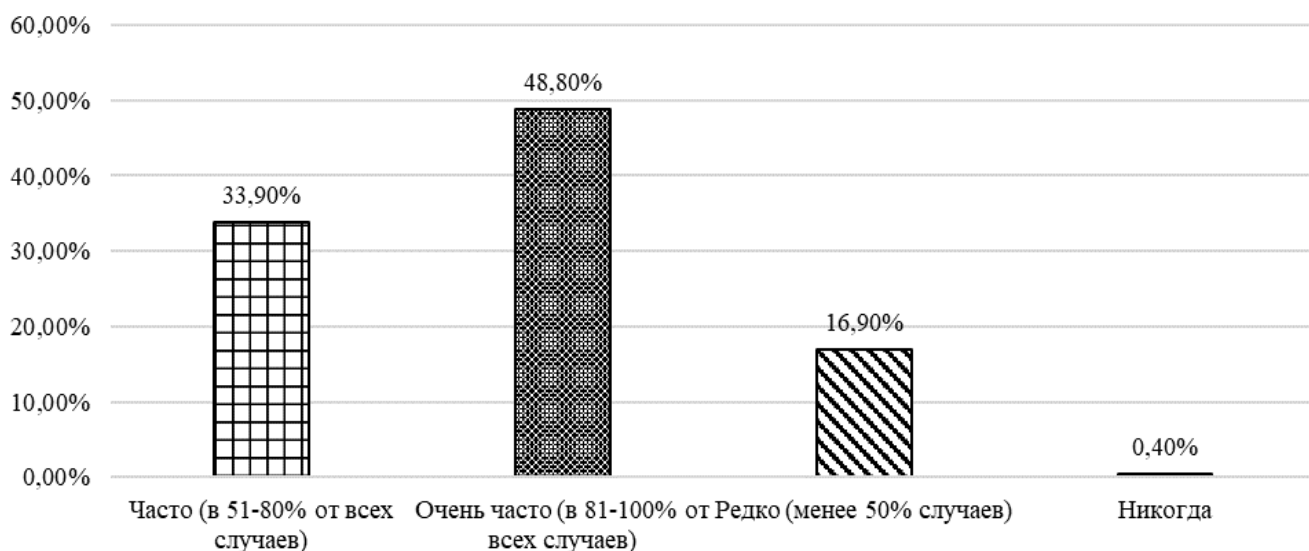


Рисунок 15 - Частота первичных консультаций посетителей аптечных организаций с основными симптомами ГЭРБ

Источник: составлено автором

В рамках изучения профессиональных установок и практик фармацевтических специалистов были получены следующие данные. Абсолютное большинство респондентов (93,0%; $n=267$) признают высокую значимость грамотной консультации как фактора, формирующего лояльность клиентов и мотивирующего их на повторное посещение аптеки.

Обращает на себя внимание оперативность обращения пациентов за ФП при возникновении изжоги и/или регургитации. Фармацевтические специалисты отмечают, что в более чем половине случаев (54,5%; $n=156$) посетители приходят в аптеку в течение первой недели от момента появления симптомов, в течение месяца обращаются 28,9%, в течение полугода — 15,7%. Крайне редко пациенты откладывают визит на срок более одного года.

Ситуация, при которой пациент с изжогой и/или регургитацией обращается за первой помощью именно в аптеку, минуя визит к врачу, является распространенной. Почти половина опрошенных фармацевтических специалистов

(48,8%; n=140) сталкиваются часто (в 51–80% случаев), а 33,9% опрошенных — очень часто (в 81–100% случаев). Лишь 16,9% опрошенных фармацевтических специалистов указали, что такие ситуации возникают редко (менее чем в 50% случаев).

В результате исследования терапевтических предпочтений медицинских и фармацевтических специалистов были выявлены как области клинического консенсуса, так и диссонансы. Терапевтические стратегии, реализуемые врачебным сообществом, отличаются более широким спектром назначаемых средств и ориентированностью на патогенетические механизмы развития заболеваний. В то же время, парадигма рекомендаций фармацевтов, функционирующих в условиях выраженного дефицита времени (продолжительность консультации не превышает 1–3 минут в 58,2% наблюдений; n=168), смещена в сторону купирования актуальной симптоматики.

Анализ структуры назначений антацидных препаратов демонстрирует относительно равномерное распределение предпочтений. Так, частота рекомендаций «Алмагель» составила 22,7% (n=169), «Фосфалюгель» был выбран в 20,3% случаев (n=152), а «Маалокс» — в 14,9% (n=111).

В сегменте альгинатов зафиксировано безусловное доминирование «Гевискона». Базовая ЛФ данного препарата рекомендуется 42,5% (n=189) опрошенными фармацевтическими специалистами. Модифицированные версии — «Гевискон® Двойное Действие» и «Гевискон® форте» — были рекомендованы в 34,2% (n=152) и 23,3% (n=103) случаев соответственно.

В ходе анализа предпочтений фармацевтических специалистов при безрецептурном отпуске препаратов для лечения симптомов ГЭРБ установлено, что совокупная доля рекомендаций генерических препаратов на основе омепразола («Омез», «Ультоп») является лидирующей и составляет 39,8% (n=193). Далее следует устойчивый кластер из трех молекул: эзомепразол (торговые наименования «Нексиум», «Эманера») занимает 22,9% (n=111), пантопразол («Нольпаза», «Контролок») — 17,6% (n=85), а рабепразол («Париет», «Разо») — 14,9% (n=72). Прочие представители класса ИПП (лансопразол, декслансопразол)

демонстрируют минимальную частоту упоминаний, аккумулируя лишь 4,8% (n=25) от общего числа фармацевтических назначений.

Анализ блока H₂-гистаминоблокаторов выявил преобладание назначений фамотидина, доля которого достигла 57,4% (n=110) назначений, что закономерно превышает показатель ранитидина (42,6%, n=82). Данное распределение, вероятно, обусловлено более консервативной позицией фармацевтических работников в отношении препаратов с менее благоприятным профилем безопасности.

В гетерогенной категории прочих гастроэнтерологических средств (включающей гастропротекторы и прокинетики) иерархия потребительских предпочтений выстраивается следующим образом. Наибольшей популярностью пользуются препараты висмута трикалия дицитрата («Де-нол», «Улькавис»), на долю которых приходится 33,2% (n=160). Домперидон («Мотилиум», «Мотилак») с показателем 18,9% (n=91), ребамипид («Ребагид») — 14,5% (n=70), итоприда гидрохлорид («Ганатон») — 13,5% (n=65) являются нередким выбором фармацевтов и провизоров при информировании пациентов с изжогой несмотря на то, что они относятся к препаратам рецептурного отпуска.

Результаты проведенного опроса демонстрируют высокую степень вовлеченности фармацевтического персонала в процесс информирования потребителей. Абсолютное большинство опрошенных фармацевтических специалистов указали, что консультируют каждого посетителя аптеки при отпуске ЛП. Доля тех, кто информирует лишь при наличии у посетителя АО известного им заболевания составляет 9,5% опрошенных фармацевтических специалистов (n=27). Это отражает соблюдение ключевых профессиональных и этических стандартов фармацевтической деятельности, направленных на обеспечение рационального и безопасного применения ЛС. Значительная доля респондентов (35,5%; n=102) оказывают консультационную помощь только по просьбе посетителя. Это указывает на то, что более трети специалистов рассматривают информирование как дополнительную услугу, инициатива по запросу которой исходит от пациента. Такой подход, хотя и является правомерным, может ограничивать возможность своевременного предоставления важной информации, особенно в случаях, когда

посетитель не осознает необходимости уточнения или не обладает достаточной медицинской грамотностью (Рисунок 16).

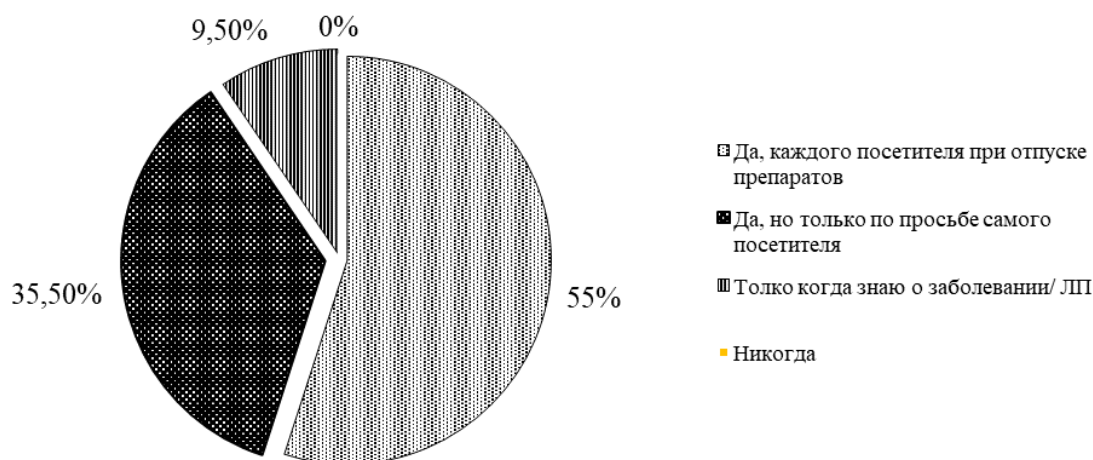


Рисунок 16 - Структура практики информирования посетителей фармацевтическими специалистами

Источник: составлено автором

3.3.2. Социологический опрос посетителей аптек

С целью определения портрета пациента с симптомами ГЭРБ, характеризующего особенности потребительского поведения в контексте самолечения данной патологии было опрошено на анализе 270 респондентов. Согласно полученным результатам социологического опроса возрастная структура участников охватывает широкий диапазон — от лиц младше 20 лет до респондентов старше 60 лет. Наиболее многочисленной оказалась группа в возрасте от 20 до 25 лет, которая составила 37,9% (n=102). Далее по убывающей следуют респонденты от 41 до 50 лет — 14,8% (n=40 человек); лица младше 20 лет — 14,0% (n=38 человек); возрастная группа от 51 до 55 лет — 11,0% (n=30 человек); респонденты от 31 до 40 лет — 10,2% (n=28 человек); участники от 26 до 30 лет — 8,3% (n=22). Наименее представленными оказались возрастные категории старше 60 лет — 2,7% (n=7) и от 56 до 60 лет — 1,1% (n=3).

Почти две трети опрошенных не состоят в официальном браке. Численность холостых (не замужем / не женатых) респондентов составила 64,8% (n=175 человек). Соответственно, доля лиц, состоящих в браке, равна 35,2% (n=95).

Изжогу раз в неделю и чаще испытывали 48,5% (n=131) опрошенных посетителей АО, но для 55,3% (n=149) респондентов она не является значимой проблемой и почти не беспокоит в повседневной жизни.

Характеристика временных параметров заболевания является значимым фактором, определяющим модели потребительского поведения. Полученные данные демонстрируют преобладание в выборке пациентов с непродолжительным анамнезом (симптомы менее 3-х месяцев у 55,3% респондентов (n=149). У значительной доли опрошенных посетителей АО (33,7%, n=91) зафиксировано сохранение основных симптомов ГЭРБ на протяжении года и более. Посетители АО, испытывающие изжогу и/или регургитацию на протяжении пяти лет (14%, n=38), представляют собой группу повышенного риска, поскольку такая длительность симптомов служит предиктором хронизации патологического процесса.

У лиц молодого возраста возникновение данных симптомов закономерно ассоциировано с особенностями образа жизни, такими как нерегулярное питание, предпочтение фастфуда, частые и «быстрые перекусы», употребление большого количества газированных напитков на фоне высокой социальной и академической нагрузки. Это обуславливает необходимость включения в алгоритм ФИ блока, посвященного немедикаментозным методам лечения. Разъяснение принципов здорового питания, диеты, коррекции образа жизни и поведенческих привычек может минимизировать риски развития осложнений хронических заболеваний.

Распространенность самолечения изжоги и/или регургитации объясняется комплексом взаимосвязанных факторов. К числу ключевых детерминант относятся экономические и временные соображения (желание сократить расходы и время на визит к врачу), наличие предшествующего позитивного опыта самостоятельного купирования симптомов, а также легкая доступность безрецептурных препаратов. Кроме того, значимую роль играют психологические и социальные аспекты: стремление к быстрому облегчению состояния, влияние рекомендаций из ближайшего окружения и субъективная уверенность в достаточности собственных фармацевтических знаний. Широкая распространенность диспепсических

симптомов в популяции и их частое восприятие как незначительных обуславливают преобладающую пассивную позицию пациентов, что напрямую коррелирует с высокой частотой самолечения. На вопрос «Занимаетесь ли Вы самолечением изжоги и ощущения отрыжки кислым, горьким или пищей?» почти половина респондентов (53,8%; n=145) дали положительный ответ.

Результаты исследования показали, что треть опрошенных посетителей АО при появлении основных симптомов ГЭРБ (изжога и/ или регургитация) выбирают модель самолечения, при которой первичным шагом является обращение в аптеку без консультации врача (Рисунок 17).

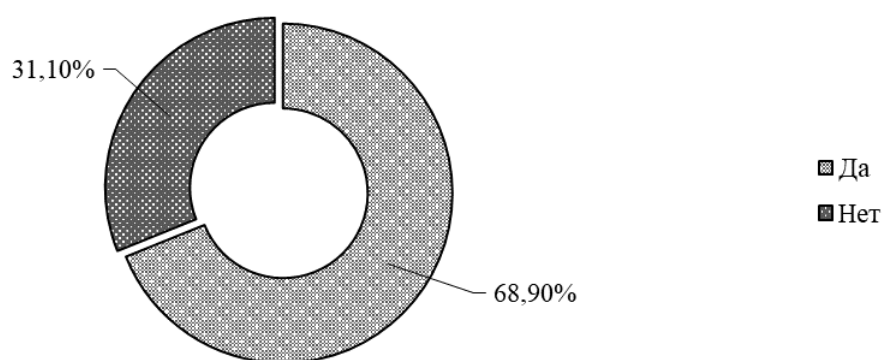


Рисунок 17 - Распределение ответов респондентов на вопрос «Обращались ли Вы с изжогой/ регургитацией в аптеку, не посещая врача?»

Источник: составлено автором

Анализ потребительского поведения в ситуации отсутствия в АО назначенного врачом ЛП для купирования основных симптомов ГЭРБ выявил гетерогенность поведенческих стратегий, имеющих принципиальное значение для совершенствования ФИ. Наибольшая доля респондентов (31,8%; n=86) демонстрирует абсолютное доверие к профессиональной компетенции фармацевтического специалиста, принимая предложенную замену. Данный показатель отражает признание авторитета фармацевтических работников и формирует существенный капитал доверия, который требует дальнейшего укрепления посредством повышения качества консультативных услуг. Второй по распространенности стратегией (27,3%; n=74) выступает отказ от замены и

продолжение поиска требуемого препарата в иных аптечных учреждениях. Подобная модель поведения характерна для потребителей, ориентированных на получение исключительно оригинального препарата, соответствующего врачебному назначению. Значительная часть посетителей АО (15,5%; $n=42$) реализует стратегию избирательного согласия на замену, детерминированную предварительной информированностью о наличии альтернатив.

Ориентация на ценовой фактор выступает доминирующим мотивом для 9,5% ($n=26$) респондентов, которые соглашаются на неизвестный препарат при условии приемлемой стоимости. Эта модель отражает поведение экономически мотивированных потребителей, для которых финансовая составляющая может перевесить фактор неопределенности в отношении нового лекарства. Еще 9,5% ($n=26$) опрошенных посетителей АО, также соглашаясь на неизвестный препарат даже при неудовлетворяющей цене, активно вовлекаются в процесс принятия решения через детальную консультацию от фармацевтического специалиста. Респонденты компенсируют недостаток знаний и нежелательную цену глубоким запросом профессиональной информации, превращая диалог с провизором в инструмент осознанного выбора. Наименьшая доля респондентов (6,4% ($n=17$)) выбирает стратегию возврата к врачебной консультации, отказываясь от самостоятельного или аптечного решения в пользу повторного обращения к медицинскому специалисту.

В структуре потребительских предпочтений на первом месте находится эффективность (быстрое наступление эффекта), затем доступная цена и только на третьем — безопасность, что отражает запрос на быстрое и недорогое купирование симптома (Рисунок 18).

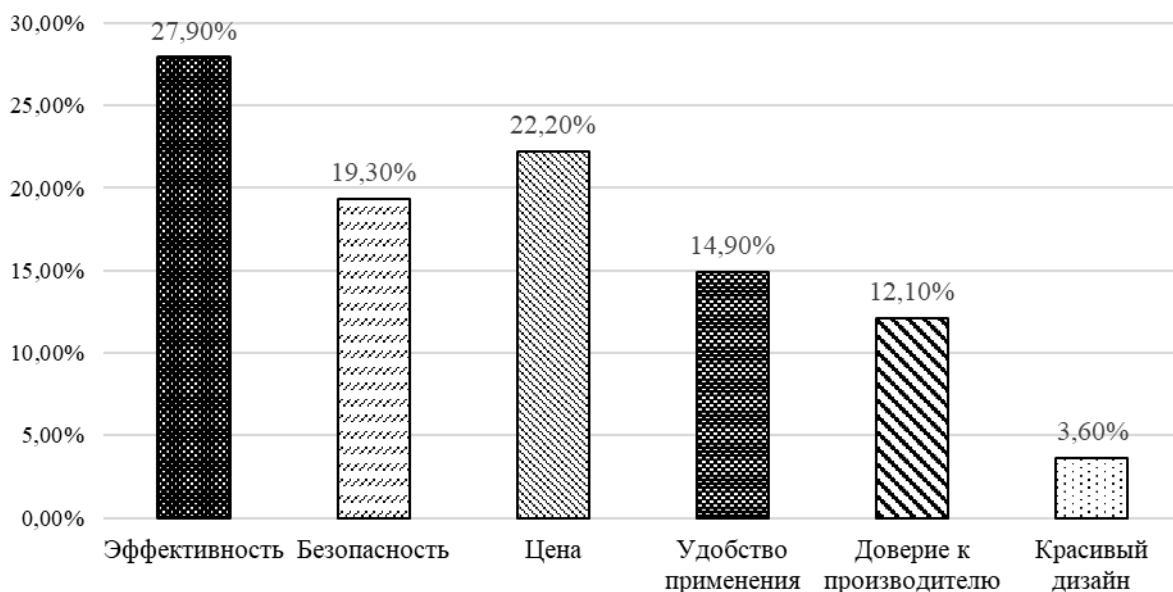


Рисунок 18 - Критерии потребительского выбора лекарственных препаратов для лечения основных симптомов ГЭРБ в аптечных организациях

Источник: составлено автором

Формирование потребительского выбора ЛП представляет собой многофакторный процесс, формирующий поведение потребителей на фармацевтическом рынке. Тот факт, что совет фармацевтического специалиста является наиболее распространенным критерием выбора (30,7%), подтверждает его центральную роль в системе безрецептурного отпуска как основного консультанта. Однако практически равный совокупный вес решений, принятых без прямого профессионального участия (46,2%), указывает на существующий структурный пробел в системе ФИ (Рисунок 19). Это проявляется в активном использовании пациентами личного опыта, советов из ближнего круга общения и данных из непроверенных интернет-источников. Указанное противоречие между высокой востребованностью роли фармацевта и одновременным распространением непрофессиональных практик выбора непосредственно обосновывает необходимость разработки стандартизированных цифровых решений, призванных усилить и унифицировать консультационный потенциал аптеки.

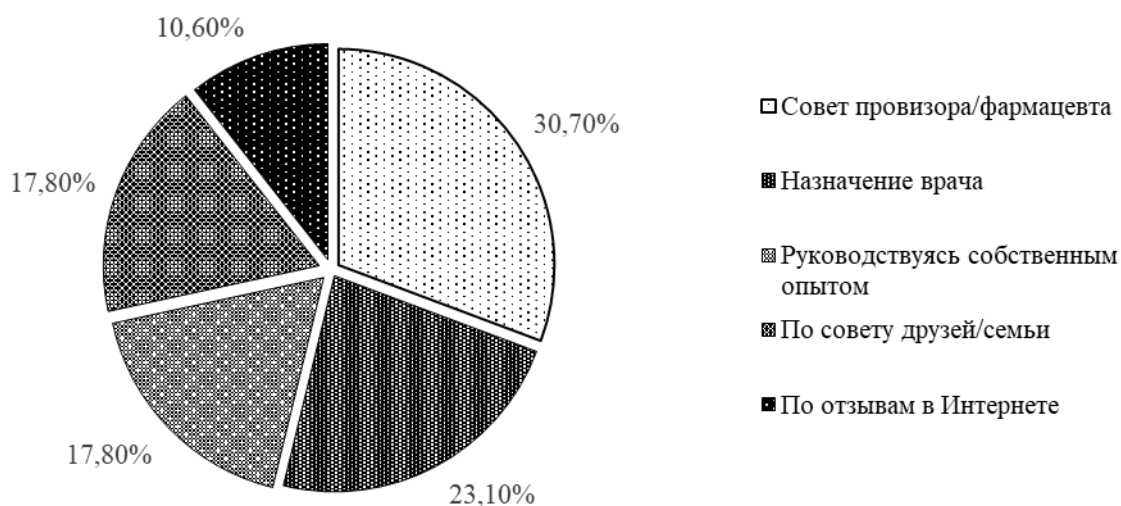


**Рисунок 19 - Распределение ответов респондентов на вопрос:
«По чьей рекомендации Вы приобретали лекарственный препарат для
лечения изжоги/регрurgитации?»**

Источник: составлено автором

Обобщение полученных данных позволяет составить портрет респондента с основными симптомами ГЭРБ: это преимущественно лица молодого возраста, с преобладанием женского контингента, не состоящих в браке, у которых с частотой не реже одного раза в неделю возникают изжога и/или регургитация на протяжении менее трех месяцев (Рисунок 20). Примечательно, что регулярный характер симптомов не коррелирует с обращаемостью за медицинской помощью: респонденты предпочитают стратегию самолечения. Подобная поведенческая модель может быть обусловлена недооценкой потенциальной угрозы здоровью, психологической адаптацией к дискомфорту, приверженностью немедикаментозным методам контроля либо существующими барьерами доступа к медицинской помощи. Полученный портрет обосновывает целесообразность разработки адресных информационно-профилактических мер, направленных на повышение медицинской грамотности и мотивации к своевременному обращению за помощью среди молодых социально активных женщин с начальными проявлениями ГЭРБ.

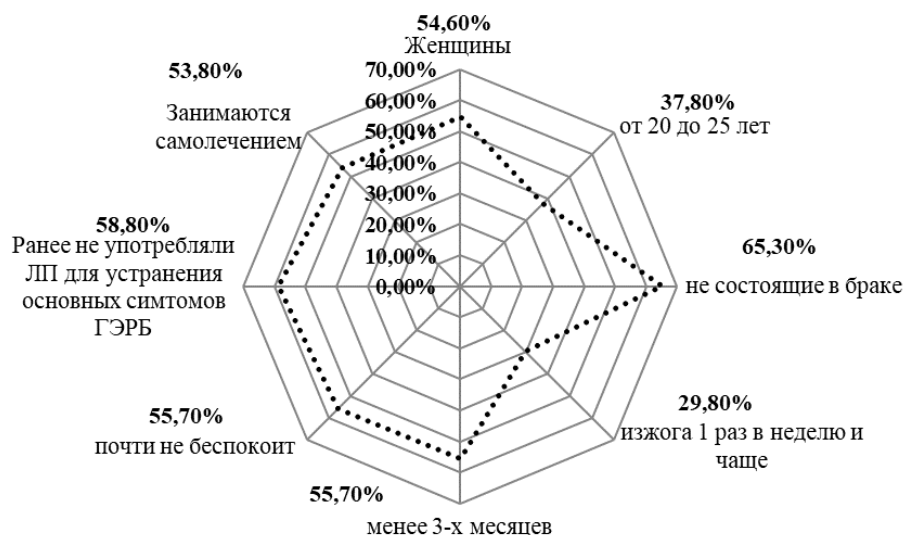


Рисунок 20 – Портрет опрошенного посетителя аптечных организаций с основными симптомами ГЭРБ

Источник: составлено автором

Анализ фармакотерапевтических паттернов выявил четкую иерархию применяемых препаратов. Среди антацидов абсолютным лидером является «Ренни» (24,8% (n=67) от всех упоминаний в своей группе), что согласуется с его маркетинговым позиционированием как средства быстрой помощи. В классе невсасывающихся антацидов лидирует «Гастал» (16,9% (n=46)), опережая классические «Алмагель» (13,4% (n=36)) и «Фосфалюгель» (7% (n=19)). Среди альгинатов безоговорочно доминирует линейка «Гевискон» (суммарно 35,7% (n=96)), что подтверждает его эталонный статус как препарата с физическим механизмом действия. В сегменте ИПП с большим отрывом лидирует омепразол и его дженерики (29,7% (n=80)), что обусловлено его низкой стоимостью и широкой известностью.

В результате исследования выявлена значительная вариативность в степени соблюдения пациентами врачебных назначений при терапии изжоги и регургитации. Только 36,7% опрошенных (n=99) соблюдают предписанную схему приёма, дозировки и сроков лечения, демонстрируя терапевтическую дисциплину. Четверть опрошенных посетителей АО (26,5%, n=72) самостоятельно корректируют терапию по субъективному ощущению улучшения, уменьшая приём

ЛП. Каждый пятый опрошенный (20,5%, n=55) пропускает приём ЛП, а 16,3% (n=44) полностью игнорируют врачебные рекомендации.

Таким образом, портрет типичного пациента с основными симптомами ГЭРБ — это лица молодого возраста, с преобладанием женского контингента, не состоящих в браке, для которых фармацевтический специалист является ключевой фигурой в выборе терапии. Выбор ЛП детерминирован в первую очередь скоростью наступления эффекта и ценой. Полученные данные актуализируют необходимость разработки нового алгоритма ФИ для населения, в том числе с применением информационных технологий, ориентированного на молодую целевую аудиторию. Такой алгоритм должен включать два ключевых компонента: образовательный модуль для населения о важности своевременного обращения к врачу и специализированный протокол для фармацевтических работников и современные методики повышения терапевтической приверженности.

На основании данных, представленных в Главе 3, с использованием научных методов (анализа рыночной доли, индекса Херфиндаля-Хиршмана, фармакотерапевтической эффективности, безопасности и потребительских предпочтений) сформирован рациональный ассортиментный портфель безрецептурных ЛП для лечения основных симптомов ГЭРБ (Таблица 13).

**Таблица 13 – Рациональный ассортиментный портфель
безрецептурных лекарственных препаратов для лечения основных
симптомов ГЭРБ**

Фармакологическая группа	МНН	Примеры торговых наименований	Обоснование
Антациды	Алгелдрат + Магния гидроксид	Алмагель, Гастрацид	Лидер рынка, быстрое действие, высокий спрос.
	Алгелдрат + Магния гидроксид + Симетикон	Алмагель Нео	Комбинированное действие (антацид + ветрогонное).
	Алюминия фосфат	Фосфалюгель	Безопасность, мягкое действие, популярность у пациентов, подходит для беременных женщин
Альгинаты	Натрия алгинат + Калия гидрокарбонат	Гевискон	Физический механизм действия.

	Кальция карбонат + Натрия алгинат + Натрия гидрокарбонат	Гевискон Форте	Усиленная формула для выраженных симптомов.
Ингибиторы протонной помпы (ИПП)	Рабепразол (10 мг)	Париет 10 мг, Рабелок 10 мг	Высокая эффективность, согласно клиническим рекомендациям.
Блокаторы H₂- рецепторов	Фамотидин (20 мг)	Квамател 20 мг, Фамотидин 20 мг	Безопасная альтернатива ранитидину, в случае непереносимости ИПП

Источник: составлено автором

Портфель оптимизирован с учетом доминирующих фармакологических групп, ценовой доступности и рекомендаций врачей и фармацевтических специалистов и предпочтениях населения.

Заключение по 3 главе

1) В ходе исследования сформированы макро и мезоконтуры ассортимента изучаемой группы, согласно которым структура ассортимента на федеральном и региональном уровнях характеризуется доминированием невсасывающихся антацидов (45,91% и 55,26% соответственно) и преобладанием твердых ЛФ (64,3% на федеральном и 66,6% на региональном уровнях) в виде таблеток- 48,9% на федеральном уровне и 58,53% на региональном). Выявлена диспропорция по происхождению: доля отечественных производителей на федеральном уровне составляет 76,8%, на региональном снижается до 51,21%, импорт представлен в основном Великобританией (11,38%), Болгарией (8,94%) и Словенией (6,5%). Ценовой анализ показал, что 54,36% федерального и 79,68% регионального ассортимента приходится на диапазон 50–500 руб.

2) Индекс Херфиндаля- Хиршмана показывает, что фармацевтический рынок характеризуется низкой степенью концентрации (ННІ= 1406 на федеральном и ННІ=1230 на региональном уровнях). Это указывает на высокую конкуренцию, что создает благоприятные условия для ценовой конкуренции между производителями.

3) Социологический опрос, проведенный среди медицинских и фармацевтических специалистов г. Казани, выявил, что более 75% опрошенных врачей отмечают увеличение числа пациентов с основными симптомами ГЭРБ-

изжоги и/или регургитации. Врачебные назначения преимущественно включают ИПП, однако сохраняется значимая доля рекомендаций ранитидина (65,9%), прокинетики и гастропротекторы также остаются востребованы в составе комплексной терапии. Оценка приверженности пациентов терапии крайне низкая, только 8,7% гастроэнтерологов и 6,4% терапевтов отмечают, что их пациенты строго следуют назначенному лечению. Опрос фармацевтов и провизоров подтвердил их значимую роль на этапе первичного обращения за медицинской помощью: опрошенные фармацевтические специалисты отмечают, что 82,7% посетителей обращаются в АО без предварительного визита к врачу. Большинство рекомендуемых ЛП предназначены для симптоматической терапии, но были зафиксированы случаи отпуска рецептурных препаратов. Сравнительный анализ выявил закономерную тенденцию: врачи ориентированы на патогенетическую терапию и долгосрочный контроль, тогда как фармацевты и провизоры фокусируются на купировании симптомов. Полученные результаты обосновывают необходимость разработки и внедрения единого алгоритма ФИ для унифицирования подходов и повышению приверженности пациентов к лечению.

4) Анализ анкетных данных посетителей аптек позволил составить портрет типичного потребителя безрецептурных препаратов для лечения симптомов ГЭРБ. Это преимущественно лица молодого возраста (20–25 лет), женского пола, с непродолжительным анамнезом симптомов (менее 3 месяцев). Ключевая поведенческая особенность данной категории потребителей заключается в приверженности самолечению: 53,8% респондентов самостоятельно купируют возникающие симптомы. Для 33,9% первичным действием является визит в аптеку без предшествующего обращения к врачу. В сложившихся условиях существенно возрастает значимость фармацевтического работника как ключевого субъекта первичной помощи. Значимость ФИ подтверждается тем, что для 30,7% опрошенных именно этот фактор является определяющим при выборе конкретного ЛП.5) На основании проведенного структурного анализа ассортимента и социологических исследований сформирован рациональный ассортиментный портфель, включающий антациды (алгелдрат + магния гидроксид, алюминия

фосфат), альгинаты (натрия алгинат + калия гидрокарбонат), ИПП (рабепразол 10 мг) и блокаторы H₂-гистаминовых рецепторов (фамотидин 20 мг).

Выявленные закономерности создают основу для разработки стандартизированного междисциплинарного алгоритма информирования пациентов с основными симптомами ГЭРБ, объединяющего профессиональные компетенции врачебного и фармацевтического звена. В современных условиях особую актуальность приобретает внедрение цифровых платформ в процесс ФИ как инструмента, способствующего повышению эффективности терапии.

ГЛАВА 4. РАЗРАБОТКА ЦИФРОВОГО ПРОДУКТА ДЛЯ ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОГО ИНФОРМИРОВАНИЯ ПРИ ОТПУСКЕ ПРЕПАРАТОВ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ГЭРБ

4.1. Разработка алгоритма фармацевтического информирования при отпуске препаратов для с основными симптомами ГЭРБ

В условиях современного фармацевтического рынка способность АО предоставлять высокопрофессиональные информационно-консультационные услуги становится определяющим фактором их конкурентоспособности. Фундаментом данного направления выступает ФИ — неотъемлемая составляющая ФП, непосредственно влияющая на потребительскую лояльность и качество самолечения. Эффективность ФИ напрямую зависит от компетентности персонала, включающей знание ассортимента безрецептурных препаратов, их показаний, противопоказаний, взаимодействий и правил рационального применения [109], а также развитые коммуникативные навыки, умение выявлять потребности и распознавать «тревожные симптомы», требующие врачебного вмешательства.

Низкий уровень информированности населения и потенциальных рисках безрецептурных ЛП существенно повышает вероятность неоптимального выбора терапии. Последствиями могут стать неэффективность лечения, развитие нежелательных реакций, маскировка симптомов серьезных заболеваний и их прогрессирование, что наносит ущерб здоровью и увеличивает нагрузку на систему здравоохранения. В этой связи повышение грамотности пациентов в вопросах самолечения является приоритетной задачей, требующей системных просветительских усилий со стороны медицинских и фармацевтических специалистов [79]. Непременным условием качественного ФИ выступает непрерывное профессиональное развитие и освоение актуальной информации [43].

В соответствии с Российскими клиническими рекомендациями, терапия ГЭРБ включает немедикаментозное лечение (коррекцию образа жизни и питания как обязательный первый этап для всех пациентов), фармакотерапию и хирургическое вмешательство [31].

На основании результатов исследования разработан алгоритм информирования посетителей, обращающихся в аптеку с данной симптоматикой. Зная особенности этиологии и патогенеза заболевания, его лечения, можно представить следующие этапы ФИ:

1. Определение проблемы;
2. Характеристика частоты изжоги и выявление «тревожных симптомов»;
3. Уточнение дополнительных характеристик и формирование предложения.

Последовательность действий в алгоритме информирования представлена на рисунке 21.

1. Процедура ФИ при реализации безрецептурных ЛП для лечения основных симптомов ГЭРБ в случае предъявления пациентом рецепта включает следующие этапы: идентификация товарных позиций, соответствующих указанному МНН; предоставление сведений о наличии ассортиментных позиций и их ценовых характеристиках; разъяснение предписанной врачом терапевтической схемы.

2. Отсутствие рецепта: Оценка частоты проявления изжоги и/или регургитации. При частоте ≥ 1 раза в неделю – рекомендация обращения к врачу. Скрининг на наличие «симптомов тревоги» с последующим экстренным направлением к специалисту при их выявлении.

3. В случае отсутствия так называемых «тревожных симптомов» фармацевтический специалист осуществляет сбор дополнительной информации, формулирует рекомендации по применению безрецептурных ЛП, рассказывает о необходимости соблюдения диеты и коррекции образа жизни, длительности терапевтического курса и его ограничения, возможных проявлениях побочных эффектов, а также о правилах хранения ЛП.

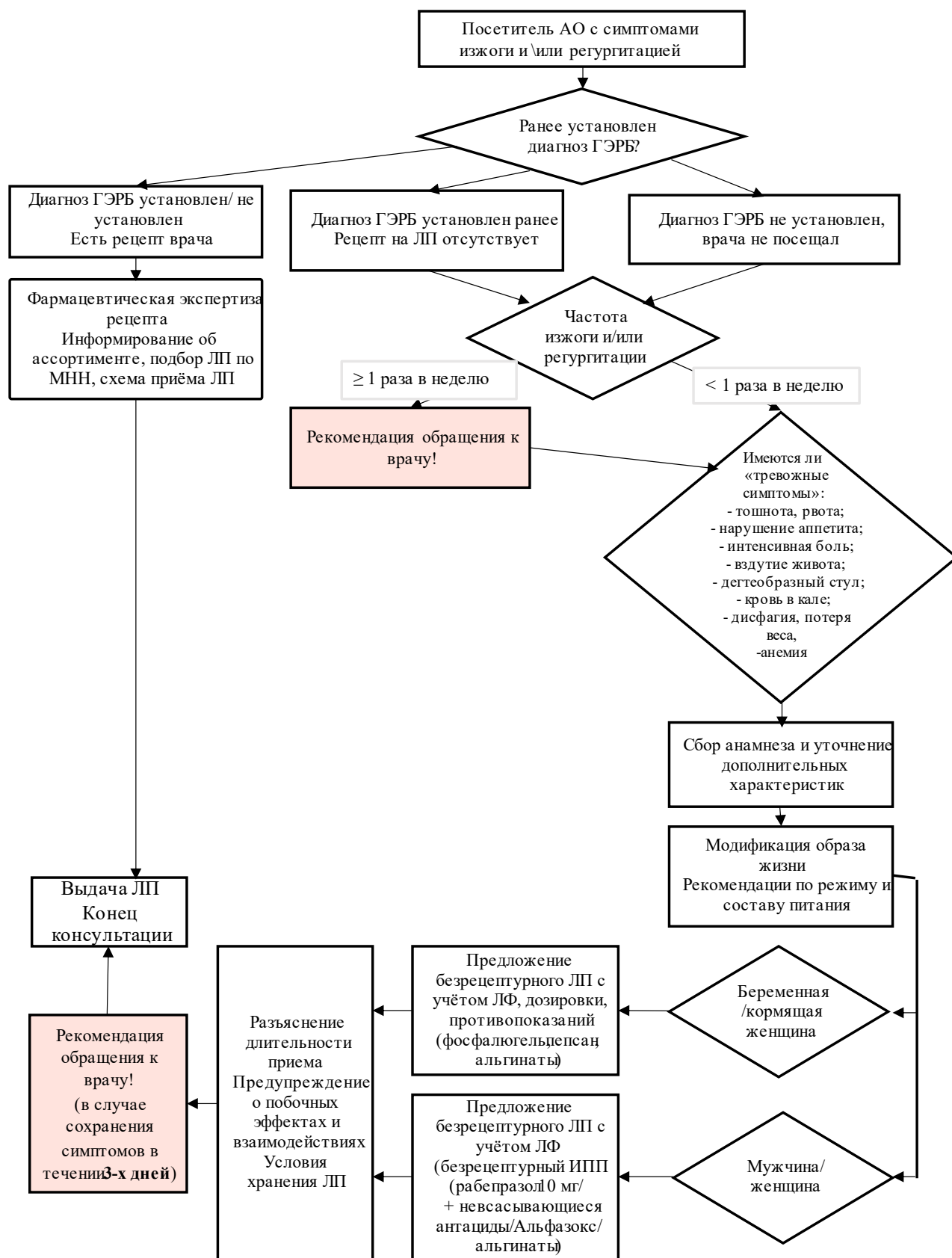


Рисунок 21 – Алгоритм фармацевтического информирования при безрецептурном отпуске препаратов для лечения основных симптомов ГЭРБ

Источник: составлено автором

Фармакотерапия играет ключевую роль в устранении изжоги и/или регургитации, но современные клинические рекомендации подтверждают приоритет и немедикаментозных методов, которые необходимо расценивать как первоначальным элемент лечения. Максимальная эффективность терапии достигается только при комбинировании целенаправленных немедикаментозных мер с обоснованным и рациональным приемом ЛП. Персонафикация подходов, основанная на выявлении специфических триггеров у конкретного пациента, выступает залогом терапевтического успеха. Реализация представленного алгоритма направлена на повышение уровня ФП населению при отпуске безрецептурных препаратов для лечения основных проявлений ГЭРБ и своевременному направлению пациентов за врачебной консультацией при возникновении клинически значимых состояний.

Указанные этапы информирования интегрированы в стандартные операционные процедуры (СОП) аптечного учреждения. Будучи утвержденными руководством организации официальными документами, СОП регламентируют деятельность персонала и подлежат неукоснительному исполнению, что соответствует положениям Приказа Минздрава России № 259н от 29.04.2025, утвердившего GPP. Улучшение информационного сопровождения реализации ЛП позитивно сказывается не только на уровне удовлетворения потребностей пациентов, но также повышает эффективность профессиональной деятельности персонала аптек.

4.2. Разработка цифрового продукта для оказания информационно-консультационной услуги при безрецептурном отпуске препаратов (на примере ГЭРБ)

В настоящее время мессенджеры играют значимую роль в общении между людьми и находят применение в различных сферах. Следует подчеркнуть, что в настоящее время люди значительно чаще обращаются к мобильным телефонам для поиска и просмотра нужной информации, чем к персональным компьютерам. Современная рыночная конъюнктура диктует необходимость внедрения

актуальных информационных технологий как базового условия обеспечения устойчивости фармацевтических компаний. Цифровая трансформация, охватывающая розничное звено отрасли, выступает определяющим фактором сохранения конкурентных преимуществ и долгосрочного развития. Внедрение цифровых решений обеспечивает аптечным сетям существенный прирост операционной эффективности и возможность персонализации сервиса в соответствии с индивидуальными запросами потребителей [98].

Реализуя этапы исследования, был последовательно создан графический алгоритм и СОП для информирования при изжоге и/или регургитации, а затем трансформировали их в цифровой инструмент. Результатом стала программа дистанционного ФИ - чат- бот «СтопИзжоге». Чат-бот определяется как программный агент-собеседник, интегрированный в среду мессенджера, который осуществляет диалоговое взаимодействие с пользователем посредством текстовых сообщений. Обладая способностью как реагировать на входящие запросы, так и инициировать коммуникацию в соответствии с заложенным сценарием, чат-бот выступает всё более значимым инструментом виртуального взаимодействия в системе оказания ФП [19]. В рамках настоящего исследования разработанный чат-бот «СтопИзжоге» ориентирован на предоставление пользователям специализированного функционала по поиску и подбору ЛП для симптоматической терапии основных проявлений ГЭРБ - изжоги и регургитации. Его применение обеспечивает автоматизацию и цифровизацию фармацевтического информирования, стандартизацию предоставляемой информации и повышение общего качества обслуживания пациентов с данной нозологией.

Для обеспечения структурированного и логически непротиворечивого взаимодействия с пользователем была разработана логическая диаграмма построения чат-бота (Рисунок 22).

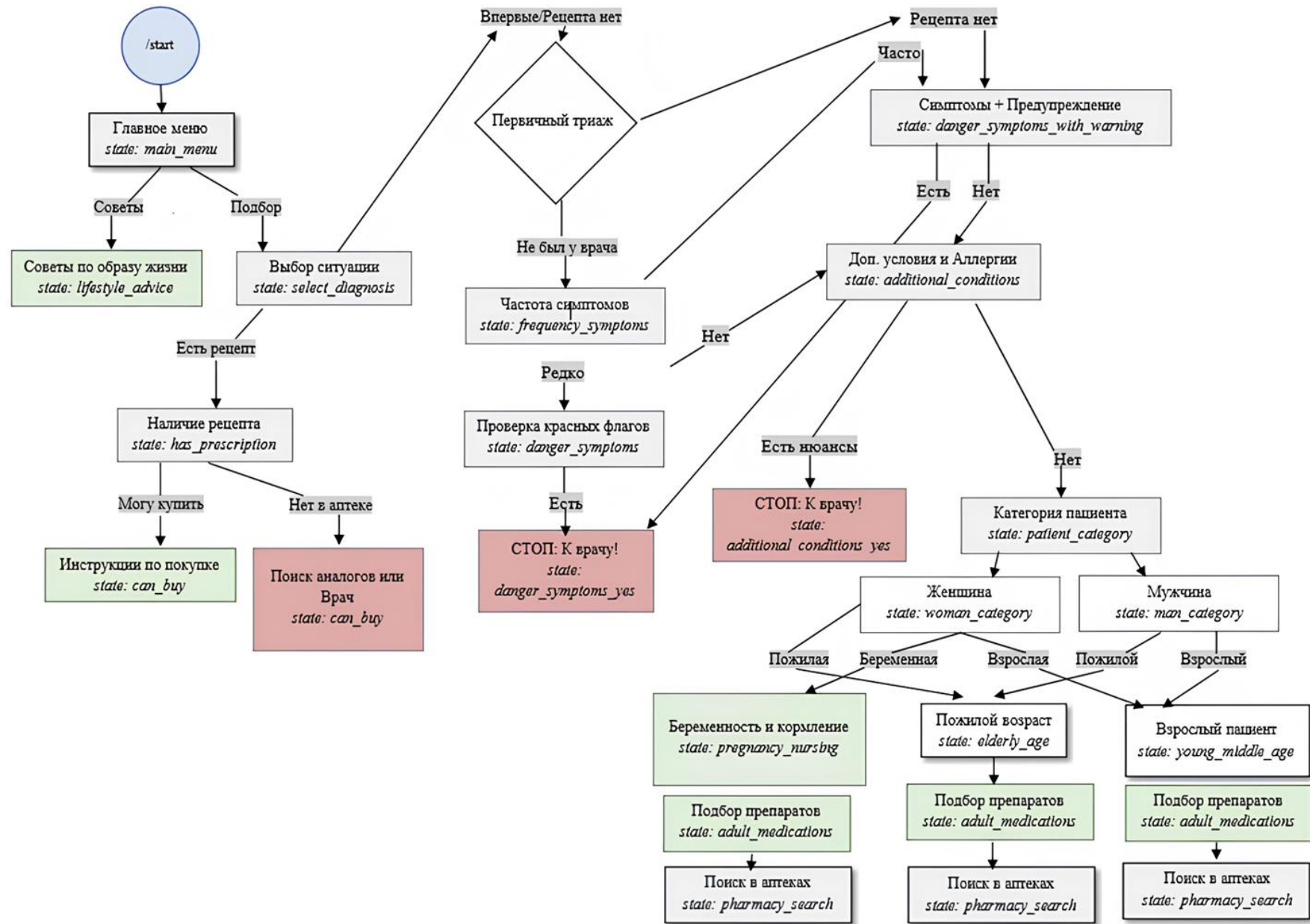


Рисунок 22 – Логическая диаграмма построения чат-бота

Источник: составлено автором

Данная конструкция описывает логику работы бота, предназначенного для помощи пользователям в решении вопросов, связанных с основными симптомами ГЭРБ и выбором ЛП. Бот функционирует как интерактивный виртуальный помощник, направляющий пользователя через совокупность взаимосвязанных состояний (стейтов), начиная с инициализации диалога в главном меню и завершая предоставлением персонализированных рекомендаций или инструкций к действию.

Запуск чат-бота командой `/start` активирует интерфейс, реализующий алгоритм ФИ, включающий: сбор анамнестических данных, формирование индивидуализированной рекомендации по безрецептурной терапии, а также информирование о необходимых изменениях образа жизни и диеты, длительности терапевтического курса и профиля безопасности ЛС (Рисунок 23).

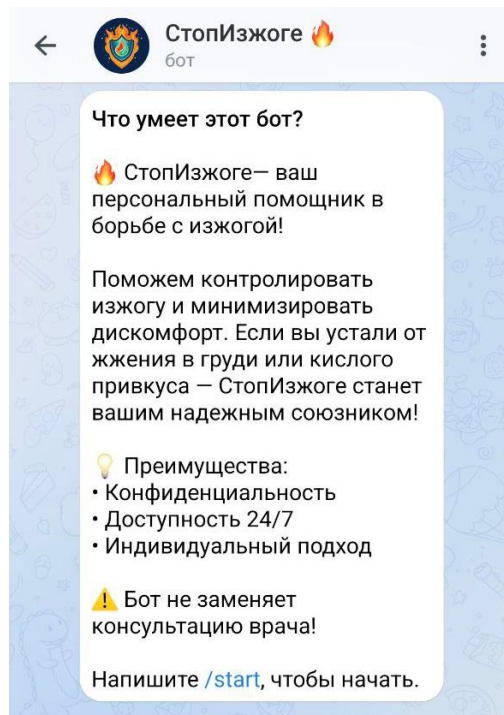


Рисунок 23 – Интерфейс чат-бота «СтопИзжоге» и выполнение команды start

Источник: составлено автором

Учитывая, что клинические рекомендации при основных симптомах ГЭРБ отводят значимую роль немедикаментозным интервенциям (коррекции образа жизни, диетотерапии), настоящая программа предусматривает инструменты для ФИ пациентов именно по этим аспектам терапии.

В случае наличия у пользователя рецепта от врача, алгоритм инициирует поиск ЛП по указанному МНН через интеграцию с региональной информационно-аналитической системой (Справочная служба 003 РТ). Данная платформа обеспечивает верификацию наличия соответствующих препаратов в АО в пределах муниципального образования. Автоматизированная обработка запроса позволяет сгенерировать перечень точек доступности с актуальными данными о товарных остатках. Оптимизация данного этапа минимизирует временные затраты конечного потребителя на поиск рецептурного препарата (Рисунок 24).

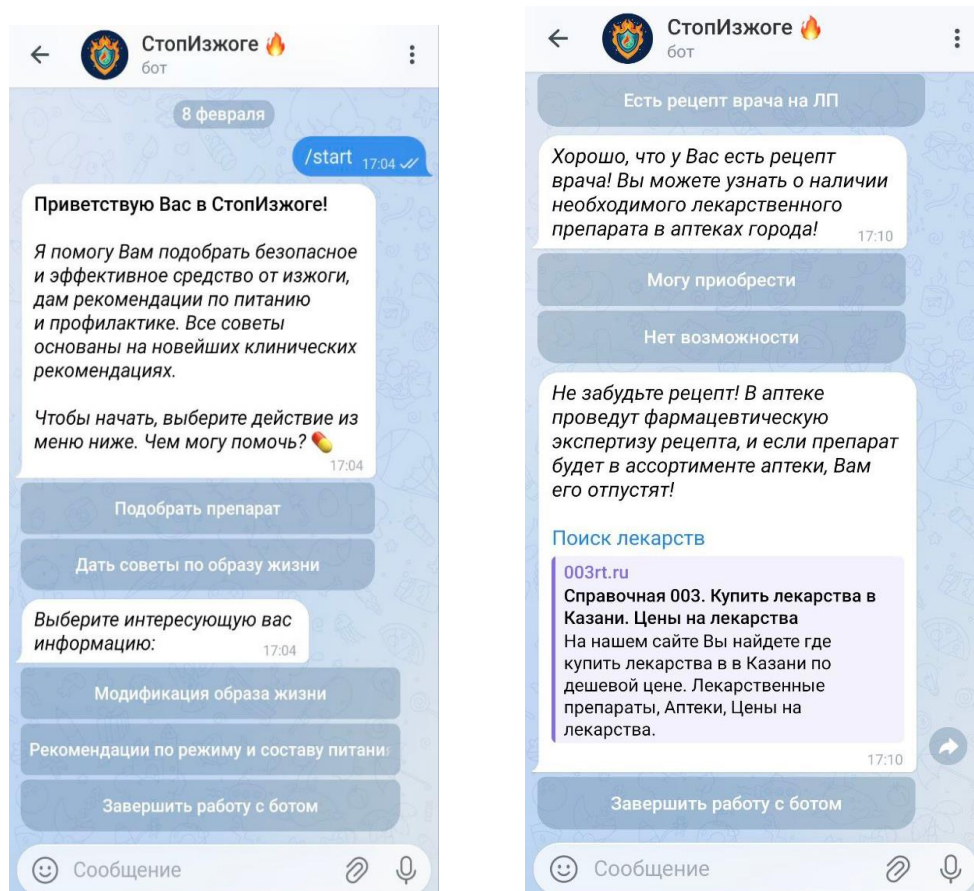


Рисунок 24 – Вывод списка категорий и алгоритм действий при рецептурном отпуске лекарственных препаратов

Источник: составлено автором

Функциональные возможности интерфейса чат-бота, разработанные в соответствии с консультативным алгоритмом, включают систему структурированных уточняющих вопросов, направленных на выявление анамнестических особенностей и оптимизацию подбора безрецептурных

препаратов для купирования симптомов ГЭРБ при первичном обращении (Рисунок 25).

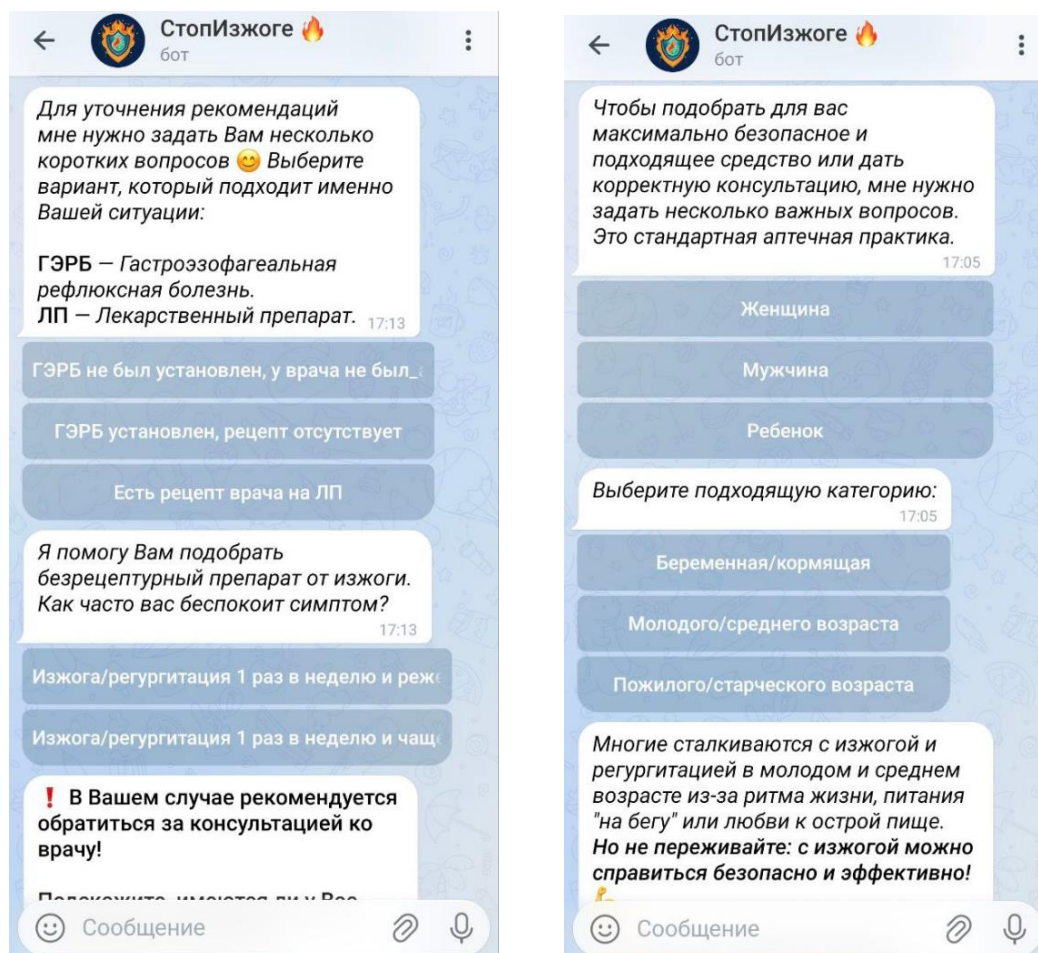


Рисунок 25 – Сбор анамнеза

Источник: составлено автором

В качестве финального сегмента автоматизированного информирования выступает интеграция с системой мониторинга ассортимента (на базе сервиса 003 PT), обеспечивающая отображение актуальной информации о доступности рекомендованных ЛП в АО. Последующее завершение сеанса коммуникации реализуется согласно установленным протоколам взаимодействия (Рисунок 26).



Рисунок 26 – Рекомендация лекарственных препаратов в случае отсутствия рецепта врача

Источник: составлено автором

Интеграция чат-бота в повседневную фармацевтическую практику представляет собой стратегически значимое направление цифровой трансформации отрасли, открывающее новые возможности для комплексного совершенствования системы оказания ФП. Реализация данной автоматизированной системы обеспечивает ряд существенных преимуществ:

1. Автоматизация рутинных запросов: Чат-бот принимает на себя первичную консультационную нагрузку, осуществляя обработку типовых обращений и снижая степень вовлеченности фармацевтического персонала в решение стандартных задач. Это создает условия для перераспределения временных ресурсов специалистов в пользу более сложных профессиональных функций. Высокая скорость реагирования системы, в свою очередь, выступает

фактором, непосредственно повышающим удовлетворенность потребителей оперативностью сервисного обслуживания.

2. Оперативность информирования: обеспечивается мгновенная реакция на запросы пользователей, что критически повышает оперативность получения консультационной поддержки.

3. Система предоставляет пользователям структурированный и безопасный механизм для поиска необходимых ЛП и получения информации.

4. Программа представляет собой инновационный путь развития ФП, интегрированный в популярную цифровую среду, что обеспечивает широкую доступность услуги для населения.

4.3 Оценка удовлетворенности потребителей лекарственных препаратов контентом фармацевтического информирования

В целях повышения эффективности ФИ, обеспечивающего максимальное удовлетворение персонифицированных запросов потребителей с изжогой, было признано целесообразным провести оценку удовлетворенности потребителей контентом нашего ФИ. Для достижения сформулированной цели разработана методика, в качестве основного инструмента исследования в которой положена методика SERVQUAL (аббревиатура от Service Qualit) (Рисунок 27).

Оценка качества ФП формируется в процессе сопоставления пациентом предварительных ожиданий относительно сервиса с его непосредственным восприятием в момент и после получения услуги (Рисунок 25). Данный процесс включает два ключевых измерения [32]: 1) технический аспект, отражающий содержание и результат оказанной помощи (что именно получено пациентом); 2) функциональный аспект, характеризующий процессуальные особенности предоставления услуги (каким образом осуществлялось обслуживание).

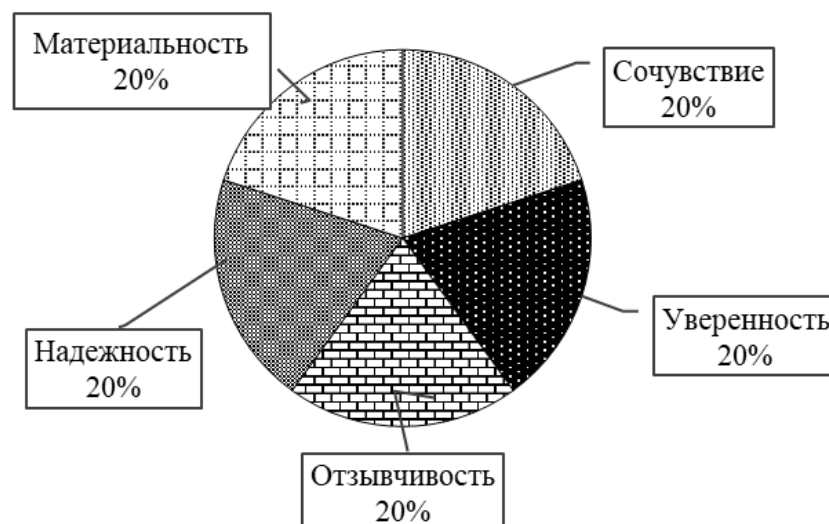


Рисунок 27 – Определение составляющих индекса качества помощи – SQI

Источник: составлено автором

По результатам проведенного анкетирования были рассчитаны средние арифметические значения ожиданий и восприятия для каждого из исследуемых подкритериев. Коэффициент качества по каждому подкритерию определялся как разность между рейтингами восприятия и ожидания. Интегральные значения по каждому из пяти критериев качества вычислялись аналогичным образом — как разность между усредненными оценками восприятия и ожидания для всех подкритериев, входящих в соответствующий критерий.

После проведения социологического опроса и обработки анкет со значениями ожидания, и восприятия пациентов с применением общепринятых в социологических исследованиях подходов получены числовые значения по 22 пунктам анкеты, сгруппированным в пять критериев оценки качества ФИ.

Средние значения ожидания и восприятия по подкритериям М1-М4 составили соответственно 4,32 и 4,12. Индекс качества данной группы подкритериев имеет отрицательный -0.20 (Таблица 14). Полученные отрицательные значения индекса качества (Gap) по всем составляющим критерия «Материальность» отмечают его приоритетной зоной развития АО. При относительно неплохой абсолютной оценке восприятия (4.03- 4.25) фактические

результаты не дотягивают до ожидания потребителей (4.20- 4.40), что требует своевременной коррекции.

Таблица 14 – Значения показателя «Материальность»

Подкритерий	Код	Среднее ожидание Е	Среднее восприятие (Р)	Разрыв (Р – Е)
Современное оборудование	М1	4.35	4.13	-0.22
Наличие необходимых препаратов	М2	4.40	4.25	-0.15
Оформление ответов	М3	4.33	4.08	-0.25
Комфорт и понятные материалы	М4	4.20	4.03	-0.18
Итоговый коэффициент		4.32	4.12	-0.20

Источник: составлено автором

Значения показателя «Надежность», с рейтингами ожидания и восприятия по подкритериям Н5- Н9 составляют 3,92 и 4,19. Устойчивое положительное отклонение значений (+0.27) по всем критериям показателя «Надежность» дает основание квалифицировать исследуемый признак как конкурентное преимущество (Таблица 15).

Таблица 15 – Значения показателя «Надежность»

Подкритерий	Код	Среднее ожидание Е	Среднее восприятие (Р)	Разрыв (Р – Е)
Точность информации о препаратах	Н5	4.05	4.38	+0.33
Корректное описание применения	Н6	4.10	4.33	+0.23
Объяснение побочных эффектов	Н7	3.95	4.25	+0.30
Соответствие консультации ожиданиям	Н8	3.88	4.15	+0.27
Предложение альтернативных методов лечения	Н9	3.60	3.85	+0.25
Итоговый коэффициент		3.92	4.19	+0.27

Источник: составлено автором

Полученные результаты подтверждают эффективность разработанного алгоритма ФИ, который существенно превышает ожидания потребителей.

Сравнительный анализ ожидаемых и воспринятых значений по всем подкритериям по показателю «Отзывчивость» равны 3,97 и 4,22. Индекс качества, фиксирующий положительную величину (+0,25), является подтверждением превышения фактического уровня над ожидаемым (Таблица 16)

Таблица 16 – Значения показателя «Отзывчивость»

Подкритерий	Код	Среднее ожидание Е	Среднее восприятие (Р)	Разрыв (Р – Е)
Компетентность персонала	O10	3.93	4.18	+0.25
Оперативность консультаций	O11	3.95	4.20	+0.25
Готовность помочь	O12	4.03	4.28	+0.25
Реакция на «тревожные симптомы»	O13	3.98	4.23	+0.25
Итоговый коэффициент		3.97	4.22	+0.25

Источник: составлено автором

Полученные данные, положительные значения которых служат маркером эффективности, демонстрируют результативность внедрения разработанного алгоритма ФИ и СОП с ориентацией на посетителя АО.

По частному показателю «Уверенность» (У14-У17) зафиксировано превышение фактических оценок над ожидаемыми: 4,21 и 4,00 и величина позитивного разрыва составляет +0,21 (Таблица 17). Результат подтверждает формирование устойчивого доверия посетителей с изжогой и/или регургитацией к профессиональным навыкам фармацевтических специалистов.

Таблица 17 - Значения показателя «Уверенность»

Подкритерий	Код	Среднее ожидание Е	Среднее восприятие (Р)	Разрыв (Р – Е)
Профессионализм	У14	4.10	4.30	+0.20
Соответствие клиническим рекомендациям	У15	4.08	4.28	+0.20
Вежливость	У16	4.05	4.25	+0.20
Поддержка	У17	3.75	4.00	+0.25
Итоговый коэффициент		4.00	4.21	+0.21

Источник: составлено автором

Сравнительный анализ ожидаемых и воспринятых значений по всем подкритериям по показателю «Сочувствие» зафиксировал превышение воспринимаемых оценок над ожидаемыми (3,86 и 4.08 соответственно) и индекс качества зафиксировал положительную величину (+0,22),

Таблица 18 – Значения показателя «Сочувствие»

Подкритерий	Код	Среднее ожидание Е	Среднее восприятие (Р)	Разрыв (Р – Е)
Персонализация консультации	С18	3.80	4.05	+0.25

Учет предпочтений	C19	3.75	4.00	+0.25
Рекомендации для долгосрочного улучшения	C20	3.93	4.15	+0.22
Уточняющие вопросы	C21	3.73	3.98	+0.25
Удобство времени работы	C22	4.10	4.20	+0.10
Итоговый коэффициент		3.86	4.08	+0.22

Источник: составлено автором

Для одиннадцати подкритериев (M1–M4, H5–H8, Y15–Y17) установлено соотношение Восприятие > Ожидание. Интерпретация подкритериев осуществляется с применением результативно-ориентированного подхода, основанного на оценке их значимости (Рисунок 28).

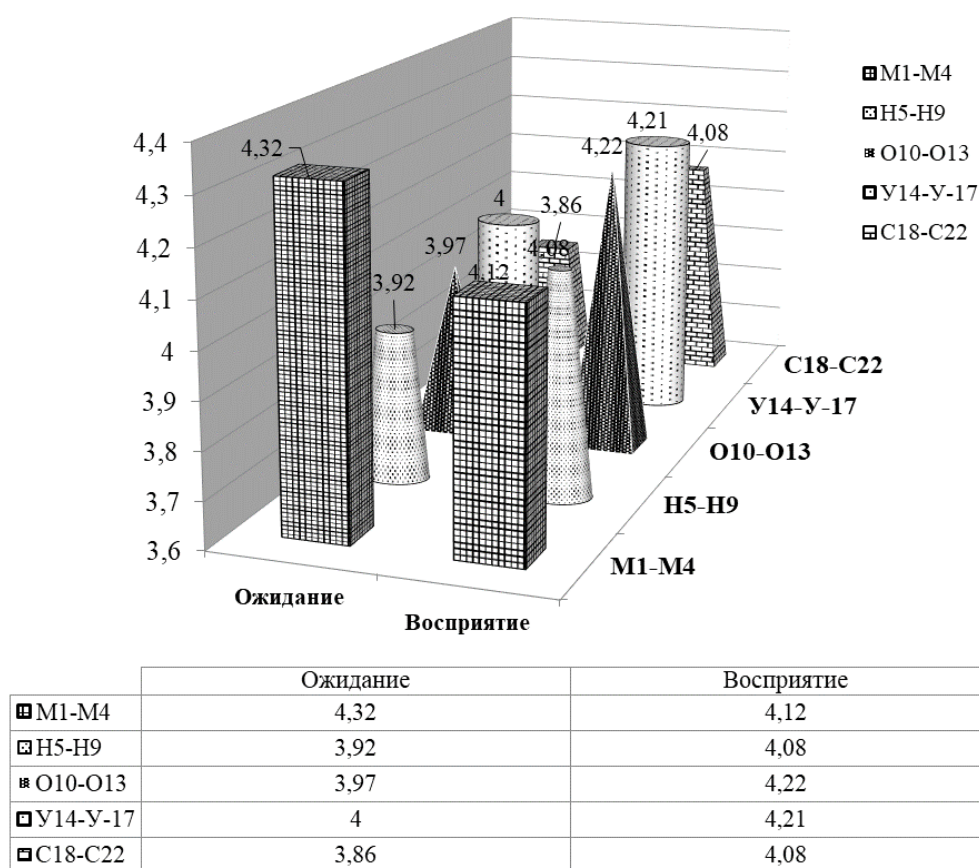


Рисунок 28 – Сводная информация о рейтинге Ожидание и Восприятие для случая оказания фармацевтического информирования в аптечных организациях

Источник: составлено автором

На основании разработанных методических подходов к ЦФИ пациентов с хроническими заболеваниями (на примере ГЭРБ) был сформирован комплекс взаимодополняющих предложений, направленных на трансформацию парадигмы

безрецептурного отпуска ЛП для лечения хронических заболеваний (на примере ГЭРБ) посредством внедрения методов и цифровых форматов работы на платформах современных мессенджеров.

Учебно-методическое пособие «Фармацевтическое консультирование при безрецептурном отпуске ЛП для лечения основных симптомов ГЭРБ» представляет собой научно-обоснованный инструментарий, нацеленный на оптимизацию образовательного процесса и совершенствование профессиональной подготовки фармацевтических кадров в сегменте безрецептурного отпуска ЛС. Его структура объединяет теоретический материал фундаментального характера, практико-ориентированные ситуационные задачи и унифицированные алгоритмы ФИ. Такое построение обеспечивает систематизацию знаний и формирование устойчивых навыков структурированной коммуникации с пациентами в условиях АО. Внедрение разработки в образовательную практику верифицировано ее использованием в учебном процессе на кафедре фармации Института фундаментальной медицины и биологии ФГАОУ ВО Казанского (Приволжского) федерального университета, а также в ФГБОУ ВО «СамГМУ» и ФГБОУ ВО «ИГМУ» Минздрава России. Применение данного пособия позволяет обогатить содержание учебных программ и значимо повысить уровень подготовки фармацевтических кадров в соответствии с современными требованиями системы здравоохранения.

Стандартная операционная процедура (СОП) «Порядок фармацевтического информирования посетителей аптеки при выборе безрецептурных ЛП для лечения изжоги» представляет собой формализованный алгоритм действий фармацевтического специалиста, направленный на стандартизацию и повышение качества консультативной помощи в АО. Документ детально описывает этапы диалога, критерии оценки симптомов, принципы выбора и рекомендации по применению ЛС, а также правила информирования о тревожных симптомах, требующих обращения к врачу. Данный стандарт внедрён в практическую деятельность розничных фармацевтических организаций: аптечная сеть «Саулык» (г. Казань), аптечная сеть «Мир Лекарств» (г. Елабуга) и аптечная сеть ООО «ПТП»

«Аптека №301» (г. Казань) в РТ, что способствует обеспечению единого высокого стандарта обслуживания и повышению безопасности использования безрецептурных препаратов для лечения основных симптомов ГЭРБ.

Программный продукт «СтопИзжоге» (язык программирования Python) представляет собой чат-бота, предназначенного для поддержки, автоматизации и масштабирования ключевых элементов процесса ФИ. Функционал чат-бота позволяет конечному пользователю в режиме реального времени провести предварительную структурированную оценку основных симптомов ГЭРБ, получить на основе заданного алгоритма персонализированные базовые рекомендации по выбору безрецептурных средств, а также актуализированную информацию о показаниях для обязательной консультации с врачом. Внедрение разработанного программного продукта чат-бота «СтопИзжоге» в аптечные сети «Саулык», «Мир лекарств», «Аптека №301» г. Казани решает важнейшие задачи. Цифровой инструмент, применяемый в повседневной фармацевтической деятельности, способствует оптимизации рутинных рабочих процессов, росту эффективности и повышению доступности ФП.

Комплексный подход, включающий образовательный, технологический и процедурно-регламентирующий компоненты, способствует улучшению доступности и безопасности ФИ при отпуске безрецептурных ЛП для лечения хронических заболеваний, что соответствует приоритетам развития фармацевтической отрасли.

Результатом научного исследования стала разработка концепции совершенствования ФИ пациентов с хроническими заболеваниями с использованием инструментов цифровой среды (цифрового ФИ) (Рисунок 29).

Концепция базируется на системном подходе к взаимодействию при отпуске безрецептурных ЛП и адаптирована к современным реалиям использования мессенджеров для цифрового ФИ. Основными составляющими концепции выступают: своевременное лекарственное обеспечение, персонализированный подход к посетителям АО, постоянная доступность цифрового сервиса, а также

оптимизация ассортиментных портфелей для лечения хронических заболеваний.

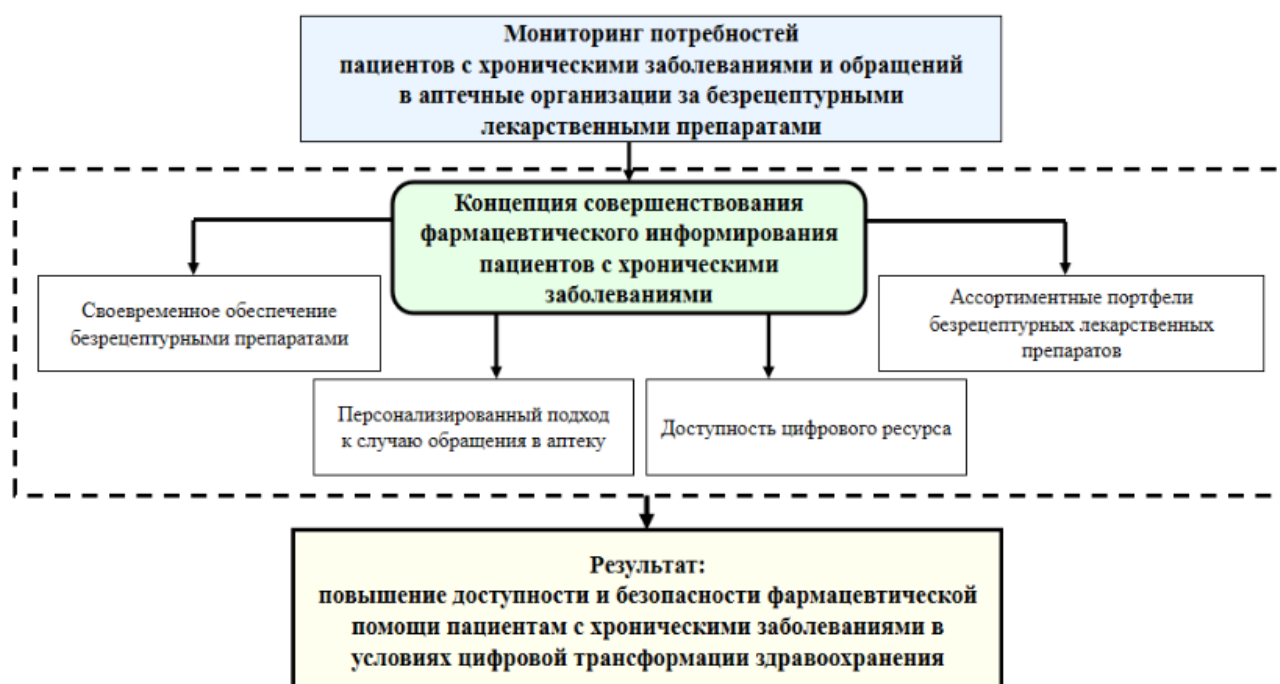


Рисунок 29 – Концепция совершенствования фармацевтического информирования пациентов с хроническими заболеваниями с использованием инструментов цифровой среды

Источник: составлено автором

Заключение по 4 главе

Проведенное исследование показывает, что комплексный подход к организации ФИ при активном использовании цифровых технологий выступает ключевым фактором повышения доступности и безопасности ФП.

1) На основе результатов проведенных исследований разработан алгоритм ФИ. Ключевой особенностью алгоритма является интеграция обязательного скрининга «тревожных» и оценки частоты проявлений, что позволяет не только рекомендовать безрецептурные препараты, но и своевременно направлять пациента к врачу, выполняя важную фильтрующую функцию первичного звена. Алгоритм подчеркивает приоритет немедикаментозных методов (коррекция образа жизни и диеты) как основы базисной терапии, о чем специалист обязан информировать посетителя.

2) Разработанный алгоритм информирования был трансформирован в программный продукт на базе мессенджера. Составленная логическая диаграмма бота указывает на многоэтапность процесса информирования: первичный триаж, сбор анамнеза, персонализированные рекомендации по безрецептурным препаратам и образу жизни. Интеграция разработанного цифрового продукта с региональной информационно-аналитической системой (справочная служба 003) позволяет пользователю не только получить рекомендацию, но и мгновенно проверить наличие препарата в аптеках города.

3) Проведённая оценка удовлетворённости с использованием методологии SERVQUAL определила как зоны для развития, так и конкурентные преимущества ФИ. Превышение восприятия над ожиданиями зафиксировано по критериям «Надёжность» (+0,27), «Отзывчивость» (+0,25), «Уверенность» (+0,21) и «Сочувствие» (+0,22), что подтверждает высокий уровень профессиональных и коммуникативных компетенций персонала, работающего по предложенному алгоритму. Данные компетенции становятся определяющим фактором потребительской лояльности. Особую ценность представляют высокие оценки персонализации консультаций (С18, С19) и разъяснения побочных эффектов (Н7).

4) Результатом работы стало создание взаимосвязанной триады инструментов, обеспечивающих комплексное решение проблемы оптимизации ФИ. Образовательный компонент представлен учебно-методическим пособием, направленным на подготовку и повышение квалификации фармацевтических кадров. Регуляторный компонент реализован в виде СОП, которая формализует разработанный алгоритм информирования и внедрена в практическую деятельность аптечных сетей. Технологический компонент воплощён в цифровом чат-боте «СтопИзжоге». Совокупное применение этих трёх компонентов обеспечивает непрерывный цикл повышения качества ФП: от подготовки компетентных кадров и регламентации их действий до цифровой поддержки и обратной связи от потребителей.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

1. Изучение и обобщение литературных данных о проблемах ФИ указывают на отсутствие стандартов информационного взаимодействия при безрецептурном отпуске ЛП для лечения хронических заболеваний. Научно обоснованным решением проблемы является разработка методических подходов к ФИ, реализуемых с использованием инструментов цифровой среды для совершенствования ФИ пациентам с хроническими заболеваниями.

2. Разработаны программа исследования, состоящая из четырех этапов: 1) выбор направления и предмета исследования; 2) обоснование методологии исследования; 3) предпроектные исследования безрецептурного отпуска ЛП для лечения хронических заболеваний (на примере ГЭРБ); 4) разработка концепции совершенствования ФИ пациентов с хроническими заболеваниями с использованием инструментов цифровой среды, и методические подходы, представляющие собой последовательный цикл: от анализа проблем и фундаментального изучения заболевания и рынка, через исследование практики и мнений – к разработке стандартизированных решений и оценке их эффективности через удовлетворенность конечного потребителя – пациента аптеки.

3. На основе комплексных маркетинговых исследований сформирован рациональный ассортиментный портфель безрецептурных ЛП для лечения основных симптомов ГЭРБ. В ходе исследования получены макро и мезоконтурные ассортимента изучаемой группы, согласно которым структура ассортимента на федеральном и региональном уровнях характеризуется доминированием невсасывающихся антацидов (45,91% и 55,26% соответственно) и преобладанием твердых лекарственных форм (64,3% на федеральном и 66,6% на региональном уровнях) в виде таблеток (48,9% на федеральном уровне и 58,53% на региональном). Выявлена диспропорция по происхождению: доля отечественных производителей на федеральном уровне составляет 76,8%, на региональном снижается до 51,21%, импорт представлен в основном Великобританией (11,38%), Болгарией (8,94%) и Словенией (6,5%). Ценовой анализ показал, что 54,36% федерального и 79,68% регионального ассортимента приходится на диапазон 50–

500 руб. Индекс Херфиндаля-Хиршмана подтвердил высококонкурентный характер рынка ($HHI = 1406$ и 1230 на федеральном и региональном уровнях соответственно), что ниже порога 1500 пунктов и указывает на низкую концентрацию и благоприятные условия для конкуренции.

4. Результаты социологических исследований обосновывают необходимость совершенствования ФИ и внедрения цифровых инструментов. Установлено, 82,7% фармацевтических работников часто сталкиваются с первичными обращениями пациентов с изжогой. Составлен портрет типичного потребителя: лицо молодого возраста (20–25 лет – 37,9%), преимущественно женского пола, с непродолжительным анамнезом симптомов (менее 3 месяцев – 55,3%). Ключевой особенностью потребительского поведения является доминирование самостоятельного выбора безрецептурных ЛП: 53,8% респондентов практикуют самостоятельное купирование симптомов, причем для 33,9% первичным шагом становится обращение в аптеку без предварительного визита к врачу. Выявлены закономерные различия в подходах специалистов: рекомендации фармацевтических работников сконцентрированы на купировании симптомов, врачебная тактика направлена на патогенетическую терапию и долгосрочный контроль.

5. Разработан алгоритм ФИ при безрецептурном отпуске препаратов для лечения основных симптомов ГЭРБ, включающий скрининг «тревожных симптомов», оценку частоты проявлений симптомов, персонализированный подход, а также рекомендации по коррекции пищевого поведения и элиминацию провоцирующих факторов с обоснованным применением безрецептурных ЛП.

6. Предложена и реализована цифровая трансформация разработанного алгоритма ФИ путем создания чат-бота «СтопИзжоге». Архитектура бота спроектирована как двусторонняя: предоставляя пациентам с изжогой и/или регургитацией круглосуточный доступ к персонализированным рекомендациям по выбору безрецептурных препаратов и информации о необходимости врачебной консультации, и выступая в роли интеллектуального помощника для фармацевтического специалиста в АО. Интеграция с региональной справочной

службой 003 позволяет в реальном времени проверять наличие рекомендованных препаратов в аптеках города.

7. Оценка удовлетворённости потребителей качеством ФИ, проведённая с использованием оцифрованного алгоритма по методике SERVQUAL, подтвердила эффективность разработанных подходов. Зафиксировано устойчивое превышение восприятия над ожиданием по ключевым критериям: «Надёжность» (+0,27), «Отзывчивость» (+0,25), «Уверенность» (+0,21) и «Сочувствие» (+0,22), что свидетельствует о результативности внедрения разработанного программного продукта.

8. Разработана концепция совершенствования ФИ пациентов с хроническими заболеваниями с использованием инструментов цифровой среды (цифрового ФИ), которая базируется на системном подходе к взаимодействию между фармацевтическими специалистами и посетителями аптек при отпуске безрецептурных ЛП на платформах современных мессенджеров.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Андреев, Д.Н. Распространенность гастроэзофагеальной рефлюксной болезни в России: метаанализ популяционных исследований / Д.Н.Андреев [и др.] // Терапевтический архив. — 2024. — Т. 96, № 8. — С. 751-756. — DOI: 10.26442/00403660.2024.08.202807.
2. Антропова, Г.А. Необходимость проведения фармацевтического консультирования в системе обращения лекарственных средств / Г.А.Антропова, Т.И.Оконенко, Л.Г.Прошина // Вестник Новгородского государственного университета. — 2022. — № 1(126). — С. 75-80. — DOI: 10.34680/20768052.2022.1(126).75-80.
3. Антропова, Г.А. Фармацевтическое образование: использование цифровых технологий для проведения фармацевтического консультирования в аптечной организации / Г.А.Антропова, О.Д.Немятых, Т.И.Оконенко [и др.] // Биофармацевтический журнал. — 2022. — Т. 14, № 5. — С. 47-54.
4. Афанасьева, Т.Г. Разработка методических основ управления бизнес-процессами в аптечном сегменте фармацевтического рынка (на примере лекарственных растительных препаратов) : дис. ... канд. фармац. наук: 14.04.03 / Афанасьева Татьяна Геннадьевна. — Москва, 2014. — 340 с.
5. Байбакова, М.К. Пациент с симптомами себорейного дерматита в аптеке: совершенствование алгоритмов фармацевтического консультирования / М.К.Байбакова, З.Н.Батырова, Т.А.Бредихина [и др.] // Актуальные вопросы современной фармации : сб. тр. III межрегион. науч.-практ. конф., Воронеж, 05-06 июня 2024 г. — Воронеж: Воронежский гос. мед. ун-т им. Н.Н.Бурденко, 2024. — С. 15-18.
6. БАЙЕР Барометр: Россияне о качестве жизни, 2016 [Электронный ресурс] / Байер. — Россия, Москва, 2016. — URL: https://www.bayer.ru/sites/bayer_ru/files/BayerBarometr_samolechenie.pdf (дата обращения: 11.09.2022).
7. Бондаренко, А.Г. Социологическое исследование: методика опроса / А.Г.Бондаренко. — 2006. — 45 с.

8. Бордин, Д.С. «Кислотный карман» как патогенетическая основа и терапевтическая мишень при гастроэзофагальной рефлюксной болезни / Д.С.Бордин // Терапевтический архив. — 2014. — Т. 86, № 2. — С. 76-81.
9. Бордин, Д.С. Многоцентровое исследование распространенности симптомов гастроэзофагеальной рефлюксной болезни у пациентов поликлиник в России / Д.С.Бордин [и др.] // Терапевтический архив. — 2022. — Т. 94, № 1. — С. 48-56. — DOI: 10.26442/00403660.2022.01.201322.
10. Валиева, Е.М. Разработка подходов к оптимизации обеспечения детей фармацевтическими средствами, содержащими пробиотики : автореф. дис. ... канд. фармацев. наук : 15.00.01 / Валиева Екатерина Михайловна. — Пермь, 2012. — 23 с.
11. Всемирная организация здравоохранения. Содействие рациональному использованию лекарственных средств: ключевые моменты. Перспективы политики ВОЗ в области лекарственных препаратов. — Женева, 2002. — С. 6.
12. Геллер, Л.Н. Информационные технологии в сфере обращения лекарств / Л.Н.Геллер // Фармация. — 2006. — № 1. — С. 28-32.
13. Геллер, Л.Н. Маркетинговая стратегия организации фармацевтической помощи пациентам с хроническим панкреатитом на госпитальном этапе (сообщение 2) / Л.Н.Геллер [и др.] // Байкальский медицинский журнал. — 2015. — Т. 137, № 6. — С. 100-104.
14. Геллер, Л.Н. Фармацевтическая помощь: обоснование и определение. Организация фармацевтической помощи пациентам с хроническим панкреатитом на госпитальном этапе (сообщение 1) / Л.Н.Геллер, О.А.Черкашина, Л.В.Охремчук // Байкальский медицинский журнал. — 2015. — Т. 136, № 5. — С. 94-98.
15. Глембоцкая, Г.Т. Концепция фармацевтической помощи: реалии и перспективы / Г.Т.Глембоцкая, А.Р.Маскаева // Новая аптека. — 2011. — Т. 5. — С. 11-14.
16. Глембоцкая, Г.Т. Методические аспекты разработки технико-экономического обоснования вывода нового лекарственного препарата на рынок / Г.Т.Глембоцкая, Д.В.Григораш, Н.В.Сафонова // Вестник Смоленской государственной медицинской академии. — 2025. — Т. 24, № 1. — С. 173-179.

17. Государственный реестр лекарственных средств [Электронный ресурс]. — URL: <https://grls.minzdrav.gov.ru/GRLS.aspx> (дата обращения:).
18. Григорьева И. А., Егорова С. Н. Фармацевтическое консультирование пожилых людей: методические аспекты и практические рекомендации // Российский журнал гериатрической медицины. — 2025. — № 22. — С. 257-259.
19. Губашева, Х.А. Эффективность проектирования чат-бота с интегрированной нейросетью на одном из известных языков программирования Python / Х.А.Губашева, Л.М.Сунгатуллина, Л.В.Ахметвалеева // Экономика и управление: проблемы, решения. — 2024. — Т. 5, № 5. — С. 200-204. — DOI: 10.36871/ek.ur.p.r.2024.05.05.026.
20. Гурылева, М.Э. Изучение распространенности гастроэзофагеальной рефлюксной болезни в крупном промышленном центре России (на примере г. Казани) / М.Э.Гурылева, Р.А.Абдулхаков, И.Н.Ахунов // Общественное здоровье и здравоохранение. — 2008. — № 2. — С. 11-14.
21. Данилов, А.В. Измерение степени удовлетворенности пациентов при оценке качества оказания услуг в стационаре на основе методики SERVQUAL / А.В.Данилов // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. — 2021. — Т. 29, № 4. — С. 904-908.
22. Джупаров, А.С. Анализ системы фармацевтической помощи населению Новосибирской области / А.С.Джупаров, И.А.Джупарова, Г.Я.Ибрагимова // Journal of Siberian Medical Sciences. — 2022. — Т. 6, № 1. — С. 128-140.
23. Дорофеева, В.В. Использование ГИС-технологий для анализа доступности фармацевтической помощи / В.В.Дорофеева, Р.Г.Аванесова, А.А.Теодорович // Глобальные векторы развития фармацевтического образования, науки и практики в условиях непредсказуемой внешней среды и цифровизации : материалы XI Всерос. межвуз. науч.-практ. конф. (Коломна, 21-23 сент. 2023 г.). — Москва: РУДН, 2023. — С. 56-59.
24. Дрёмова, Н.Б. Медицинское и фармацевтическое товароведение / Н.Б.Дрёмова. — М., 2005. — 230 с.

25. Дремова, Н.Б. Основы фармацевтической помощи в здравоохранении: монография / Н.Б.Дремова, А.И.Овод, Э.А.Коржавых. — Курск: КГМУ, 2009. — 312 с.
26. Дремова, Н.Б. Фармацевтическая помощь: термин и понятие / Н.Б.Дремова [и др.] // Фармация. — 2005. — № 2. — С. 37-45.
27. Егорова, С.Н. Алгоритм фармконсультирования при диарее / С.Н.Егорова [и др.] // Новая аптека. Аптечный ассортимент. — 2015. — № 7. — С. 57-59.
28. Жаркова, Л.П. Практика самолечения в городах России: результаты многоцентрового описательного исследования «ФарСаР» / Л.П.Жаркова [и др.] // Клиническая фармакология и терапия. — 2016. — Т. 25, № 2. — С. 13-19.
29. Захарова, О.В. Алгоритм фармацевтического консультирования беременных с ОРВИ: изучение актуальности разработки / О.В.Захарова, Я.В.Грибова, А.С.Андрунь // Медико-фармацевтический журнал Пульс. — 2025. — Т. 27, № 7. — С. 128-138.
30. Ивашкин, В.Т. Депрескрайбинг ингибиторов протонной помпы и выбор оптимального препарата данной группы / В.Т.Ивашкин [и др.] // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. — 2020. — Т. 30, № 6. — С. 7-18. — DOI: 10.22416/1382-4376-2020-30-6-7-18.
31. Ивашкин, В.Т. Диагностика и лечение гастроэзофагеальной рефлюксной болезни (Рекомендации...) / В.Т.Ивашкин [и др.] // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. — 2024. — Т. 34, № 5. — С. 111-135. — DOI: 10.22416/1382-4376-2024.34-5-111-135.
32. Израфилова, В.А. Проблемы ответственного самолечения при симптомах аллергии и фармацевтическое консультирования / В.А.Израфилова [и др.] // Фармация и фармакология. — 2020. — Т. 8, № 5. — С. 354-361. — DOI: 10.19163/2307-9266-2020-8-5-354-361.
33. Информационная система Института Показателей и Оценки Здоровья [Электронный ресурс]. — URL: <https://vizhub.healthdata.org/gbdcompare/> (дата обращения:).

34. Исаков, В.А. Анализ распространенности изжоги: национальное эпидемиологическое исследование взрослого городского населения (АРИАДНА) / В.А.Исаков [и др.] // Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. — 2008. — № 1. — С. 20-30.
35. Кабакова, Т.И. Инновации и методологии в исследованиях проблемных вопросов лекарственного обеспечения / Т.И.Кабакова, А.Б.Горячев, Г.С.Баркаев [и др.] // Фармация. — 2024. — Т. 73, № 1. — С. 35-43. — DOI: 10.29296/25419218-2024-01-05.
36. Кабакова, Т.И. Оценка научного вклада ученых-предшественников в формирование и развитие предметной области «лекарственное обеспечение» / Т.И. Кабакова, А.Б. Горячев, Г.С. Баркаев, Э.А. Коржавых // Фармакоэкономика: теория и практика. — 2024. — Т. 12, № 2. — С. 13-20.
37. Капля-Бубенец, В. Ответственное самолечение — осознанный подход к своему здоровью / В.Капля-Бубенец // Ремедиум. — 2018. — № 4. — С. 12-13.
38. Каташина Т.Б., Чесноков П.Е., Данилов А.В. Организация работы по защите прав граждан в системе ОМС на территории Воронежской области. Мат. VII научно-практ. конф. (тематич. вып.ч. I.). Бюллетень Научно-исследовательского института социальной гигиены, экономики и управления здравоохранением им. Н.Н. Семашко, 2002 - С. 83
39. Кимадзе, М.И. Проблемы формирования клиентоориентированной стратегии в онлайн фармацевтической организации / М.И.Кимадзе, С.Ю.Кондратов // Азимут научных исследований: экономика и управление. — 2020. — Т. 9, № 1 (30). — С. 173-177.
40. Кимасова, В.А. Разработка рекомендаций СОП «Фармконсультирования при синдроме лонг-ковид» / В.А.Кимасова // Молодая фармация — потенциал будущего: сб. матер. XIII Всерос. науч. конф. школьников, студентов и аспирантов с междунар. участием, Санкт-Петербург, 01-11 марта 2023 г. — Санкт-Петербург: СПХФУ, 2023. — С. 481-485.
41. Клименкова, А.А. Аспекты разработки стандарта оказания фармацевтических услуг в аптечной организации / А.А.Клименкова, А.А.Скрипко, Е.И.Грибкова //

Инновационные технологии в фармации: матер. Всерос. науч.-практ. конф. с междунар. участием (Иркутск, 7 июня 2024 г.). — Иркутск: Иркут. гос. мед. ун-т, 2024. — С. 138-141.

42. Клименкова, А.А. Фармацевтические услуги: состояние и тенденции развития / А.А.Клименкова [и др.] // Фармация и фармакология. — 2021. — Т. 9, № 1. — С. 32-53. — DOI: 10.19163/2307-9266-2021-9-1-32-53.

43. Коздринь, Р.Р. Методические рекомендации по фармацевтическому консультированию при выборе гепатопротекторных средств / Р.Р.Коздринь, Л.В.Шукиль. — Омск, 2012. — 65 с.

44. Конституция Российской Федерации: принята всенар. голосованием 12 дек. 1993 г. с изм., одобр. в ходе общерос. голосования 1 июля 2020 г. — URL: <http://pravo.gov.ru/proxy/ips/?docbody=&prevDoc=102107442&backlink=1&&nd=102107443> (дата обращения: 05.02.2025).

45. Косова, И.В. Фармацевтическое консультирование: новые функции и полномочия аптечных работников / И.В.Косова, Е.В.Неволина, И.В.Крупнова // Вестник Росздравнадзора. — 2018. — № 4. — С. 44-52.

46. Крапивкина, В.Ю. Фармацевтическое консультирование по выбору гепатопротекторных препаратов безрецептурного отпуска / В.Ю.Крапивкина, Е.А.Сущенко, Е.Н.Махинова, Т.Г.Афанасьева // Актуальные вопросы современной фармации: сб. тр. III межрегион. науч.-практ. конф., Воронеж, 05-06 июня 2024 г. — Воронеж: Воронежский гос. мед. ун-т им. Н.Н.Бурденко, 2024. — С. 64-67.

47. Куликова, О.А. Роль фармацевтического работника в системе рационального применения лекарственных препаратов в целях ответственного самолечения / О.А.Куликова, Л.И.Лаврентьева, О.В.Соколова // Пациентоориентированная медицина и фармация. — 2024. — № 2. — С. 29-34. — DOI: 10.37489/2949-1924-0047.

48. Кулькова, М.В. Разработка и использование информационно-компьютерных технологий для управления лекарственной помощью больным туберкулёзом на региональном уровне (на примере Республики Татарстан): дис. ... канд. фармац. наук: 14.04.03 / Кулькова Мария Владимировна. — Казань, 2011. — 231 с.

49. Лаврентьева, Л.И. Использование средств цифровых коммуникаций в деятельности аптечных организаций / Л.И.Лаврентьева, О.М.Петров // Современная организация лекарственного обеспечения. — 2021. — Т. 8, № 1. — С. 28-29.
50. Лагуткина, Т.П. Роль дисциплин по выбору на младших курсах в формировании профессиональных компетенций провизоров / Т.П.Лагуткина, К.В.Сударенко, Г.А.Галкина, Т.В.Пак // Непрерывное фармацевтическое образование — формирование индивидуальной профессиональной траектории: матер. Всерос. конф. (Петрозаводск, 24-26 апр. 2022 г.). — Петрозаводск: ПетрГУ, 2022. — С. 35-37.
51. Лазебник, Л.Б. Изжога как один из основных критериев гастроэзофагеальной рефлюксной болезни (результаты одного эпидемиологического исследования) / Л.Б.Лазебник, Ю.В.Васильев, И.В.Мананников // Эксперим. и клин. гастроэнтерол. — 2004. — Т. 1. — С. 164-165.
52. Лазебник, Л.Б. Многоцентровое исследование «Эпидемиология гастроэзофагеальной рефлюксной болезни в России» (МЭГРЕ): первые итоги / Л.Б.Лазебник [и др.] // Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. — 2009. — № 6. — С. 4-12.
53. Лоскутова, Е.Е. Развитие цифровых компетенций в процессе обучения и трудовой деятельности специалистов с фармацевтическим образованием / Е.Е.Лоскутова, И.В.Косова, А.И.Смирнов // Глобальные векторы развития фармацевтического образования...: матер. XI Всерос. межвуз. науч.-практ. конф. (Коломна, 21-23 сент. 2023 г.). — Москва: РУДН, 2023. — С. 12-18.
54. Лукина, Ю.В. Проблема приверженности в современной медицине: возможности решения, влияние на результативность терапии и исходы заболевания / Ю.В.Лукина, Н.П.Кутищенко, С.Ю.Марцевич // Рациональная фармакотерапия в кардиологии. — 2017. — Т. 13, № 4. — С. 519-524. — DOI: 10.20996/1819-6446-2017-13-4-519-524.
55. Маев, И.В. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь: факторы риска, современные возможности диагностики и оптимизации лечения / И.В.Маев [и др.]

// Медицинский совет. — 2022. — Т. 16, № 7. — С. 16-26. — DOI: 10.21518/2079-701X-2022-16-7-16-26.

56. Маев, И.В. Эффективность эзофагопротектора в лечении пациентов с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью: систематический обзор / И.В.Маев [и др.] // Медицинский совет. — 2022. — Т. 16, № 15. — С. 20-26. — DOI: 10.21518/2079-701X-2022-16-15-20-26.

57. Маскаева, А.Р. Интеграция деятельности провизора и врача в обеспечение эффективности и безопасности лекарственной терапии / А.Р.Маскаева, Г.Т.Глембоцкая // Фарматека. — 2001. — № 4. — С. 24-31.

58. Международная классификация болезней 10-го пересмотра [Электронный ресурс]. — URL: <http://www.mkb-10.com/1999> (дата обращения: 20.08.2023).

59. Мирошниченко, Ю.В. Моделирование процессов лекарственного обеспечения пациентов на основе архитектурного подхода в условиях цифровой трансформации военного здравоохранения / Ю.В.Мирошниченко [и др.] // Вестник Российской военно-медицинской академии. — 2023. — Т. 25, № 3. — С. 45-52.

60. Мотыгуллина, Л.И. Оказание фармацевтической помощи в период коронавирусной инфекции (COVID-19) / Л.И.Мотыгуллина, Р.Г.Тухбатуллина // Ремедиум. — 2024. — Т. 28, № 2. — С. 139-144.

61. Мошкова, Л.В. Методика количественной оценки фармацевтической помощи населению и рекомендации по ее повышению / Л.В.Мошкова [и др.] // Экономический вестник фармации. — 2003. — Т. 3. — С. 90-95.

62. Мошкова, Л.В. Финансовое обеспечение лекарственной помощи в стационаре (на примере язвенной болезни желудка, двенадцатиперстной кишки) / Л.В.Мошкова, Т.В.Рейхтман // Ремедиум. — 2014. — № 9. — С. 54-57.

63. Нигматуллина, Ю.У. Подход к оптимизации фармацевтического консультирования пациентов со злокачественными новообразованиями предстательной железы / Ю.У. Нигматуллина, Н.Б. Ростова, М.Р. Дударенкова, Е.С. Горбунова, А.В. Фотеева // Современная организация лекарственного обеспечения. — 2024. — Т. 11, № 4. — С. 18-27.

64. Об информации, информационных технологиях и о защите информации: Федеральный закон от 27.07.2006 № 149-ФЗ (ред. от 18.03.2019) // КонсультантПлюс: справ. правовая система. — URL: https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_61798 (дата обращения: 27.01.2024).
65. Об обращении лекарственных средств: Федеральный закон от 12.04.2010 № 61-ФЗ (ред. от 19.10.2023) // Официальный интернет-портал правовой информации. — URL: <http://pravo.gov.ru/proxy/ips/?docbody=&nd=102137440> (дата обращения: 27.01.2024).
66. Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации: Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ // Консультант Плюс: [сайт]. — URL: https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_121895/ (дата обращения: 27.03.2025).
67. Об утверждении перечня жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов...: Распоряжение Правительства РФ от 18.12.2025 № 3867-р // Информационно-правовой портал «Гарант.РУ». — URL: https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_522588/ (дата обращения: 05.02.2026).
68. Об утверждении Правил надлежащей аптечной практики лекарственных препаратов для медицинского применения: Приказ Минздрава России от 29.04.2025 № 259н // КонсультантПлюс: справ. правовая система. — URL: https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_506929 (дата обращения: 29.12.2025).
69. Об утверждении профессионального стандарта «Провизор»: Приказ Минтруда России от 09.03.2016 № 91н // КонсультантПлюс: справ. правовая система. — URL: https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_196697/ (дата обращения: 28.10.2025).
70. Об утверждении профессионального стандарта «Фармацевт»: Приказ Минтруда России от 31.05.2021 № 349н // КонсультантПлюс: справ. правовая система. — URL: https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_389037/ (дата обращения: 28.10.2025).

71. Овод, А.И. Разработка методологии фармацевтической помощи некоторым категориям больных (на примере урологии): дис. ... д-ра фармац. наук: 15.00.01 / Овод Алла Ивановна. — Москва, 2006. — 437 с.
72. Овод, А.И. Фармацевтическая помощь: основные направления и перспективы развития / А.И.Овод, О.В.Максименко, А.Д.Мешкова // Фармация. — 2025. — Т. 74, № 4. — С. 51-60.
73. Ортенберг, Э.А. Калий-конкурентные ингибиторы протонной помпы — состояние и перспективы использования / Э.А.Ортенберг, М.В.Ляпина, Е.Ф.Дороднева // Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. — 2023. — № 4 (212). — С. 86-92. — DOI: 10.31146/1682-8658-esg-212-4-86-92.
74. Павленко, В.И. Кислотозависимые и ассоциированные с *Helicobacter pylori* заболевания в практике участкового врача-терапевта: учебное пособие / В.И.Павленко, О.М.Гончарова, И.П.Солуянова. — Благовещенск: Амурская ГМА, 2021. — 98 с.
75. Паспорт приоритетного проекта «Формирование здорового образа жизни»: утв. президиумом Совета при Президенте РФ по стратегическому развитию и приоритетным проектам, протокол от 26.07.2017 № 8. — Текст: электронный. — URL: <https://base.garant.ru/71761652/> (дата обращения: 05.02.2025).
76. Предейн, Н.А. Методические рекомендации по фармацевтическому консультированию клиентов аптек при выборе препаратов пищеварительных ферментов / Н.А.Предейн, Л.В.Шукиль. — Омск, 2011. — 48 с.
77. Предейн, Н.А. Научно-методические подходы к организации фармацевтической помощи лицам с нарушениями процесса пищеварения: автореф. дис. ... канд. фармац. наук: 14.04.03 / Предейн Наталья Александровна. — Москва, 2012. — 148 с.
78. Просvirкин, Г.А. Инновационные пути развития фармацевтической помощи в условиях цифровой трансформации / Г.А.Просvirкин, В.В.Дорофеева // Глобальные векторы развития фармацевтического образования...: матер. IX Всерос. науч.-практ. конф. (Москва, 24-25 сент. 2021 г.). — Москва: РУДН, 2021. — С. 126-128.

79. Просвиркин, Г.А. Телефармация как перспективное направление развития фармацевтической помощи в условиях цифровой трансформации / Г.А.Просвиркин, В.В.Дорофеева // Ремедиум. — 2023. — Т. 27, № 1. — С. 81-85. — DOI: 10.32687/1561-5936-2023-27-1-81-85.
80. Пядушкина, Е.А. Анализ влияния на бюджет применения биологических препаратов в терапии взрослых пациентов с язвенным колитом и болезнью Крона / Е.А.Пядушкина // Фармакоэкономика. — 2017. — Т. 10, № 1. — С. 19-28.
81. Решетников, О.В. Диспепсия и гастроэзофагеальный рефлюкс у подростков / О.В.Решетников [и др.] // Терапевтический архив. — 2002. — Т. 74, № 2. — С. 9-13.
82. Сафиуллин, Р.С. Разработка информационно-компьютерных технологий для управления лекарственной помощью в Республике Татарстан / Р.С. Сафиуллин, Д.Х. Шакирова, Я.В. Грибова, Ф.Ф. Яркая // Состояние и перспективы фармацевтической информатики: матер. круглого стола, посвящ. 80-летию проф. Л.В.Мошковой (Москва, 31 окт. 2017 г.). — Москва: Маркер, 2018. — С. 60-62.
83. Сачек, М.М. Фармацевтическое консультирование: лечение больных острым риносинуситом / М.М.Сачек, А.Б.Бизунков, О.В.Курлюк // Вестник фармации. — 2009. — № 1 (43). — С. 94-103.
84. Сибирева, А.Д. Концепция информационно-коммуникационной услуги в аптечной организации / А.Д.Сибирева, О.В.Желткевич // Фармация. — 2021. — Т. 70, № 3. — С. 42-49. — DOI: 10.29296/25419218-2021-03-08.
85. Соболева, М.С. Предоставление фармацевтического консультирования посетителям аптечных организаций в рутинной фармацевтической практике / М.С.Соболева // Фармакоэкономика. — 2023. — Т. 16, № 2. — С. 258-265.
86. Соболева, М.С. Фармацевтическое консультирование при реализации рецептурных лекарственных препаратов на примере антигипертензивных средств: монография / М.С. Соболева, Е.Е. Лоскутова. — Хабаровск: Дальневосточный гос. мед. ун-т, 2022. — 170 с.
87. Советский энциклопедический словарь / ред. А.М.Прохоров. — М.: аСоветская энциклопедия, 1981. — 1600 с.

88. Спичак, И.В. Оптимизация фармацевтической помощи с применением инновационных технологий / И.В.Спичак, М.А.Журавель // Актуальные проблемы гуманитарных и естественных наук. — 2014. — № 6-1. — С. 94-98.
89. Стародубцев, А.К. Место пантопразола в ряду препаратов для лечения гастроэзофагеальной рефлюксной болезни / А.К.Стародубцев [и др.] // Медицинский совет. — 2020. — № 15. — С. 47-53. — DOI: 10.21518/2079-701X-2020-15-47-53.
90. Тарасова, Е.Н. О разработке компьютерной программы фармацевтического консультирования при рините / Е.Н.Тарасова, А.Ф.Марцинкевич, В.В.Кугач // Вестник фармации. — 2014. — № 4. — С. 10-17.
91. Территориальный орган Росздравнадзора по Республике Татарстан [Электронный ресурс]. — URL: <http://52reg.roszdravnadzor.ru/> (дата обращения: 13.01.2024).
92. Тихонов, С.В. Новые достижения фармакологии для практической медицины при профилактике и терапии кислотозависимых заболеваний / С.В.Тихонов [и др.] // Медицинский совет. — 2023. — Т. 17, № 8. — С. 33-40. — DOI: 10.21518/ms2023-133.
93. Тяжельников, А.А. Чат-бот сбора анамнеза перед посещением врача / А.А.Тяжельников // Московская медицина. — 2022. — Т. 47, № 1. — С. 70-71.
94. Ульянова, И.Е. Анализ потенциала и перспектив реализации товаров аптечного ассортимента через сеть Интернет / И.Е.Ульянова, С.Н.Егорова // Вестник современной клинической медицины. — 2025. — Т. 18, № 1. — С. 90-97.
95. Умаров, С. З. Анализ применения цифровых технологий в фармацевтической отрасли в странах СНГ / С. З. Умаров, А. А. Хорунжая, А. В. Меркулов // Фармакоэкономика: теория и практика. — 2023. — Т. 11, № 2. — С. 60. — DOI 10.30809/phe.2.2023.37. — EDN GHUOT.
96. Федина, Е.А. Теоретические и методические основы совершенствования качества фармацевтических информационно-консультационных услуг при безрецептурном отпуске : дис. ... д-р. фарм. наук : 15.00.01 / Федина Елена

Анатольевна ; Российский университет дружбы народов им. П. Лумумбы. – Москва, 2007. – 395 с.

97. Филиппова, О.В. Фармацевтическое информирование пациенток с дисменореей / О.В.Филиппова, Н.Ю.Черкасова // Фармация. — 2011. — № 5. — С. 31-35.

98. Чеснокова, Н.Н. Применение информационных технологий в фармацевтическом консультировании / Н.Н.Чеснокова, С.В.Кононова // Ремедиум. — 2019. — № 6. — С. 34-37. — DOI: 10.21518/1561-5936-2019-6-34-37.

99. Чупандина, Е.Е. Дистанционная торговля лекарственными препаратами: региональный аспект / Е.Е.Чупандина, А.В.Куземкина, Т.И.Журавлева // Вестник Воронежского государственного университета. Серия: Химия. Биология. Фармация. — 2022. — № 4. — С. 138-144.

100. Шакирова, Д. Х. Анализ ассортимента препаратов, используемых для стационарного лечения больных язвенной болезнью гастродуоденальной зоны / Д. Х. Шакирова, В. Н. Угольцова // Медицинский вестник Башкортостана. — 2016. — № 5. — С. 53–56.

101. Шакирова, Д.Х. Разработка информационно-компьютерных технологий для обеспечения стационарных больных с аутоиммунными ревматическими заболеваниями генно-инженерными лекарственными препаратами / Д.Х.Шакирова, В.Н.Угольцова // Инновационные технологии в фармации: матер. Всерос. науч.-практ. конф. с междунар. участием, посвящ. 80-летию фарм. фак-та ИГМУ. — Иркутск: ИГМУ, 2021. — Вып. 8. — С. 289-291.

102. Шептулин, А.А. Новые подходы к современной диагностике гастроэзофагеальной рефлюксной болезни (Материалы согласительного совещания «Лион 2.0») / А.А.Шептулин, С.С.Кардашева, А.А.Курбатова // Клиническая медицина. — 2025. — Т. 103, № 7. — С. 546-549. — DOI: 10.30629/0023-2149-2025-103-7-546-549.

103. Эфендиева М.Т. Опыт применения немедикаментозных методов лечения больных гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью // Вопросы курортологии, физиотерапии и лечебной физической культуры. – 2013. - №5. С. 31-35.

104. Юрьева, Е.А. Оптимизация организации медицинской помощи больным с заболеваниями органов пищеварения в амбулаторных условиях: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.02.03 / Юрьева Елена Алексеевна. — Красноярск, 2006. — 23 с.
105. Ягудина, Р.И. Фармакоэкономическая оценка применения лекарственного препарата цирамза (рамуцирумаб) во второй линии терапии рака желудка / Р.И.Ягудина, В.Г.Серпик // Фармакоэкономика: теория и практика. — 2018. — Т. 6, № 1. — С. 29-35.
106. Яндыбаева, Н.В. Разработка чат-бота для технической поддержки пользователей в медицинском учреждении / Н.В.Яндыбаева, И.В.Акельев // Международный журнал гуманитарных и естественных наук. — 2022. — № 9-1. — С. 87-90.
107. Янушевич, О.О. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь как фактор риска эрозий твердых тканей зубов / О.О.Янушевич [и др.] // Медицинский совет. — 2024. — Т. 18, № 8. — С. 34-40. — DOI: 10.21518/ms2024-234.
108. Яркаяева, Ф. Ф. Теоретические и методические подходы к формированию региональной лекарственной политики (на примере Республики Татарстан) : автореф. дис. ... д-ра фармац. наук : 14.04.03 / Яркаяева Фарида Фаритовна ; науч. консультант Р. С. Сафиуллин. — Пермь, 2009. — 33 с.
109. Ячникова, М. А. Методические рекомендации по организации фармацевтического консультирования клиентов аптеки по особенностям использования антисептиков для терапии катарального фарингита : метод. указания / М. А. Ячникова, Л. В. Шукиль. — Омск, 2012. — 25 с.
110. 6th United European Gastroenterology Week: Birmingham, United Kingdom, 18-23 October 1997 // Gut: Supplement. — 1997. — Vol. 41. — 1 vol. — URL: (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9375558/>).
111. Abe, Y. Diagnosis and treatment of eosinophilic esophagitis in clinical practice / Y. Abe [et al.] // Clinical Journal of Gastroenterology. — 2017. — Vol. 10, № 2. — P. 87-102.

112. Aghayeva, S. The prevalence of gastroesophageal reflux disease in Azerbaijan: a population-based cross-sectional study / S. Aghayeva [et al.] // *The Turkish Journal of Gastroenterology*. — 2023. — Vol. 34, № 11. — P. 1134-1142.
113. Ahmad, N.S. Conversational bot for pharmacy: a natural language approach / N.S.Ahmad [et al.] // *2018 IEEE Conference on Open Systems (ICOS)*. — IEEE, 2018. — P. 76-79.
114. Albarqouni, L. Head of bed elevation to relieve gastroesophageal reflux symptoms: a systematic review / L. Albarqouni [et al.] // *BMC Family Practice*. — 2021. — Vol. 22, № 1. — P. 24. — DOI: 10.1186/s12875-021-01369-0.
115. Alkhowaiter, S.S. Feasibility, and barriers to use escitalopram in functional gastrointestinal disorders / S.S. Alkhowaiter [et al.] // *Frontiers in Pharmacology*. — 2023. — Vol. 14. — P. 1131354. — DOI: 10.3389/fphar.2023.1131354.
116. American Association for the Study of Headache. Consensus statement on improving migraine management / American Association for the Study of Headache [et al.] // *Headache*. — 1998. — Vol. 38, № 10. — P. 736-741.
117. Bor, S. Alginates: From the ocean to gastroesophageal reflux disease treatment / S. Bor [et al.] // *The Turkish Journal of Gastroenterology*. — 2019. — Vol. 30, Suppl. 2. — P. S109. — DOI: 10.5152/tjg.2019.19677.
118. Calamusa, A. Factors that influence Italian consumers' understanding of over-the-counter medicines and risk perception / A. Calamusa [et al.] // *Patient Education and Counseling*. — 2012. — Vol. 87, № 3. — P. 395-401.
119. Care, P.C. A Policy Framework / P.C. Care. — Geneva: WHO Western Pacific Region, 2007. — 112 p.
120. Castellana, C. Side effects of long-term use of proton pump inhibitors: practical considerations / C. Castellana [et al.] // *Polish Archives of Internal Medicine*. — 2021. — Vol. 131, № 6. — P. 541-549. — DOI: 10.20452/pamw.15997.
121. Chang, X. The affects of acupuncture at sibai and neiting acupoints on gastric peristalsis / X. Chang [et al.] // *Journal of Traditional Chinese Medicine*. — 2001. — Vol. 21, № 4. — P. 286-288.

122. Chatila, A.T. Natural history, pathophysiology and evaluation of gastroesophageal reflux disease / A.T. Chatila, M.T. Nguyen, T. Krill [et al.] // *Disease-a-Month*. — 2019. — Vol. 65, № 10. — P. 100848. — DOI: 10.1016/j.disamonth.2019.02.001.
123. Chen, H.T. Shift work is significantly and positively associated with possible gastro-esophageal reflux disease: A meta-analysis study / H.T. Chen [et al.] // *Frontiers in Public Health*. — 2022. — Vol. 10. — P. 980603. — DOI: 10.3389/fpubh.2022.980603.
124. Chen, J.W. AGA clinical practice update on the diagnosis and management of extraesophageal gastroesophageal reflux disease: expert review / J.W. Chen [et al.] // *Clinical Gastroenterology and Hepatology*. — 2023. — Vol. 21, № 6. — P. 1414-1421.e3. — DOI: 10.1016/j.cgh.2023.01.040.
125. Chen, Y. Do proton pump inhibitors prevent Barrett's esophagus progression to high-grade dysplasia and esophageal adenocarcinoma? An updated meta-analysis / Y. Chen [et al.] // *Journal of Cancer Research and Clinical Oncology*. — 2021. — Vol. 147, № 9. — P. 2681-2691. — DOI: 10.1007/s00432-021-03544-3.
126. Cheng, Y. Direct comparison of the efficacy and safety of vonoprazan versus proton-pump inhibitors for gastroesophageal reflux disease: a systematic review and meta-analysis / Y. Cheng [et al.] // *Digestive Diseases and Sciences*. — 2021. — Vol. 66, № 1. — P. 19-28. — DOI: 10.1007/s10620-020-06141-5.
127. Chowdhury, R. Adherence to cardiovascular therapy: a meta-analysis of prevalence and clinical consequences / R. Chowdhury [et al.] // *European Heart Journal*. — 2013. — Vol. 34, № 38. — P. 2940-2948.
128. Concentration Ratios: 2002 / U.S. Department of Commerce, Economics and Statistics Administration. – Issued May 2006. – 210 p.
129. Dent, J. An evidence-based appraisal of reflux disease management — the Genval Workshop Report / J. Dent [et al.] // *Gut*. — 1998. — Vol. 44, Suppl. 2. — P. S1-S16. — DOI: 10.1136/gut.44.2008.s1.
130. Dent, J. Epidemiology of gastro-oesophageal reflux disease: a systematic review / J. Dent [et al.] // *Gut*. — 2005. — Vol. 54, № 5. — P. 710-717.
131. Dickman, R. Clinical trial: acupuncture vs. doubling the proton pump inhibitor dose in refractory heartburn / R. Dickman [et al.] // *Alimentary Pharmacology &*

Therapeutics. — 2007. — Vol. 26, № 10. — P. 1333-1344. — DOI: 10.1111/j.1365-2036.2007.03520.x.

132. Dragomiretska, N. Application of mineral waters in the complex treatment of patients with gastroesophageal reflux disease / N. Dragomiretska [et al.]. — 2020. — DOI: 10.23736/S1121-421X.20.02601-X.

133. DSM. Фармацевтический рынок России. Итоги 2022 [Электронный ресурс] / DSM Group. — URL: <https://dsm.ru/news/215/> (дата обращения: 20.07.2024).

134. DSM. Фармацевтический рынок России. Итоги 2023 [Электронный ресурс] / DSM Group. — URL: <https://dsm.ru/news/215/> (дата обращения: 20.07.2024).

135. DSM. Фармацевтический рынок России. Итоги 2024 [Электронный ресурс] / DSM Group. — URL: <https://dsm.ru/news/215/> (дата обращения: 20.11.2025)

136. El-Serag, H.B. Update on the epidemiology of gastro-oesophageal reflux disease: a systematic review / H.B. El-Serag [et al.] // Gut. — 2014. — Vol. 63, № 6. — P. 871-880. — DOI: 10.1136/gutjnl-2012-304269.

137. Eusebi, L.H. Global prevalence of Barrett's oesophagus and oesophageal cancer in individuals with gastro-oesophageal reflux: a systematic review and meta-analysis / L.H. Eusebi [et al.] // Gut. — 2021. — Vol. 70, № 3. — P. 456-463. — DOI: 10.1136/gutjnl-2020-321365.

138. Fadhil, A. Beyond patient monitoring: Conversational agents role in telemedicine & healthcare support for home-living elderly individuals / A. Fadhil // arXiv preprint arXiv:1803.06000. — 2018.

139. Gawron, A.J. Economic evaluations of gastroesophageal reflux disease medical management / A.J. Gawron [et al.] // Pharmacoeconomics. — 2014. — Vol. 32, № 8. — P. 745-758.

140. Goh, K.L. Consensus statements and recommendations on the management of mild-to-moderate gastroesophageal reflux disease in the Southeast Asian region / K.L. Goh [et al.] // JGH Open. — 2021. — Vol. 5, № 8. — P. 855-863. — DOI: 10.1002/jgh3.12602.

141. Goh, K.L. Time trends in peptic ulcer, erosive reflux oesophagitis, gastric and oesophageal cancers in a multiracial Asian population / K.L. Goh [et al.] // *Alimentary Pharmacology & Therapeutics*. — 2009. — Vol. 29, № 7. — P. 774-780.
142. Gyawali, C.P. Updates to the modern diagnosis of GERD: Lyon consensus 2.0 / C.P. Gyawali [et al.] // *Gut*. — 2024. — Vol. 73, № 2. — P. 361-371. — DOI: 10.1136/gutjnl-2023-330616.
143. Havemann, B.D. The association between gastro-oesophageal reflux disease and asthma: a systematic review / B.D. Havemann, C.A. Henderson, H.B. El-Serag // *Gut*. — 2007. — Vol. 56, № 12. — P. 1654-1664.
144. Ho, P.M. Medication adherence: its importance in cardiovascular outcomes / P.M. Ho, C.L. Bryson, J.S. Rumsfeld // *Circulation*. — 2009. — Vol. 119, № 23. — P. 3028-3035.
145. Ilardo, M.L. The community pharmacist: perceived barriers and patient-centered care communication / M.L. Ilardo, A. Speciale // *International Journal of Environmental Research and Public Health*. — 2020. — Vol. 17, № 2. — P. 536. — DOI: 10.3390/ijerph17020536.
146. Kamolz, T. Analysis of medical compliance in gastro-oesophageal reflux disease patients referred to pre-surgical examination / T. Kamolz // *Digestive and Liver Disease*. — 2002. — Vol. 34, № 3. — P. 183-189.
147. Kasugai, K. Gastroesophageal reflux disease: Pathophysiology and new treatment trends / K. Kasugai, N. Ogasawara // *Internal Medicine*. — 2024. — Vol. 63, № 1. — P. 1-10. — DOI: 10.2169/internalmedicine.1551-23.
148. Katz, P.O. ACG clinical guideline for the diagnosis and management of gastroesophageal reflux disease / P.O. Katz [et al.] // *American Journal of Gastroenterology*. — 2022. — Vol. 117, № 1. — P. 27-56. — DOI: 10.14309/ajg.0000000000001538.
149. Kohata, Y. Long-term benefits of smoking cessation on gastroesophageal reflux disease and health-related quality of life / Y. Kohata [et al.] // *PLoS One*. — 2016. — Vol. 11, № 2. — P. e0147860. — DOI: 10.1371/journal.pone.0147860.

150. Kulig, M. Quality of life in relation to symptoms in patients with gastro-oesophageal reflux disease — an analysis based on the ProGERD initiative / M. Kulig [et al.] // *Alimentary Pharmacology & Therapeutics*. — 2003. — Vol. 18, № 8. — P. 767-776.
151. Lazarescu, A. Esophageal Hypersensitivity and Functional Dyspepsia / A. Lazarescu, A. Demers-Leblanc, A. Kamal // *The AFS Textbook of Foregut Disease*. — Cham: Springer International Publishing, 2023. — P. 69-75. — DOI: 10.1007/978-3-031-19671-3_8.
152. Leiman, D.A. Alginate therapy is effective treatment for GERD symptoms: a systematic review and meta-analysis / D.A. Leiman [et al.] // *Diseases of the Esophagus*. — 2017. — Vol. 30, № 5. — P. 1-9. — DOI: 10.1093/dote/dow020.
153. Lu, T.L. Meta-analysis on the epidemiology of gastroesophageal reflux disease in China / T.L. Lu [et al.] // *World Journal of Gastroenterology*. — 2022. — Vol. 28, № 45. — P. 6410-6420. — DOI: 10.3748/wjg.v28.i45.6410.
154. Lundell, L.R. Endoscopic assessment of oesophagitis: clinical and functional correlates and further validation of the Los Angeles classification / L.R. Lundell [et al.] // *Gut*. — 1999. — Vol. 45, № 2. — P. 172-180.
155. Maideen, N.M.P. Adverse effects associated with long-term use of proton pump inhibitors / N.M.P. Maideen // *Chonnam Medical Journal*. — 2023. — Vol. 59, № 2. — P. 115-123. — DOI: 10.4068/cmj.2023.59.2.115.
156. Mari, A. Comparison in adherence to treatment between patients with mild-moderate and severe reflux esophagitis: a prospective study / A. Mari [et al.] // *Journal of Clinical Medicine*. — 2022. — Vol. 11, № 11. — P. 3196. — DOI: 10.3390/jcm11113196.
157. Mehta, R.S. Review of gastroesophageal reflux disease / R.S. Mehta, K. Staller, A.T. Chan // *JAMA*. — 2021. — Vol. 325, № 14. — P. 1472-1472. — DOI: 10.1001/jama.2021.1438.
158. Miftahussurur, M. The potential benefits of vonoprazan as *Helicobacter pylori* infection therapy / M. Miftahussurur, B. Pratama Putra, Y. Yamaoka // *Pharmaceuticals*. — 2020. — Vol. 13, № 10. — P. 276. — DOI: 10.3390/ph13100276.

159. Modlin, I. GERD 2004: issues from the past and a consensus for the future / I. Modlin, M. Kidd // *Best Practice & Research Clinical Gastroenterology*. — 2004. — Vol. 18. — P. 55-66.
160. Ness-Jensen, E. Tobacco smoking cessation and improved gastroesophageal reflux: a prospective population-based cohort study: the HUNT study / E. Ness-Jensen [et al.] // *American Journal of Gastroenterology*. — 2014. — Vol. 109, № 2. — P. 171-177. — DOI: 10.1038/ajg.2013.414.
161. Nirwan, J.S. Global prevalence and risk factors of gastro-oesophageal reflux disease (GORD): systematic review with meta-analysis / J.S. Nirwan [et al.] // *Scientific Reports*. — 2020. — Vol. 10, № 1. — P. 5814. — DOI: 10.1038/s41598-020-62795-1.
162. Nunnally, J.C. Psychometric theory / J.C.Nunnally, I.H.Bernstein. — 3rd ed. — New York: McGraw-Hill, Inc., 1994. — 752 p.
163. Pourhadi, N. Proton pump inhibitors and dementia: a nationwide population-based study / N. Pourhadi [et al.] // *Alzheimer's & Dementia*. — 2024. — Vol. 20, № 2. — P. 837-845. — DOI: 10.1002/alz.13477.
164. Promoting rational use of medicines // World Health Organization : official website. — URL: <https://www.who.int/activities/promoting-rational-use-of-medicines> (дата обращения: 28.10.2025).
165. Pruijm, M. Patient adherence and the pharmacological treatment of arterial hypertension / M. Pruijm, M.P. Schneider, M. Burnier // *European Society of Hypertension Scientific Newsletter*. — 2010. — Vol. 11. — P. 7-10.
166. Rafiq, K. Self-medication in the COVID-19 pandemic: survival of the fittest / K. Rafiq [et al.] // *Disaster Medicine and Public Health Preparedness*. — 2022. — Vol. 16, № 6. — P. 2534-2538.
167. Rasool, M.F. Assessing the frequency and risk factors associated with gastroesophageal reflux disease (GERD) in Southern Punjab, Pakistan / M.F. Rasool [et al.] // *Risk Management and Healthcare Policy*. — 2021. — P. 4619-4625. — DOI: 10.2147/RMHP.S335142.

168. Richter, J.E. Presentation and epidemiology of gastroesophageal reflux disease / J.E. Richter, J.H. Rubenstein // *Gastroenterology*. — 2018. — Vol. 154, № 2. — P. 267-276. — DOI: 10.1053/j.gastro.2017.07.045.
169. Roberts, J.T.F. How to regulate the right to self-medicate / J.T.F. Roberts // *Hec Forum*. — Dordrecht: Springer Netherlands, 2022. — Vol. 34, № 3. — P. 233-255.
170. Ronkainen, J. Gastro-oesophageal reflux symptoms and health-related quality of life in the adult general population — the Kalixanda study / J. Ronkainen [et al.] // *Alimentary Pharmacology & Therapeutics*. — 2006. — Vol. 23, № 12. — P. 1725-1733. — DOI: 10.1111/j.1365-2036.2006.02952.x.
171. Sabaté, E. Adherence to long-term therapies: evidence for action / E. Sabaté. — Geneva: World Health Organization, 2003. — 198 p.
172. Sachs, G. The clinical pharmacology of proton pump inhibitors / G. Sachs, J.M. Shin, C.W. Howden // *Alimentary Pharmacology & Therapeutics*. — 2006. — Vol. 23. — P. 2-8.
173. Sanz, F. Information technology in community pharmacies for supporting responsible self-medication / F. Sanz [et al.] // *American Journal of Health-System Pharmacy*. — 2000. — Vol. 57, № 17. — P. 1601-1603.
174. Surdea-Blaga, T. Food and gastroesophageal reflux disease / T. Surdea-Blaga [et al.] // *Current Medicinal Chemistry*. — 2019. — Vol. 26, № 19. — P. 3497-3511. — DOI: 10.2174/0929867324666170515123807.
175. Tran, T. Meta-analysis: the efficacy of over-the-counter gastro-oesophageal reflux disease therapies / T. Tran, A.M. Lowry, H.B. El-Serag // *Alimentary Pharmacology & Therapeutics*. — 2007. — Vol. 25, № 2. — P. 143-153. — DOI: 10.1111/j.1365-2036.2006.03135.x.
176. Tytgat, G.N. New algorithm for the treatment of gastro-oesophageal reflux disease / G.N. Tytgat [et al.] // *Alimentary Pharmacology & Therapeutics*. — 2008. — Vol. 27, № 3. — P. 249-256.
177. Vahedi, S. Predictors of self-medication in Iran: a national survey study / S. Vahedi [et al.] // *Iranian Journal of Pharmaceutical Research*. — 2021. — Vol. 20, № 1. — P. 348-358.

178. Vakil, N. The Montreal definition and classification of gastroesophageal reflux disease: a global evidence-based consensus / N. Vakil [et al.] // American Journal of Gastroenterology. — 2006. — Vol. 101, № 8. — P. 1900-1920.
179. Vasileiou, M.V. The health chatbots in telemedicine: intelligent dialog system for remote support / M.V. Vasileiou, I.G. Maglogiannis // Journal of Healthcare Engineering. — 2022. — Vol. 2022, № 1. — P. 4876512.
180. Vos, T. Global burden of 369 diseases and injuries in 204 countries and territories, 1990-2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019 / T. Vos [et al.] // The Lancet. — 2020. — Vol. 396, № 10258. — P. 1204-1222.
181. Weizenbaum, J. ELIZA — a computer program for the study of natural language communication between man and machine / J. Weizenbaum // Communications of the ACM. — 1966. — Vol. 9, № 1. — P. 36-45.
182. WHO. The Pursuit of Responsible Use of Medicines [Электронный ресурс] / WHO. — 2018. — URL: www.who.int (дата обращения:).
183. WORLD HEALTH ORGANIZATION. Developing pharmacy practice: a focus on patient care: handbook [Электронный ресурс] / WORLD HEALTH ORGANIZATION. — 2006.
184. Xu, S.P. Electroacupuncture accelerates solid gastric emptying in patients with functional dyspepsia / S.P. Xu [et al.] // Gastroenterology. — 2004. — Vol. 126, № 4. — P. A437-A438.
185. Yadlapati, R. AGA Clinical Practice Update on the Personalized Approach to the Evaluation and Management of GERD: Expert Review / R. Yadlapati, C.P. Gyawali, J.E. Pandolfino // Clinical Gastroenterology and Hepatology. — 2022. — Vol. 20, № 9. — P. 2156-2156. — DOI: 10.1016/j.cgh.2022.05.005.
186. Ylä-Rautio, H. Drug-related problems and pharmacy interventions in non-prescription medication, with a focus on high-risk over-the-counter medications / H. Ylä-Rautio, S. Siissalo, S. Leikola // International Journal of Clinical Pharmacy. — 2020. — Vol. 42, № 2. — P. 786-795.

187. Zagari, R.M. Gastro-oesophageal reflux symptoms, oesophagitis and Barrett's oesophagus in the general population: the Loiano-Monghidoro study / R.M. Zagari [et al.] // *Gut*. — 2008. — Vol. 57, № 10. — P. 1354-1359.
188. Zdrhova, L. Breathing exercises in gastroesophageal reflux disease: a systematic review / L. Zdrhova [et al.] // *Dysphagia*. — 2023. — Vol. 38, № 2. — P. 609-621. — DOI: 10.1007/s00455-022-10494-6.
189. Zhang, D. Global, regional and national burden of gastroesophageal reflux disease, 1990-2019: update from the GBD 2019 study / D. Zhang [et al.] // *Annals of Medicine*. — 2022. — Vol. 54, № 1. — P. 1372-1384.
190. Zhang, M. Efficacy and safety of potassium-competitive acid blockers versus proton pump inhibitors as *Helicobacter pylori* eradication therapy: a meta-analysis of randomized clinical trials / M. Zhang, M. Pang, M. Zhang // *Clinics*. — 2022. — Vol. 77. — P. 100058. — DOI: 10.1016/j.clinsp.2022.100058.

ПРИЛОЖЕНИЕ А

Анкета социологического опроса врачей

АНКЕТА СОЦИОЛОГИЧЕСКОГО ОПРОСА

Уважаемые коллеги!

Кафедра фармации совместно с кафедрой внутренних болезней Института фундаментальной медицины и биологии Казанского (Приволжского) федерального университета проводит социологическое исследование среди врачей города Казани.

Ваше мнение особенно ценно, так как оно будет способствовать повышению качества обеспечения информацией о лекарственных препаратах!

Просим Вас принять участие в нашем опросе и отметить удовлетворяющие ответы знаком «✓» на предлагаемые вопросы.

1. Пол:

- ☐ Мужской
- ☐ Женский

2. Возраст:

- ☐ Менее 20 лет
- ☐ От 21 лет до 29 лет
- ☐ От 30 года до 39 лет
- ☐ От 40 года до 49 лет
- ☐ От 50 года до 59 лет
- ☐ Старше 60 лет

3. Специальность:

- ☐ Терапевт
- ☐ Гастроэнтеролог

4. Стаж работы по специальности

- ☐ До 3х лет
- ☐ От 3х до 5 лет
- ☐ От 5 до 10 лет
- ☐ От 10 до 20 лет
- ☐ Более 20 лет

5. Квалификационная категория:

- ☐ Без категории
- ☐ Вторая категория
- ☐ Первая категория

- Высшая категория

6. Учёная степень:

- Без степени
- Кандидат наук
- Доктор наук

7. С какими симптомами к Вам обращаются чаще всего (несколько вариантов ответа)

- Изжога и/или регургитация чаще 1 р/неделю
- Отрыжка
- Боли в центре верхней части живота
- Тошнота

8. Как Вы считаете, есть ли прямая зависимость между стрессом и изжогой?

- Да
- Нет

9. Какова тенденция обращений пациентов с жалобами на изжогу/ регургитацию за последние 3-5 лет?

- Число обращений растет
- Число обращений снижается
- Число обращений остается на прежнем уровне

10. Отметьте, пожалуйста, «✓» в каждом терапевтическом классе наиболее часто назначаемые Вами лекарственные препараты для лечения эпизодической изжоги/регургитации (с частотой менее 1 раза в неделю) (не более 5 вариантов ответа в каждом классе лекарственных препаратов)

Всасывающиеся антациды	Невсасывающиеся антациды	Альгинаты

○ «Бекарбон» ○ «Бон-Дижон» ○ «Рамни» ○ «Гаттарт» ○ «Гастрасан» ○ «Гасит» ○ «ИЗЖОГОФФ» ○ «Эннира» ○ «Ренни» Другие _____	○ «АджиФлюкс» ○ «Сималгел-ВМ» ○ «Би-Коден» ○ «Нейтралакс» ○ «Гастрасан» ○ «Мальвацид» ○ «Алмагель» ○ «АЛЬМАКСИЦИД» ○ «АЛГЕМАГ» ○ «Маалокс» ○ «Гастрацид» ○ «МАЛГИДРАТ» ○ «Рефлюнорм» ○ «Фосфалюгель» ○ «Рутацид» ○ «Гастрасан® Адванс» ○ «Гастал» ○ «Антарейт® Валента» ○ «Релцер» Другие _____	○ «Гевискон» ○ «Гевискон® Двойное Действие» ○ «Гевискон® форте» Другие _____
Ингибиторы протонной помпы	Блокаторы H₂- рецепторов гистамина	Другие группы лекарственных препаратов
○ Омепразол («Омез», «Ультоп», «Лосек», и др) ○ Лансопразол («Лантацид», «Лансоптол») ○ Пантопразол («Нольпаза», «Контролок», и др) ○ Рабепразол («Париет», «Зульбекс», «Разо», «Хайробезол») ○ Эзомепразол («Нексиум», «Эманера») ○ Декслансопразол («Дексилант»)	○ Ранитидин ○ Фамотидин Другие _____	○ Итоприда гидрохлорид («Ганатон», «Итомед», «Ипромед») ○ Метоклопромид («Церукал») ○ Домперидон («Мотилиум», «Мотилак», «Мотониум») ○ Препараты висмута («Де-нол», «Улькавис», «Виканол») ○ Ребамипид («Ребагид», «Гстростат») ○ Эзофагопротекторы («Альфазокс») ○ Омез ДСР Другие _____

11.Как часто пациенты соблюдают назначенную Вами схему лечения? (один вариант ответа)

- ☐ Всегда (в 100% случаев)
- ☐ Часто (в более, чем 75% случаев)
- ☐ Нечасто (в 50-75% случаев)
- ☐ Редко (менее, чем в 50% случаев)
- ☐ Не соблюдают

12.Каковы, на Ваш взгляд, основные причины пропусков приёма или неприменения пациентами лекарственных препаратов? (несколько вариантов ответа)

- ☐ Цена препарата
- ☐ Забывчивость пациента
- ☐ Большое количество применяемых препаратов
- ☐ Частый приём препаратов (кратность прием в течение дня)
- ☐ Разница в рекомендациях врачей и провизоров
- ☐ Боязнь развития побочных эффектов/нежелательных явлений
- ☐ Отсутствие эффекта препарата в течение первых дней приема

13.Как Вы считаете, есть ли проблема бесконтрольного применения безрецептурных лекарственных препаратов?

- ☐ Да
- ☐ Нет

14.Знаете ли вы, что фармацевтические работники могут рекомендовать безрецептурные лекарственные препараты в рамках концепции ответственного самолечения?

- ☐ Да
- ☐ Нет, не знаю, что такое концепция ответственного самолечения.

15.Какие моменты, на Ваш взгляд, необходимо учитывать при грамотном фармацевтическом консультировании при отпуске безрецептурных лекарственных препаратов для лечения изжоги, исключая пол, возраст, беременность, симптоматику, «тревожные симптомы»?

Ваш

ответ _____

Спасибо Вам за участие!

ПРИЛОЖЕНИЕ Б

Анкета социологического опроса фармацевтических работников

АНКЕТА СОЦИОЛОГИЧЕСКОГО ОПРОСА

Уважаемые коллеги!

Кафедра фармации совместно с кафедрой внутренних болезней ИФМиБ Казанского (Приволжского) федерального университета проводит социологическое исследование среди фармацевтических работников города Казани.

Ваше мнение особенно ценно, так как оно будет способствовать повышению качества обеспечения информацией о лекарственных препаратах.

Просим Вас принять участие в нашем опросе и отметить удовлетворяющие ответы знаком «✓» на предлагаемые вопросы.

1. Пол:

- ☐ Мужской
- ☐ Женский

2. Возраст:

- ☐ Менее 20 лет
- ☐ От 21 лет до 29 лет
- ☐ От 30 года до 39 лет
- ☐ От 40 года до 49 лет
- ☐ От 50 года до 59 лет
- ☐ Старше 60 лет

3. Стаж работы по специальности

- ☐ До 3х лет
- ☐ От 3х до 5 лет
- ☐ От 5 до 10 лет
- ☐ От 10 до 20 лет
- ☐ Более 20 лет

4. Тип учреждения (позначить нужное)

- ☐ Аптека (аптечной сети)
- ☐ Аптечный пункт/ киоск
- ☐ Аптека в медицинской организации

5. Ваша должность:

- ☐ Заведующий аптекой

- ☐ Провизор (первостольник)
 - ☐ Фармацевт (первостольник)
- 6. Как Вы считаете, является ли грамотная консультация фармацевтического работника для посетителей поводом для повторного визита в аптеку? (один вариант ответа)
 - ☐ Да
 - ☐ Нет
 - ☐ затрудняюсь ответить
- 7. В случае пациентов с изжогой и/или регургитации более 1 раза в неделю), как скоро с момента появления симптомов посетители обращались к Вам в аптеку за консультацией? (один вариант ответа)
 - ☐ В течение недели
 - ☐ В течение месяца
 - ☐ В течение полугода
 - ☐ Спустя более 1 года от момента появления симптомов
- 8. Как часто Вы сталкиваетесь с ситуацией, когда пациент с изжогой приходит к Вам в аптеку за первичной консультацией? (один вариант ответа)
 - ☐ Очень часто (в 81–100% случаев)
 - ☐ Часто (в 51–80% случаев)
 - ☐ Редко (менее 50% случаев)
 - ☐ Никогда
- 9. Консультируете ли Вы посетителей аптеки? (один вариант ответа)
 - ☐ Да, каждого клиента при отпуске препаратов
 - ☐ Да, только по просьбе посетителя
 - ☐ Только когда знаю о заболевании/ лекарственных препаратах
 - ☐ Никогда
- 10. Время на информирование одного потребителя, на Ваш взгляд (один вариант ответа):
 - ☐ менее 1 минуты
 - ☐ от 1 до 3 минут
 - ☐ 5-6 минут
 - ☐ более 6 минут

11. В случае отсутствия лекарственного препарата для лечения изжоги, рекомендованного врачом, советуете ли Вы покупателям приобрести альтернативные безрецептурные препараты?

- ☐ Да
- ☐ Нет

12. Отметьте в каждом терапевтическом классе наиболее часто рекомендуемые Вами лекарственные препараты для лечения изжоги/рефлюксгастрита (с частотой чаще 1 раза в неделю) (не более 3 вариантов ответа в каждом классе лекарственных препаратов)

Всасывающиеся антациды	Невсасывающиеся антациды	Альгинаты
☐ «Бекарбон» ☐ «Бон-Дижон» ☐ «Рамни» ☐ «Гаттарт» ☐ «Гастрасан» ☐ «Гасит» ☐ «ИЗЖОГОФФ» ☐ «Эннира» ☐ «Ренни» Другие _____ _____	☐ «АджиФлюкс» ☐ «Сималгел-ВМ» ☐ «Би-Коден» ☐ «Нейтралакс» ☐ «Гастрасан» ☐ «Мальвацид» ☐ «Алмагель» ☐ «АЛЬМАКСИЦИД» ☐ «АЛГЕМАГ» ☐ «Маалокс» ☐ «Гастрацид» ☐ «МАЛГИДРАТ» ☐ «Рефлюнорм» ☐ «Фосфалюгель» ☐ «Рутацид» ☐ «Гастрасан® Адванс» ☐ «Гастал» ☐ «Антарейт® Валента» ☐ «Релцер» Другие _____ _____	☐ «Гевискон» ☐ «Гевискон® Двойное Действие» ☐ «Гевискон® форте» Другие _____ _____
ИПП	Блокаторы H₂-рецепторов гистамина	Другие группы лекарственных препаратов

○ Омепразол («Омез», «Ультоп», «Лосек», и др) ○ Лансопразол («Лантацид», «Лансоптол») ○ Пантопразол («Нольпаза», «Контролок», и др) ○ Рабепразол («Париет», «Зульбекс», «Разо», «Хайробезол») ○ Эзомепразол («Нексиум», «Эманера») ○ Декслансопразол («Дексилант»)	○ Ранитидин ○ Фамотидин Другие _____ —	○ Итоприда гидрохлорид («Ганатон», «Итомед», «Ипромед») ○ Метоклопромид («Церукал») ○ Домперидон («Мотилиум», «Мотилак», «Мотониум») ○ Препараты висмута («Де-нол», «Улькавис», «Виканол») ○ Ребамипид («Ребагид», «Гастростат») ○ Эзофагопротекторы («Альфазокс») ○ Омез ДСР Другие _____
---	---	---

13. Укажите, какие источники Вы используете для получения фармацевтической информации (возможно несколько вариантов ответа)?

- Ресурсы сети Интернет
- Официальные источники информации о ЛС (инструкции по применению ЛП, Государственный Реестр ЛС и др.)
- Специализированные периодические издания
- Материалы профильных конференций
- Курсы повышения квалификации
- Медицинские представители
- Рекламная продукция фармпроизводителей
- Не использую подобные источники фармацевтической информации

Спасибо за Ваше участие!

ПРИЛОЖЕНИЕ В

Анкета социологического опроса посетителей аптек г. Казани

АНКЕТА СОЦИОЛОГИЧЕСКОГО ОПРОСА

Уважаемые посетители!

Кафедра фармации совместно с кафедрой внутренних болезней Института фундаментальной медицины и биологии Казанского (Приволжского) федерального университета проводит социологическое исследование среди посетителей аптек города Казани.

Ваше мнение особенно ценно, так как оно будет способствовать повышению качества обеспечения информацией о лекарственных препаратах.

Просим Вас принять участие в нашем опросе и отметить удовлетворяющие ответы знаком «✓» на предлагаемые вопросы.

1. Ваш пол:

- ☐ Мужчина
- ☐ Женщина

Рост _____ (м)

Вес _____ (кг)

2. Ваш возраст:

- ☐ Менее 20 лет
- ☐ От 20 до 25 лет
- ☐ От 26 до 30 лет
- ☐ От 31 до 40 лет
- ☐ От 41 до 50 лет
- ☐ От 51 года до 55 лет
- ☐ От 56 до 60 лет
- ☐ Старше 60 лет

3. Ваше социальное положение

- ☐ Студент
- ☐ Рабочий
- ☐ Служащий
- ☐ Предприниматель
- ☐ Пенсионер
- ☐ Другое _____

4. Образование:

- ☐ Незаконченное среднее
- ☐ Среднее специальное

- ☐ Незаконченное высшее
 - ☐ Высшее
 - ☐ Без образования
- 5. Как часто Вы жаловались на изжогу (чувство жжения за грудиной)/ ощущение отрыжки кислым, горьким или пищей за прошедший год? (один вариант ответа)
 - ☐ Не беспокоила
 - ☐ 1 раз в неделю и чаще
 - ☐ Реже 1 раза в неделю
 - ☐ Ежедневно
- 6. Насколько сильно Вас беспокоит изжога (чувство жжения за грудиной)/ ощущение отрыжки кислым, горьким или пищей? (один вариант ответа)
 - ☐ Почти не беспокоит
 - ☐ Не обращаю внимание, если не напомнят
 - ☐ Беспокоит, но не мешает в повседневной жизни
 - ☐ Иногда мешает в повседневной жизни
 - ☐ Существенно ухудшает качество жизни
- 7. Как долго Вас беспокоит изжога (чувство жжения за грудиной)/ ощущение отрыжки кислым, горьким или пищей? (один вариант ответа)
 - ☐ Менее 3-х месяцев
 - ☐ От 3х до 6 месяцев
 - ☐ До 1 года
 - ☐ От года до 5 лет
 - ☐ От 5 лет до 10 лет
 - ☐ Более 10 лет
- 8. Обращались ли Вы с данной проблемой (изжога и ощущение отрыжки кислым, горьким или пищей) в аптеку, минуя врача?
 - ☐ Да
 - ☐ Нет
- 9. Употребляли ли Вы за прошедший год какие-нибудь лекарственные препараты для устранения изжоги и ощущения отрыжки кислым, горьким или пищей? (один вариант ответа)
 - ☐ Да
 - ☐ Нет

10. По чьей рекомендации Вы решили приобрести лекарственный препарат для лечения изжоги/ ощущения отрыжки кислым, горьким или пищей? (один варианта ответа)

- ☐ Назначение врача
- ☐ Совет провизора/ фармацевта в аптеке
- ☐ Руководствуясь собственным опытом
- ☐ По отзывам в Интернете
- ☐ По совету родственников, друзей

11. Занимаетесь ли Вы самолечением изжоги и ощущением отрыжки кислым, горьким или пищей?

- ☐ Да, до улучшения самочувствия
- ☐ Нет

12. На что Вы обращаете внимание при покупке лекарственного препарата для лечения изжоги и ощущение отрыжки кислым, горьким или пищей? (несколько вариантов ответа)

- ☐ Доступная цена
- ☐ Эффективность (быстрое наступление эффекта)
- ☐ Безопасность (нет побочных эффектов и противопоказаний)
- ☐ Удобный способ применения (таблетки/ суспензии)
- ☐ Доверие к производителю
- ☐ Красивый дизайн

13. Если Вы употребляли за прошедший год какие-нибудь лекарственные препараты для устранения изжоги и ощущения отрыжки кислым, горьким или пищей, выберите препараты, которые Вы принимали: (несколько вариантов ответа)

14.

Всасывающиеся антациды	Невсасывающиеся антациды	Альгинаты
-----------------------------------	-------------------------------------	------------------

○ «Бекарбон» ○ «Бон-Дижон» ○ «Рамни» ○ «Гаттарт» ○ «Гастрасан» ○ «Гасит» ○ «ИЗЖОГОФФ» ○ «Эннира» ○ «Ренни» Другие _____ — Кто рекомендовал данный(-ые) препарат(-ы) ○ Врач ○ Провизор/фармацевт ○ Реклама/Интернет	○ «АджиФлюкс» ○ «Сималгел-ВМ» ○ «Би-Коден» ○ «Нейтралакс» ○ «Гастрасан» ○ «Мальвацид» ○ «Алгелдрат + Магния гидроксид» ○ «Алмагель» ○ «АЛЬМАКСИЦИД» ○ «АЛГЕМАГ» ○ «Маалокс» ○ «Гастрацид» ○ «МАЛГИДРАТ» ○ «Рефлюнорм» ○ «Фосфалюгель» ○ «Рутацид» ○ «Гастрасан® Адванс» ○ «Гастал» ○ «Антарейт® Валента» ○ «Релцер» Другие _____ — Кто рекомендовал данный(-ые) препарат(-ы) ○ Врач ○ Провизор/фармацевт ○ Реклама/ Интернет	○ «Гевискон» ○ «Гевискон® Двойное Действие» ○ «Гевискон® форте» Другие _____ — Кто рекомендовал данный(-ые) препарат(-ы) ○ Врач ○ Провизор/фармацевт ○ Реклама/Интернет
Ингибиторы протонной помпы	Блокаторы H₂-рецепторов гистамина	Другие группы лекарственных препаратов
○ Омепразол («Омез»,	○ Ранитидин ○ Фамотидин	○ Итоприда гидрохлорид

«Ультоп», «Лосек», и др) ○ Лансопразол («Лантацид», «Лансоптол») ○ Пантопразол («Нольпаза», «Контролок», и др) ○ Рабепразол («Париет», «Зульбекс», «Разо» и др.) ○ Эзомепразол («Нексиум» ○ Декслансопразол («Дексилант») Другие _____ — Кто рекомендовал данный(-ые) препарат(-ы) ○ Врач ○ Провизор/фармацевт ○ Реклама/ Интернет	Другие _____ — Кто рекомендовал данный(-ые) препарат(-ы) ○ Врач ○ Провизор/фармацевт ○ Реклама/ Интернет	(«Ганатон», «Итомед») ○ Метоклопромид («Церукал») ○ Домперидон («Мотилиум», «Мотилак») ○ Препараты висмута («Де-нол», «Улькавис», «Виканол») ○ Ребамипид ○ Эзофагопротекторы («Альфазокс») Другие _____ — Кто рекомендовал данный(-ые) препарат(-ы) ○ Врач ○ Провизор/фармацевт ○ Реклама/ Интернет
---	---	---

15. Если необходимый препарат для лечения изжоги и ощущение отрыжки кислым, горьким или пищей отсутствует в аптеке и провизор/фармацевт порекомендовал замену, то Вы: (один варианта ответа)
- Соглашаетесь на замену, доверяете провизору/фармацевту
 - Соглашаетесь на замену только если препарат Вам известен
 - Соглашаетесь на замену, даже если препарат Вам неизвестен, но устраивает цена

- Соглашаетесь на замену, даже если препарат Вам неизвестен и не устраивает цена, но подробно расспросив провизора/фармацевта о механизме действия, противопоказаниях и побочных эффектах
- Не соглашаетесь на замену, предпочитаете сходить к врачу
- Не соглашаетесь и идете в другую аптеку

16. Всегда ли Вы соблюдаете рекомендации врача по лечению изжоги и ощущении отрыжки кислым, горьким или пищей? (один вариант ответа)

- Строго соблюдаю правила приема, дозировка, сроки
- Вначале соблюдаю, по мере улучшения самочувствия уменьшаю прием
- Вначале соблюдаю, потом забываю принимать лекарства
- Не соблюдаю, полагаюсь на медикаментозное лечение

Спасибо за Ваше участие! Будьте здоровы!

ПРИЛОЖЕНИЕ Г

Анкета опрос ожидание и восприятие

Кафедра фармации совместно с кафедрой внутренних болезней Института фундаментальной медицины и биологии Казанского (Приволжского) федерального университета проводит социологическое исследование среди посетителей аптек города Казани.

Ваше мнение особенно ценно, так как оно будет способствовать повышению качества обеспечения информацией о лекарственных препаратах.

Анкетирование абсолютно добровольно и анонимно и не займет у Вас более 5 минут.

1. Пол:

- ☐ Мужской
- ☐ Женский

2. Возраст:

- ☐ Менее 20 лет
- ☐ От 21 лет до 29 лет
- ☐ От 30 года до 39 лет
- ☐ От 40 года до 49 лет
- ☐ От 50 года до 59 лет
- ☐ Старше 60 лет

3. Ваше социальное положение

- ☐ Студент
- ☐ Рабочий
- ☐ Служащий
- ☐ Предприниматель
- ☐ Пенсионер
- ☐ Другое _____

4. Образование:

- ☐ Незаконченное среднее
- ☐ Среднее специальное
- ☐ Незаконченное высшее
- ☐ Высшее
- ☐ Без образования

№	Утверждение	1	2	3	4	5
1	Аптечная организация должна и иметь современное оборудование.	1	2	3	4	5
2	В аптечной организации должны быть доступны необходимые лекарственные препараты для лечения изжоги.	1	2	3	4	5
3	Оформление ответов должно быть является аккуратным и уместным	1	2	3	4	5
4	Должна быть комфортная обстановка, и внешний вид информационных материалов доступен и понятен.	1	2	3	4	5
5	Фармацевтический работник должен предоставить точную и своевременную информацию о лекарственных препаратах для лечения изжоги.	1	2	3	4	5
6	Фармацевтический работник должен корректно описать способы применения лекарственного препарата, дать четкие рекомендации о продолжительности приема и его дозировке.	1	2	3	4	5
7	Фармацевтический работник должен объяснить возможные побочные эффекты лекарственного препарата.	1	2	3	4	5
8	Фармацевтический работник должен проводить информирование в соответствии с моими ожиданиями.	1	2	3	4	5
9	Фармацевтический работник также должен предложить альтернативные методы лечения (модификация образа жизни и режима питания).	1	2	3	4	5
10	Фармацевтический работник должен быть компетентен в вопросах лечения изжоги и дисциплинирован.	1	2	3	4	5
11	Фармацевтический работник должен оперативно оказывать консультационные услуги при выборе лекарственного препарата.	1	2	3	4	5
12	Фармацевтический работник должен проявлять готовность помочь при выборе необходимого лекарственного препарата.	1	2	3	4	5
13	Фармацевтический работник должен интересоваться моим самочувствием и оперативно реагировать на «тревожные симптомы».	1	2	3	4	5
14	Фармацевтический работник должен иметь высокую степень профессионализма.	1	2	3	4	5
15	Фармацевтический работник должен давать рекомендации, соответствующие современным клиническим рекомендациям.	1	2	3	4	5

16	Фармацевтический работник при оказании консультации должен быть вежлив.	1	2	3	4	5
17	Руководство аптеки должно оказывать всяческую поддержку персоналу для эффективного обслуживания посетителей.	1	2	3	4	5
18	Фармацевтический работник должен персонализировать информирование под каждого посетителя аптеки.	1	2	3	4	5
19	Фармацевтический работник должен учитывать мои предпочтения при выборе лекарственного препарата.	1	2	3	4	5
20	Фармацевтический работник должен рекомендовать то, что поможет улучшить моё самочувствие в долгосрочной перспективе.	1	2	3	4	5
21	Фармацевтический работник должен задавать уточняющие вопросы, чтобы лучше понять мою проблему.	1	2	3	4	5
22	Время работы аптечной организации должно быть удобно для всех посетителей.	1	2	3	4	5

Раздел 2: Ваше восприятие аптечной организации

Пожалуйста, оцените, насколько вы согласны, что аптека и её персонал СООТВЕТСТВУЮТ следующим критериям на данный момент:

№	Утверждение	1	2	3	4	5
1	В аптечной организации есть современное оборудование.	1	2	3	4	5
2	В аптечной организации доступны необходимые лекарственные препараты для лечения изжоги.	1	2	3	4	5
3	Оформление ответов является аккуратным и уместным	1	2	3	4	5
4	Комфортная обстановка, и внешний вид информационных материалов доступен и понятен.	1	2	3	4	5
5	Фармацевтический работник предоставляет точную и своевременную информацию о лекарственных препаратах.	1	2	3	4	5
6	Фармацевтический работник корректно описывает способы применения, дает четкие рекомендации о продолжительности приема и дозировке.	1	2	3	4	5
7	Фармацевтический работник всегда объясняет возможные побочные эффекты лекарственного препарата.	1	2	3	4	5
8	Фармацевтический работник проводит информирование в соответствии с моими ожиданиями.	1	2	3	4	5

9	Фармацевтический работник также предлагает альтернативные методы лечения (модификация образа жизни и режима питания).	1	2	3	4	5
10	Фармацевтический работник компетентен в вопросах лечения изжоги и дисциплинирован.	1	2	3	4	5
11	Фармацевтический работник оперативно оказывает консультационные услуги при выборе лекарственного препарата.	1	2	3	4	5
12	Фармацевтический работник проявляет готовность помочь при выборе необходимого лекарственного препарата.	1	2	3	4	5
13	Фармацевтический работник интересуется моим самочувствием и оперативно реагирует на «тревожные симптомы».	1	2	3	4	5
14	У фармацевтического работника высокая степень профессионализма.	1	2	3	4	5
15	Фармацевтический работник дает рекомендации, соответствующие современным клиническим рекомендациям.	1	2	3	4	5
16	Фармацевтический работник при оказании консультации всегда вежлив.	1	2	3	4	5
17	Руководство аптечной организации оказывает всяческую поддержку персоналу для эффективного обслуживания посетителей.	1	2	3	4	5
18	Фармацевтический работник всегда использует индивидуальный подход при консультировании.	1	2	3	4	5
19	Фармацевтический работник учитывает мои предпочтения при выборе лекарственного препарата.	1	2	3	4	5
20	Фармацевтический работник рекомендует то, что поможет улучшить моё самочувствие в долгосрочной перспективе.	1	2	3	4	5
21	Фармацевтический работник задает уточняющие вопросы, чтобы лучше понять мою проблему.	1	2	3	4	5
22	Время работы аптечной организации удобно для всех посетителей.	1	2	3	4	5

Благодарим за участие!

ПРИЛОЖЕНИЕ Д

Стандартная операционная процедура «Порядок фармацевтического информирования посетителей аптеки при выборе безрецептурных лекарственных препаратов для лечения изжоги»

**СТАНДАРТНАЯ ОПЕРАЦИОННАЯ ПРОЦЕДУРА «ПОРЯДОК
ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОГО ИНФОРМИРОВАНИЯ ПОСЕТИТЕЛЕЙ АПТЕКИ
ПРИ ВЫБОРЕ БЕЗРЕЦЕПТУРНЫХ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ ДЛЯ
ЛЕЧЕНИЯ ИЗЖОГИ»**

СОСТАВИЛ: «__» _____ 20__ г.	УТВЕРДИЛ: ДОЛЖНОСТЬ «__» _____ 20__ г.
Содержание: 1. Цель СОП 2. Область применения СОП 3. Персонал, участвующий в реализации СОП 4. Ответственность персонала, участвующего в реализации СОП 5. Общие сведения 6. Основная часть 7. Список литературы 8. Распределение данной инструкции	

1. Цель стандартной операционной процедуры «Порядок фармацевтического информирования посетителей аптеки при выборе безрецептурных лекарственных препаратов для лечения ИЗЖОГИ» (далее – СОП)

- стандартизация процесса информирования посетителей аптеки при выборе безрецептурных лекарственных препаратов для лечения изжоги»

2. Область применения СОП

Когда	При реализации ЛП без рецепта врача и консультировании посетителей
Где	В помещения АО, предназначенных для обслуживания населения - торговый зал АО

3. Персонал, участвующий в реализации СОП

- 1) Руководитель аптечной организации;
- 2) Руководитель структурного подразделения;
- 3) Уполномоченный по качеству;
- 4) Фармацевтический персонал АО, осуществляющий в соответствии с должностными обязанностями реализацию ЛП населению без рецепта:
 - а) фармацевт;
 - б) провизор.

4. Ответственность персонала, участвующего в реализации СОП

Должность	Ответственность
Руководитель аптечной организации	Отвечает за: 1) наличие приказа о назначении ответственного за соблюдение работниками СОП, 2) утверждение СОП, 3) утверждение плана-графика инструктажа по СОП, 4) утверждение плана-графика по проведению внутренних проверок
Руководитель структурного подразделения	Отвечает за: 1) наличие СОП, 2) ознакомление всех сотрудников с СОП, 3) проведение инструктажей по реализации СОП, в соответствии с утвержденным планом-графиком 4) доступ сотрудников к информации о правилах отпуска, способах приема, режимах дозирования, терапевтическом действии, противопоказаниях, взаимодействии ЛП при одновременном приеме между собой и (или) с пищей, правилах их хранения в домашних условиях; 5) наличие ассортимента ЛП и МИ, применяемых при лечении и профилактике варикозной болезни нижних конечностей
Уполномоченный по качеству	Отвечает за: 1) своевременную актуализацию данного Порядка

	2) соблюдение сотрудниками аптеки/аптечного правил, установленных СОП 3) проведение внутренних проверок выполнения данной СОП не реже 1 раза в год 4) доведение до сведения работников информации об изменениях законодательства Российской Федерации, регулирующего правоотношения, возникающие при обращении товаров аптечного ассортимента
Фармацевтический персонал АО, осуществляющий в соответствии с должностными обязанностями реализацию ЛП населению без рецепта	Отвечает за: Качественное выполнение всех действий, предусмотренных данной СОП.

5. Общие сведения

1. Настоящая инструкция разработана во исполнение требований приказа Минздрава России от 29.04.2025 №259н «Об утверждении правил надлежащей аптечной практики лекарственных препаратов для медицинского применения» и приказа Минздрава РФ от 07.03.2025 №100н с приложениями «Об утверждении правил отпуска лекарственных препаратов для медицинского применения аптечными организациями, индивидуальными предпринимателями, имеющими лицензию на осуществление фармацевтической деятельности, медицинскими организациями, имеющими лицензию на осуществление фармацевтической деятельности, и их обособленными подразделениями, расположенными в сельских населенных пунктах, в которых отсутствуют аптечные организации, правил отпуска наркотических средств и психотропных веществ, зарегистрированных в качестве лекарственных препаратов для медицинского применения, лекарственных препаратов для медицинского применения, содержащих наркотические средства и психотропные вещества, порядка отпуска гражданам аптечными организациями иммунобиологических лекарственных препаратов для иммунопрофилактики»

2. Реализация ЛП без рецепта врача осуществляется аптечными организациями, индивидуальными предпринимателями, имеющими лицензию на фармацевтическую деятельность, медицинскими организациями, имеющими лицензию на фармацевтическую деятельность, и их обособленными подразделениями (амбулаториями, фельдшерскими и фельдшерско-акушерскими пунктами, центрами (отделениями) общей врачебной (семейной) практики),

расположенными в сельских населенных пунктах, в которых отсутствуют аптечные организации.

3. ЛП отпускается без рецепта в случае, если на упаковке/в Инструкции по применению имеется указание об отпуске ЛП «Без рецепта».

4. Правом отпуска ЛП без рецепта из аптек/аптечных пунктов обладают специалисты со средним/высшим фармацевтическим образованием, имеющие соответствующий и действующий сертификат специалиста.

5. Информация о ЛП, отпускаемых без рецепта, может быть размещена на полке в виде постера, воблера и иных носителях информации в целях предоставления покупателю возможности сделать осознанный выбор товара аптечного ассортимента, получить информацию о производителе, способе его применения и с целью сохранения внешнего вида товара.

6. Также в удобном для обозрения месте должен быть помещен ценник на ЛП, отпускаемый без рецепта, на котором размещается информация о наименовании, дозировке, количества доз в упаковке, страны производителя, срока годности, цены за единицу товара.

7. Лекарственные препараты, отпускаемые без рецепта, размещаются на витринах с учетом условий хранения, предусмотренных инструкцией по медицинскому применению, и (или) на упаковке.

8. При отпуске ЛП фармацевтический работник не вправе скрывать от покупателя информацию о наличии иных лекарственных препаратов, имеющих одинаковое международное непатентованное наименование и цены на них относительно к запрошенному.

9. В аптеке/аптечном пункте/аптечном киоске/у ИП, имеющего лицензию на фармацевтическую деятельность необходимо обеспечить наличие ЛП минимального ассортимента, перечисленных в Распоряжении Правительства РФ от 18.12.2025 №3867-р «Об утверждении перечня жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов, а также перечней лекарственных препаратов для медицинского применения и минимального ассортимента лекарственных препаратов, необходимых для оказания медицинской помощи».

6. Основная часть

№ п/п	Действие	Алгоритм действия
1		1. При появлении посетителя прекращение посторонних разговоров, смеха

	<i>Установление контакта с посетителем аптеки</i>	2. Доброжелательное приветствие и фокусирование внимание на посетителе
2	<i>Установление причины обращения посетителя аптеки</i>	1. Задать вводные вопросы «Что Вас беспокоит?» «Могу ли я Вам помочь?»
		2. Внимательно выслушать посетителя
		3. Задать уточняющие вопросы (по причине обращения) и уточнить симптоматику: 1) Кратность изжоги 2) Наличие/ отсутствие изжоги и/или регургитации
		4. Задать дополнительные вопросы на выявление «тревожных симптомов»: - тошнота, рвота; - нарушение аппетита; - интенсивная боль; - вздутие живота; - дегтеобразный стул; - кровь в кале; - дисфагия, потеря веса, -анемия.
		5. При выявлении «тревожных симптомов» незамедлительно направить посетителя к врачу, объяснить опасность промедления.

		6. При необходимости дать рекомендацию обратиться к врачу: при выявлении частоты изжоги и/или регургитации 1 раз в неделю и чаще, когда симптомы сохраняются в течении 3-х дней при адекватном лечении, при рецидивировании симптомов)
		При просьбе отпустить рецептурный лекарственный препарат, вежливо и аргументированно пояснить невозможность отпуска без рецепта.
3	Выбор безрецептурного лекарственного препарата	1. Учесть симптомы, перечисленные посетителем
		2. Учесть дополнительные характеристики пациента/ посетителя: - наличие сопутствующих заболеваний; - наличие аллергии на ЛП; - противопоказания ЛП; - наличие приема других ЛП - пол - факт наличия беременности и кормления грудью - возраст (особое внимание уделить отпуску ЛП без рецепта врачам детям до 3 лет, людям старше 60 лет)
		3. Предложить безрецептурные лекарственные препараты, аргументированно объяснить целесообразность лечения

		4. Предоставить посетителю из найденного ассортимента аптеки все торговые наименования, разных ценовых категорий и производителей.
4	Немедикаментозное лечение/ сопутствующая терапия	1. Предложить посетителю модификацию образа жизни: - сон на кровати с приподнятым головным концом на 10-15 см; - постепенное умеренное снижение избыточной массы тела (при наличии) - избегание тесной одежды, тугих поясов - избегание физических упражнений, связанных с перенапряжением мышц брюшного пресса - бросить курить (при наличии) 2. Рекомендации по режиму и составу питания: - соблюдение 3-4 разового питания, отказаться от перекусов - последний прием пищи должен быть не позднее, чем за 2 часа до сна - уменьшение потребления жирной, острой, механически грубой пищи - избегать раздражающих продуктов (кислые фруктовые соки, соки цитрусовых, томаты, кофе, крепкий чай, шоколад, лук, перец, чеснок, алкоголь), продуктов и жидкостей, усиливающих газообразование. - употребление гидрокарбонатных,

		сульфатных, магниевых, лечебно-столовых минеральных вод (у минеральных вод, которые подходят для употребления при хронической изжоге, на этикетке среди показаний значатся «болезни пищевода», «эзофагит», «хронический гастрит» и другие кислотозависимые заболевания. При изжоге минеральную воду (200 мл) следует пить в теплом виде, предварительно выпустив из нее углекислый газ, за 30–40 минут до еды 3–4 раза в день в течение месяца)
5	<i>Информирование посетителя аптеки о длительности приёма, побочных эффектах и взаимодействиях с другими ЛП, о хранении ЛП</i>	Предоставить покупателю информацию: а) о правилах приема ЛП, режиме приема, разовой и суточной дозе, способе приема (с учетом приема пищи), времени приема в соответствии с рекомендациями хронофармакологии; б) длительность лечения (рекомендовать обратиться к врачу при отсутствии улучшения здоровья в течение 3 дней или при возникновении нежелательных реакций, не описанных в инструкции); в) при необходимости — взаимодействие с пищей, алкоголем, никотином; г) меры предосторожности, указанные в инструкции по применению;

		д) условия хранения ЛП в домашних условиях; е) предупреждение о необходимости использования ЛП в пределах установленного срока годности
		Следует обратить внимание покупателя на необходимость дополнительного предварительного ознакомления с информацией о ЛП при непосредственном приеме
6	<i>Определение согласия посетителя на приобретение выбранного ЛП (или нескольких ЛП) / сопутствующей терапии</i>	
7	<i>Подготовка к отпуску</i>	1. Учесть норму отпуска ЛП, утвержденного соответствующими нормативными правовыми документами (при наличии) 2. В присутствии покупателя проверить внешний вид ЛП (маркировку, упаковку) и срок годности ЛП
8	<i>Отпуск с применением контрольно-кассовой техники</i>	Последовательность действий осуществляется в соответствии с Правилами эксплуатации контрольно-кассовых машин при осуществлении денежных расчетов с населением, утвержденными Минфином РФ от 30.08.1993 №104, абзац 5 п. 4.1: а) называть посетителю стоимость каждого ЛП и общую стоимость покупки;

		б) четко назвать сумму полученных денег и положить эти деньги отдельно на виду у покупателя; в) напечатать чек – при расчетах с использованием контрольно-кассовой машины; г) назвать сумму причитающейся сдачи и выдать ее покупателю вместе с чеком, при этом бумажные купюры и разменную монету выдать одновременно.
9	<i>Отпуск с расчетом через терминал</i>	а) назвать посетителю стоимость каждого ЛП и общую стоимость покупки; б) предложить посетителю оплатить через терминал банковской картой; в) выдать товарный чек (с указанием имя владельца карты, номер, дата покупки, сумма, тип платёжной системы, адрес организации и другой информации)
10	При самостоятельном выборе ЛП самим пациентом (посетитель с запросом на конкретный ЛП) выполняются действия 1-2, 5-7	
11	Предоставление сопроводительных документов на товар	По Правилам НАП (Приказ Минздрава России от 29.04.2025 №259н) обязательны к размещению в торговой зоне в удобном для обозрения месте: 1. Копия лицензии на фармацевтическую деятельность; 2. Информация о невозможности возврата и обмена товаров аптечного ассортимента надлежащего качества; 3. Информация в доступной для всех

		заинтересованных лиц форме, определенная в ч. 3 ст. 63 ФЗ «Об обращении лекарственных средств»: об установленных в субъекте РФ размерах предельной оптовой надбавки и предельной розничной надбавки на ЖНВЛП ;о зарегистрированных предельных отпускных ценах производителей на ЖНВЛП. 4. Книга отзывов и предложений
12	<i>Прощание с посетителем</i>	Вежливо попрощаться с посетителем, сопроводив его пожеланием скорейшего выздоровления.

7. Список литературы

1. Гражданский кодекс Российской Федерации» (часть вторая) от 26.01.1996 N 14-ФЗ
2. Федеральный закон РФ от 07.02.1992 N 2300-1 «О защите прав потребителей»
3. «Кодекс Российской Федерации об административных правонарушениях» от 30.12.2001 N 195-ФЗ
4. «Уголовный кодекс Российской Федерации» от 13.06.1996 N 63-ФЗ
5. Федеральный закон от 12.04.2010 N 61-ФЗ «Об обращении лекарственных средств»
6. Федеральный закон от 13.03.2006 N 38-ФЗ «О рекламе».
7. Постановление Правительства РФ от 31.12.2020 N 2463 «Об утверждении Правил продажи товаров по договору розничной купли-продажи, перечня товаров длительного пользования, на которые не распространяется требование покупателя о безвозмездном предоставлении ему товара в пользование на период ремонта или замены, и перечня непродовольственных товаров надлежащего качества, не подлежащих обмену, а также о внесении изменений в некоторые акты Правительства Российской Федерации».
9. Указание Банка России от 11.03.2021 № 3210-У «О порядке ведения кассовых операций юридическими лицами, индивидуальными предпринимателями, а также лицами, занимающимися частной практикой»
10. Распоряжение Правительства РФ от 18 декабря 2025 г. № 3867-р «Об утверждении перечня жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов, а также перечней лекарственных препаратов для медицинского

применения и минимального ассортимента лекарственных препаратов, необходимых для оказания медицинской помощи»».

11. Приказ Минздрава России от 29.04.2025 №259н «Об утверждении Правил надлежащей аптечной практики лекарственных препаратов для медицинского применения».

12. Приказ Минздрава РФ от 07.03.2025 №100н с приложениями «Об утверждении правил отпуска лекарственных препаратов для медицинского применения аптечными организациями, индивидуальными предпринимателями, имеющими лицензию на осуществление фармацевтической деятельности, медицинскими организациями, имеющими лицензию на осуществление фармацевтической деятельности, и их обособленными подразделениями, расположенными в сельских населенных пунктах, в которых отсутствуют аптечные организации, правил отпуска наркотических средств и психотропных веществ, зарегистрированных в качестве лекарственных препаратов для медицинского применения, лекарственных препаратов для медицинского применения, содержащих наркотические средства и психотропные вещества, порядка отпуска гражданам аптечными организациями иммунобиологических лекарственных препаратов для иммунопрофилактики».

13. Приказ Роспотребнадзора от 30. 06. 2022 г. № 600 «Об утверждении Административного регламента Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека по осуществлению федерального государственного надзора в сфере защиты прав потребителей посредством организации и проведения проверок юридических лиц, индивидуальных предпринимателей и граждан, проведения мероприятий по профилактике нарушений обязательных требований, систематического наблюдения за исполнением обязательных требований, анализа и прогнозирования исполнения обязательных требований в сфере защиты прав потребителей»

14. Государственный реестр лекарственных средств

15. «ОК 034-2014 (КПЕС 2008). Общероссийский классификатор продукции по видам экономической деятельности (ОКПД 2)" (утв. Приказом Росстандарта от 31.01.2014 N 14-ст)

16. "Этический кодекс Российского фармацевта"

8. Распределение экземпляров СОП

Экземпляр	Подразделение
Оригинал	Руководитель организации/Индивидуальный предприниматель/Отдел кадров
Копия 1	Руководитель структурного подразделения
Копия 2	Уполномоченный по

	качеству/Ответственное лицо за соблюдение правил отпуска
--	---

Список лиц, ознакомленных с СОП

[illegible]

ПРИЛОЖЕНИЕ Е

Акты внедрения (6)

УТВЕРЖДАЮ

Генеральный директор

ООО «Мир Лекарств»

М.Е. Дмитриев

«20» января 2025 г.

АКТ ВНЕДРЕНИЯ
от «20» января 2025г.

1. *Наименование предложения для внедрения:* стандартная операционная процедура «Порядок фармацевтического консультирования посетителей аптеки при выборе безрецептурных лекарственных препаратов для лечения изжоги»
2. *Кем предложен:* Д.Х. Шакировой, К.С. Бирюковой (кафедра фармации Института фундаментальной медицины и биологии ФГАОУ ВО «Казанский (Приволжский) федеральный университет» Министерства науки и высшего образования Российской Федерации)
3. *Где и когда внедрено:* в аптечной сети ООО «Мир Лекарств» в г. Елабуга в 2025 году.
4. *Результаты внедрения:* Стандартная операционная процедура «Порядок фармацевтического консультирования посетителей аптеки при выборе безрецептурных лекарственных препаратов для лечения изжоги» использована для внедрения Правил надлежащей аптечной практики.
5. *Эффективность внедрения:* внедрение стандартной операционной процедуры «Порядок фармацевтического консультирования посетителей аптеки при выборе безрецептурных лекарственных препаратов для лечения изжоги» сократило степень вариабельности рекомендаций при выборе препаратов.
6. *Замечания и предложения:* нет

Специалист по внутреннему
фармконтролю

Шакирова А.А.

Общество с ограниченной ответственностью «Мир лекарств»

Адрес: 423602, Республика Татарстан, г. Елабуга, пр-кт Мира, д.53, тел: (85557) 7-00-00;

E-mail: mlrt@mail.ru

УТВЕРЖДАЮ
Генеральный директор
ООО «Мир Лекарств»
М.Е. Дмитриев



АКТ ВНЕДРЕНИЯ
от «15» января 2025 г.

1. *Наименование предложения для внедрения:* программный продукт «СтопИзжоге» (разработанный на платформе Telegram, язык программирования- Python)
2. *Кем предложен:* Д.Х. Шакировой, К.С. Бирюковой (кафедра фармации Института фундаментальной медицины и биологии ФГАОУ ВО «Казанский (Приволжский) федеральный университет» Министерства науки и высшего образования Российской Федерации)
3. *Где и когда внедрено:* в аптечной сети ООО «Мир Лекарств» в г. Елабуга в 2025 году.
4. *Результаты внедрения:* Разработанный программный продукт направлен на совершенствование процесса фармацевтического консультирования посетителей аптек с изжогой.
5. *Эффективность внедрения:* Внедрение программного продукта «СтопИзжоге», разработанного на основе клинически апробированных алгоритмов сократило время консультации при отпуске безрецептурных лекарственных препаратов для лечения изжоги.
6. *Замечания и предложения:* нет

Специалист по внутреннему
фармконтролю

Шакирова А.А.

Общество с ограниченной ответственностью «Мир лекарств»
Адрес: 423602, Республика Татарстан, г. Елабуга, пр-кт Мира, д.53, тел: (85557) 7-00-00;
E-mail: mlrt@mail.ru

УТВЕРЖДАЮ

Директор

ООО «РТНК»

Р.Т. Нагаев



2015 г.

АКТ ВНЕДРЕНИЯ

от «10» февраля 2015 г.

1. *Наименование предложения для внедрения:* стандартная операционная процедура «Порядок фармацевтического консультирования посетителей аптеки при выборе безрецептурных лекарственных препаратов для лечения изжоги»
2. *Кем предложен:* Д.Х. Шакировой (доктор фармацевтических наук, профессор, заведующий кафедрой фармации Института фундаментальной медицины и биологии ФГАОУ ВО «Казанский (Приволжский) федеральный университет» Министерства науки и высшего образования Российской Федерации), К.С. Бирюковой (ассистент кафедры фармации Института фундаментальной медицины и биологии ФГАОУ ВО «Казанский (Приволжский) федеральный университет» Министерства науки и высшего образования Российской Федерации)
3. *Где и когда внедрено:* аптечная сеть «Саулык» (ООО «РТНК») в г. Казань в 2015 году.
4. *Результаты внедрения:* внедрение стандартной операционной процедуры «Порядок фармацевтического консультирования посетителей аптеки при выборе безрецептурных лекарственных препаратов для лечения изжоги» позволило обеспечить снижение вариабельности рекомендаций и совершенствование работы провизоров и фармацевтов.
5. *Эффективность внедрения:* Согласно п.3 и п.7 Приказа Минздрава России № 647н от 31.08.2016 г. утверждение и использование в практической деятельности аптечной организации стандартных операционных процедур является обязательным. Стандартная операционная процедура «Порядок фармацевтического консультирования посетителей аптеки при выборе безрецептурных лекарственных препаратов для лечения изжоги» использована для внедрения Правил надлежащей аптечной практики.
6. *Замечания и предложения:* нет

Директор по развитию

С. Нигмедзянова

Нигмедзянова С.Н

УТВЕРЖДАЮ

Директор

ООО «РТНК»

Р.Т. Нагаев



АКТ ВНЕДРЕНИЯ

от «14» февраля 2025 г.

1. *Наименование предложения для внедрения:* программный продукт «СтопИзжоге» (разработанный на платформе Telegram, язык программирования- Python)
2. *Кем предложен:* Д.Х. Шакировой (доктор фармацевтических наук, профессор, заведующий кафедрой фармации Института фундаментальной медицины и биологии ФГАОУ ВО «Казанский (Приволжский) федеральный университет» Министерства науки и высшего образования Российской Федерации), К.С. Бирюковой (ассистент кафедры фармации Института фундаментальной медицины и биологии ФГАОУ ВО «Казанский (Приволжский) федеральный университет» Министерства науки и высшего образования Российской Федерации)
3. *Где и когда внедрено:* аптечная сеть «Саулык» (ООО «РТНК») г. Казань в 2025 году.
4. *Результаты внедрения:* внедрение программного продукта позволило повысить эффективность фармацевтического консультирования пациентов с симптомами изжоги за счет автоматизированного подбора безрецептурных лекарственных средств на основе клинически апробированных алгоритмов. В совокупности это способствовало оптимизации времени консультации, повышению доступности и росту удовлетворенности пациентов в условиях аптечных организаций.
5. *Эффективность внедрения:* Разработанный программный продукт направлен на совершенствование процесса фармацевтического консультирования посетителей аптек с изжогой. Его функционал обеспечивает алгоритмизацию выбора безрецептурных препаратов, стандартизацию рекомендаций по коррекции образа жизни и минимизацию рисков лекарственных взаимодействий, что способствует повышению качества первичной медико-профилактической помощи населению.
6. *Замечания и предложения:* нет

Директор по развитию

С. Нигмедзянова

Нигмедзянова С.Н.



УТВЕРЖДАЮ:

Директор

ООО «ПТТ» «Аптека №301»

«3» февраля 2025 г.

АКТ ВНЕДРЕНИЯ

от «3» февраля 2025 г.

1. *Наименование предложения для внедрения:* стандартная операционная процедура «Порядок фармацевтического консультирования посетителей аптеки при выборе безрецептурных лекарственных препаратов для лечения изжоги»
2. *Кем предложен:* Д.Х. Шакировой – доктор фармацевтических наук, профессор, заведующий кафедрой фармации Института фундаментальной медицины и биологии Казанского (Приволжского) федерального университета, К.С. Бирюковой – ассистент кафедры фармации Института фундаментальной медицины и биологии Казанского (Приволжского) федерального университета.
3. *Где и когда внедрено:* Общество с ограниченной ответственностью «Производственно-торговое предприятие «Аптека №301», г. Казань, в 2025 году.
4. *Результаты внедрения:* Стандартизация процесса консультирования по безрецептурной терапии изжоги посредством внедрения стандартной операционной процедуры способствовало минимизации разнородности рекомендаций и улучшению показателей деятельности фармацевтических работников.
5. *Эффективность внедрения:* Согласно положениям Приказа Минздрава РФ № 647н от 31 августа 2016 года, применение стандартных операционных процедур в аптечной практике регламентируется как ключевой элемент обеспечения надлежащей аптечной практики. В данном контексте разработанная стандартная операционная процедура, регламентирующая алгоритм консультирования потребителей при выборе безрецептурных лекарственных препаратов, предназначенных для терапии изжоги, выступает в качестве механизма практической реализации установленных нормативным документом правил.
6. *Замечания и предложения:* нет

Заведующая отделом готовых лекарственных форм

Чурашова О.В.

Общество с ограниченной ответственностью «Производственно-торговое предприятие «Аптека №301», 420101, г. Казань, ул. Карбышева, д.47/1. тел. (843) 2241504, адрес электронной почты: apteka301@yandex.ru.



УТВЕРЖДАЮ
Директор
ООО «ПТП» «Аптека №301»
Л.Х. Нуриева
«28» января 2025 г.

АКТ ВНЕДРЕНИЯ
от «28» января 2025 г.

1. *Наименование предложения для внедрения:* программный продукт «СтопИзжоге» (разработанный на платформе Telegram, язык программирования- Python)
2. *Кем предложен:* Д.Х. Шакировой – доктор фармацевтических наук, профессор, заведующий кафедрой фармации Института фундаментальной медицины и биологии Казанского (Приволжского) федерального университета, К.С. Бирюковой – ассистент кафедры фармации Института фундаментальной медицины и биологии Казанского (Приволжского) федерального университета.
3. *Где и когда внедрено:* Общество с ограниченной ответственностью «Производственно-торговое предприятие «Аптека №301», г. Казань, в 2025 году.
4. *Результаты внедрения:* Внедрение программного продукта для подбора безрецептурной терапии изжоги на основе новейших клинических рекомендаций оптимизировало фармацевтическое консультирование в аптеках, повысив доступность услуги и удовлетворенность пациентов.
5. *Эффективность внедрения:* Функционал программного продукта обеспечивает алгоритмизацию подбора безрецептурной терапии изжоги, стандартизацию рекомендаций и минимизацию рисков, оптимизируя фармацевтическое консультирование и качество первичной помощи в аптечных организациях.
6. *Замечания и предложения:* нет

Заведующая отделом готовых лекарственных форм

 Чурашова О.В.

Общество с ограниченной ответственностью «Производственно-торговое предприятие «Аптека №301», 420101, г. Казань, ул. Карбышева, д.47/1, тел. (843) 2241504, адрес электронной почты: apteka301@yandex.ru.

УТВЕРЖДАЮ

Проректор по научной работе
ФГБОУ ВО ИГМУ Минздрава России
д-р.мед.наук., доцент
С.И. Малов



20 г.

АКТ ВНЕДРЕНИЯ
от «20» марта 2025г.

1. *Наименование предложения для внедрения:* Учебно-методическое пособие: «Фармацевтическое консультирование при безрецептурном отпуске лекарственных препаратов для лечения основных симптомов гастроэзофагеальной рефлюксной болезни».
2. *Кем предложен:* К.С. Бирюковой - ассистентом кафедры фармации Института фундаментальной медицины и биологии Казанского (Приволжского) федерального университета; Д.Х. Шакировой – доктором фармацевтических наук, профессором, заведующей кафедрой фармации Института фундаментальной медицины и биологии Казанского (Приволжского) федерального университета, С.Р. Абдулхаковым - кандидатом медицинских наук, доцентом, заведующим кафедрой внутренних болезней Института фундаментальной медицины и биологии Казанского (Приволжского) федерального университета.
3. *Где и когда внедрено:* в учебный процесс кафедры Управления и экономики фармации фармацевтического факультета ФГБОУ ВО ИГМУ Минздрава России в 2025- 2026 учебном году.
4. *Результаты внедрения:* повышение эффективности обучения студентов на кафедре Управления и экономики фармации фармацевтического факультета ФГБОУ ВО ИГМУ Минздрава России по дисциплине «Фармацевтическое консультирование».
5. *Эффективность внедрения:* учебно-методическое пособие разработано в целях оптимизации информационно-консультационной деятельности аптечных организаций, предназначено для использования в практической деятельности фармацевтических работников, а также в образовательном процессе студентов, осваивающих основную профессиональную образовательную программу высшего образования по специальности 33.05.01 «Фармация».

Заведующий кафедрой
Управления и экономики фармации
ФГБОУ ВО ИГМУ Минздрава России
к.фарм.н., доцент

А.А. Скрипко



Министерство науки и высшего образования Российской Федерации
Федеральное государственное автономное образовательное
учреждение высшего образования
«КАЗАНСКИЙ (ПРИВОЛЖСКИЙ) ФЕДЕРАЛЬНЫЙ УНИВЕРСИТЕТ»

ОГРН 1021602841391

ИНСТИТУТ ФУНДАМЕНТАЛЬНОЙ МЕДИЦИНЫ И БИОЛОГИИ

Кремлевская ул., д. 18, Казань, 420008

тел. (843) 2367892, факс (843) 2337814

email: medbiol@kpfu.ru

№ _____

На № _____ от _____

УТВЕРЖДАЮ

Заместитель директора по учебной
работе Института фундаментальной
медицины и биологии ФГАОУ ВО

«Казанский (Приволжский)
федеральный университет»

к.м.н., доцент Т.И. Андреева

«_____» _____ 20__ г.



АКТ ВНЕДРЕНИЯ

внедрения в учебный процесс
результатов диссертационной работы К.С. Бирюковой

Настоящим актом подтверждается, что теоретические разработки, результаты настоящего исследования К.С. Бирюковой по теме «Совершенствование фармацевтического информирования пациентов с хроническими заболеваниями с использованием инструментов цифровой среды», опубликованные в печати, используются в лекциях и практических занятиях на кафедре фармации Института фундаментальной медицины и биологии ФГАОУ ВО «Казанский (Приволжский) федеральный университет».

Почтовый адрес: 420012, г. Казань, ул. Карла Маркса, д. 76;

телефон: 8(843) 236-78-92, 233-78-14

сайт: <https://kpfu.ru>

e-mail: medbiol@kpfu.ru

Заведующий кафедрой фармации
Института фундаментальной
медицины и биологии ФГАОУ ВО «Казанский
(Приволжский) федеральный университет»
доктор фармацевтических наук, профессор

Д.Х. Шакирова



1. *Наименование предложения для внедрения:* Учебно-методическое пособие: «Фармацевтическое консультирование при безрецептурном отпуске лекарственных препаратов для лечения основных симптомов гастроэзофагеальной рефлюксной болезни»
2. *Кем предложен:* ассистентом кафедры фармации Института фундаментальной медицины и биологии ФГАОУ ВО «Казанский (Приволжский) федеральный университет», Бирюковой К.С., заведующей кафедрой фармации Института фундаментальной медицины и биологии ФГАОУ ВО «Казанский (Приволжский) федеральный университет», д.ф.н., профессором Шакировой Д.Х., заведующим кафедрой внутренних болезней Института фундаментальной медицины и биологии ФГАОУ ВО «Казанский (Приволжский) федеральный университет», к.м.н., доцентом Абдулхаковым С.Р.
3. *Где и когда внедрено:* федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Самарский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, кафедра управления и экономики фармации — базовая кафедра «Аптеки Плюс», 2025 год.
4. *Эффективность и целесообразность внедрения:* учебно-методическое пособие разработано с целью оптимизации информационно-консультационного обеспечения посетителей аптек. Представлен подход к организации фармацевтического консультирования при безрецептурном отпуске лекарственных препаратов для лечения основных симптомов гастроэзофагеальной рефлюксной болезни. Учебно-методическое пособие может быть использовано в работе фармацевтических специалистов в аптечных организациях, а также для обучения студентов, проходящих подготовку по образовательной программе по специальности 33.05.01 «Фармация»

Заведующий кафедрой
управления и экономики фармации
- базовой кафедрой «Аптеки Плюс»
ФГБОУ ВО СамГМУ Минздрава
России, д.фарм.н., доцент

U. Trump

И.К. Петрухина

федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Самарский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации

443099, г. Самара, ул. Чапаевская, д. 89 тел.; +7 (846) 374-10-01, доб. 4717

ПРИЛОЖЕНИЕ Ж

QR- код



@MEDBOT_MEDFORKTBOT