

семей, в которых проживали пожилые больные с постинсультными нарушениями. В 42,3% зависимость пожилого больного, перенесшего инсульт, от родственников была полной, в 21,3% — значительной. Среди опрошенных родственников, ухаживающих за больным, были в основном лица пенсионного возраста, вынужденные изменить свой распорядок дня для ухода за больным. Степень их социальной дезадаптации в 46% оценена как выраженная, в 28% — как умеренная, т. е. степень социальной дезадаптации пожилого человека в связи с болезнью возрастает в разы, усугубляет течение болезни и изменяет внутрисемейный климат.

Депрессивные реакции, связанные с воздействием стрессового фактора, диагностируются у 8,5% лиц в возрасте старше 60 лет. Наибольшая насыщенность стрессогенными факторами в пожилом возрасте приходится на 60—69-летний период жизни. Среди изучаемых психотравмирующих факторов, предшествующих депрессии, наиболее часто (68%) выявлялись собственно соматическое заболевание и смерть или заболевание близких (65%).

Среди факторов медико-социальной дезадаптации пожилых дополнительных и не менее важным моментом являются инволюционные изменения фармакокинетики, которые следует учитывать каждый раз при назначении пожилому пациенту лекарственных средств. Вследствие определенных возрастных изменений функционирования основных органов и систем, обеспечивающих фармакокинетику лекарственных средств у лиц пожилого возраста, при фармакотерапии возрастает риск ее осложнений. У лиц пожилого возраста отмечаются прогрессирующая гипокинезия желудка и кишечника, атрофические изменения их слизистой оболочки, снижение кровотока в желудочно-кишечном тракте, снижение секреции соляной кислоты и повышение рН желудочного сока, в результате чего биодоступность лекарственных средств снижается.

У пожилых больных на 10—15% снижено содержание общей и эффективной концентрации альбуминов в крови, изменяется соотношение связанного препарата к свободному в пользу последнего. Таким образом, при назначении фармпрепарата, особенно связывающегося с альбуминами крови на 85—90% и более, необходимо коррекционное снижение дозы лекарственного средства.

Пожилые люди имеют меньшую мышечную массу, общее и процентное содержание воды в организме, меньший объем плазмы, сниженные концентрации альбуминов и содержание жировой ткани. Это ведет к уменьшению объема распределения водорастворимых веществ. К тому же у лиц данной возрастной категории снижен минутный объем крови. После 45—60 лет процесс биотрансформации лекарственных средств в печени снижается, а в возрасте 60—80 лет вдвое падает кровоток в печени, снижается способность печени восстанавливаться после различного рода повреждений. Кроме того, с возрастом снижается скорость почечной экскреции лекарственных средств, а выведение летучих препаратов уменьшается из-за легочной вентилиации. Учитывая все возрастные изменения, неполноценность процессов биотрансформации препаратов в печени, снижение выделительной функции почек, легких, начальные дозы назначаемых препаратов следует уменьшить на 25—50%.

Среди медико-социальных факторов дезадаптации пожилого возраста на первый план выходит сужение коммуникативной активности, изменение жизненной позиции и социальной значимости. Они влекут за собой изменения социальной жизни — обеднение контактов с общественной средой, ограничение или полное отсутствие внутрисемейного общения или отгороженность от социального окружения в рамках семьи. Оценка и отношение к психотравмирующим ситуациям в позднем возрасте изменяется с трудом из-за утраты "гибкости и подвижности эмоций". Появляющаяся инертность, "застойность", "вязкость" и "застывание" эмоций отражаются на оценке перспектив, самооценке и направленности личности.

ЛИТЕРАТУРА

1. Зборовский А.Б., Тюренков И.М. Осложнение фармакотерапии. М.: Медицина; 2003.
2. Шавловская О.А. Терпия депрессии у лиц пожилого возраста. Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2006; Приложение 1: 21—6.
3. Решетников А.В., Ефименко С.А. Социология пациента. М.: Здоровье и общество; 2008.

Поступила 21.09.13

Г.С. Баласаниянц

СОЦИАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ ТУБЕРКУЛЕЗНОЙ ИНФЕКЦИИ

ФГУ Санкт-Петербургский НИИ фтизиопульмонологии Минздрава РФ, 191036, Санкт-Петербург, Россия

К социально значимым инфекциям относят туберкулез, ВИЧ-инфекцию, парентеральные гепатиты и инфекции, передающиеся половым путем. Это совершенно разные заболевания, но их объединяет социальная составляющая. Если весь социальный компонент рассматривать как единство "социального вклада", позволяющего оценить влияние социальных факторов на возникновение и поддержание эпидемического процесса, и "социального ответа" как результата распространения инфекций в обществе, то становится ясно, что социальный характер туберкулезной инфекции проявляется больше на уровне "социального вклада", нежели "социального ответа", что обусловлено особенностями патогенеза туберкулезной инфекции. "Социальный вклад" влияет не только на развитие болезни, но и на ее поддержание в обществе на этапе возникновения рецидивов туберкулезного заболевания. В то же время бремя "социального ответа" общества на инфекцию при туберкулезе значительно меньше, чем при ВИЧ-инфекции или парентеральных гепатитах. Это связано и с меньшим влиянием на демографические показатели, и с небольшой "затратностью" болезни по сравнению гемоконтактными инфекциями.

Ключевые слова: туберкулез, социальный вклад, социальный ответ

G.S. Balasaniyantz

THE SOCIAL ASPECTS OF TUBERCULOSIS INFECTION

The St. Petersburg research institute of phthisio-pulmonology of Minzdrav of Russia,
191036 St. Petersburg, Russia

The socially dangerous diseases comprise tuberculosis, HIV-infection, parenteral hepatitis and sexually transmitted infections. Per se they are ultimately different diseases. The only connecting link between them is their social component. It is possible to consider whole social component as a unity of "social input" allowing evaluating the effect of social factors on beginning and maintenance of epidemic process. Furthermore, this component can be also considered as "a social response" resulting propagation of infections throughout society. In this case, it becomes clear that social character of tuberculosis infection is more manifested at the level of "social input" than "social response". This pattern is conditioned by the characteristics of pathogenesis of tuberculosis infection. "The social input" effects on both development of disease and its maintenance in society on the stage of becoming of recurrences of tuberculosis disease. At the same time, the burden of "social response" of society to infection is significantly lower in case of tuberculosis than under HIV-infection and parenteral hepatitis. This occurrence is also related to lesser effect on demographic indicators and small "unprofitability" of disease as compared with hemocontact infections.

Key words: *tuberculosis, social input, social response*

Одной из наиболее важных проблем современного здравоохранения в нашей стране и в мире остаются так называемые социально-значимые инфекции, к которым относят туберкулез, ВИЧ-инфекцию, парентеральные гепатиты и инфекции, передающиеся половым путем (ИППП). Несмотря на принимаемые в мировом масштабе беспрецедентные меры по контролю за этими заболеваниями, остановить их рост пока не удастся.

В нормативных документах, на конференциях и съездах указанные инфекции по традиции объединяются в одну группу [4]. В то же время это совершенно самостоятельные заболевания, различающиеся не только этиологическими агентами, но и особенностями эпидемических процессов, различными механизмами передачи, способами лечения и наблюдения, мерами профилактики. Так, например, при туберкулезе уже не одно десятилетие используется вакцинация как эффективная мера предупреждения развития тяжелых форм заболевания. Специфическая профилактика при вирусном гепатите В имеет не столь длительную историю, а для других социальных инфекций эффективных вакцин пока нет.

Объединяет эти инфекции социальная составляющая, предполагающая схожесть их влияния на общество. Считается, что эти инфекции распространены среди одних и тех же социальных групп населения, их распространение обусловлено схожими факторами, их распространение однонаправленно влияет на социальный портрет общества.

Воздействие социальных инфекций на общество можно разделить на две составляющие, хотя следует сразу оговориться, что это процесс взаимозависимый и взаимообусловленный. Процесс влияния социальных факторов на возникновение и поддержание среди населения инфекционного процесса можно обозначить как "социальный вклад" инфекции. При ведущей роли "социального вклада" в развитии инфекционного процесса успехи в ее ликвидации напрямую зависят от распространения негативных социальных явлений в обществе, т. е. социальной политики государства. Более того, распространенность инфекции является отражением эффективности этой политики.

"Социальный ответ" показывает результаты распространения инфекций в обществе и в значительно большей степени, чем "социальный вклад", зависит от организационно-лечебных усилий медицинских служб.

С этих позиций становится ясно, что и в социальном аспекте инфекции нельзя рассматривать как нечто единое целое.

Туберкулез — одна из наиболее обособленных инфекций: в отличие от ВИЧ-инфекции, парентеральных гепатитов и ИППП социальный характер туберкулезной инфекции проявляется больше на уровне "социального вклада", нежели "социального ответа", что в небольшой степени обусловлено особенностями патогенеза туберкулезной инфекции.

Это единственная из социально-значимых инфекций, патогенез которой определяется двумя фазами: фазой инфицирования и фазой заболевания. Прежде чем заболеть туберкулезом человек должен заразиться микобактериями туберкулеза (МБТ). Инфицирование — это особое состояние, при котором МБТ навсегда поселяются в организме, но, сдерживаясь иммунной системой, не могут продолжить развитие патологического состояния до клинически развернутого заболевания. Это обусловлено различными факторами, в том числе качеством проводимой вакцинации, состоянием иммунитета, агрессивностью самих МБТ.

Инфицирование населения напрямую зависит от напряженности бактериального ядра в обществе: чем больше в населении больных туберкулезом, выделяющих МБТ, особенно неизвестных противотуберкулезной службе, тем больше частота инфицирования. Показатель инфицированности туберкулезом взрослого населения в нашей стране, по разным данным, составляет от 72 до 85%, т. е. можно констатировать, что почти все взрослое население РФ заражено туберкулезом, хотя следует отметить, что работы по изучению инфицированности населения относятся к периоду середины 1990-х годов [2].

Переход инфицирования в заболевание обусловлен срывом иммунитета, что может быть связано с социальными и медицинскими факторами. Если население имеет возможность работать и достаточно средств к существованию, то отсутствует состояние стресса (речь идет не об индивидуальном, а о социальном стрессе), нет алиментарных проблем, связанных с недоеданием или нехваткой в рационе питания белков и витаминов, минимизировано неблагоприятное воздействие на состояние иммунитета экологических факторов (загрязнения воздуха, воды, некачественных продуктов питания), — все это поддерживает иммунитет населения в адекватном состоянии и препятствует переводу инфи-

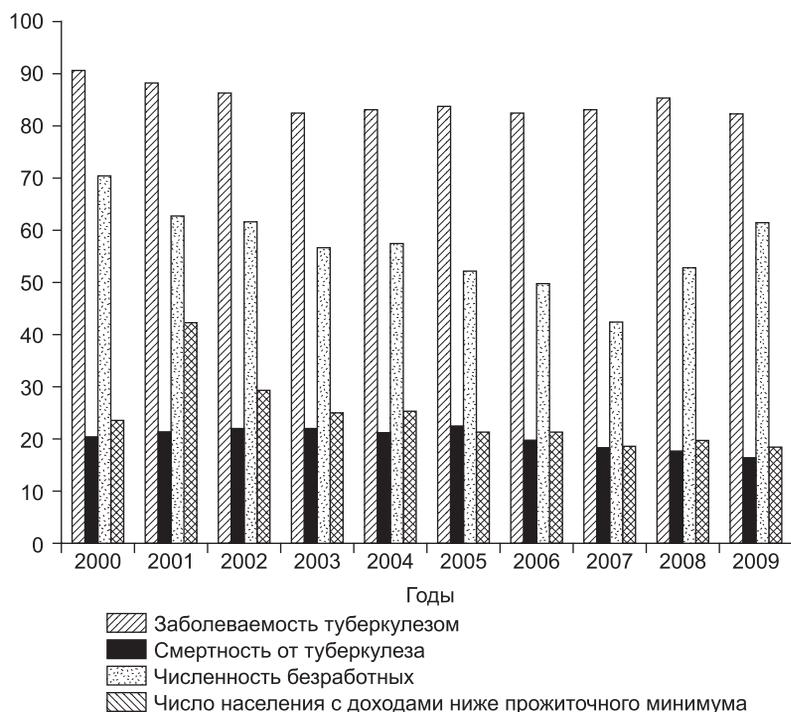


Рис. 1. Распределение заболеваемости и смертности от туберкулеза (на 100 тыс. населения), численности безработных (в десятках тыс. человек) и численности населения с уровнем доходов ниже прожиточного минимума (в млн человек) в РФ за 2000—2009 гг.

цирования в заболевание. При развитии негативных социальных тенденций и активации указанных факторов, которые можно объединить под общим названием "факторы социального неблагополучия", процесс переходит из инфицирования в собственно болезнь и, таким образом, реализуется социальная составляющая туберкулезной инфекции на уровне "социального вклада". Поскольку эти факторы, особенно первые три, являются отражением социальной уязвимости населения, то туберкулез продолжает сохранять статус "болезни бедных людей" [3, 4]. Это подтверждается параллелизмом роста безработицы и заболеваемости туберкулезом в нашей стране на протяжении последних 20 лет и традиционно высокой (52,8% в 2009 г.) долей неработающих лиц трудоспособного возраста среди впервые выявленных больных (рис. 1) [5].

Исследования различных авторов убедительно показывают, что социальный статус имеет важное значение как фактор риска заболевания туберкулезом. В социальной структуре заболевших туберкулезом преобладают социально незащищенные слои населения (не работающие лица трудоспособного возраста, студенты, инвалиды), они составляют 2/3 пациентов. Находятся "за чертой бедности" 76% пациентов, они имеют среднемесячный доход на одного члена семьи ниже прожиточного минимума. В Саратове среди впервые выявленных больных туберкулезом 16—30 лет доля неработающих составляла 68,7%, а из числа работающих только 40% имели постоянное место работы. Установлено, что в 2001 г. в Ленинградской области 58% детей, заболевших туберкулезом, происходили из социально неблагополучных семей.

Исследование социального статуса больных впервые выявленным туберкулезом, состоявших на учете в противотуберкулезном диспансере № 12 Адмиралтейского района Санкт-Петербурга в 1994—2004 гг., пока-

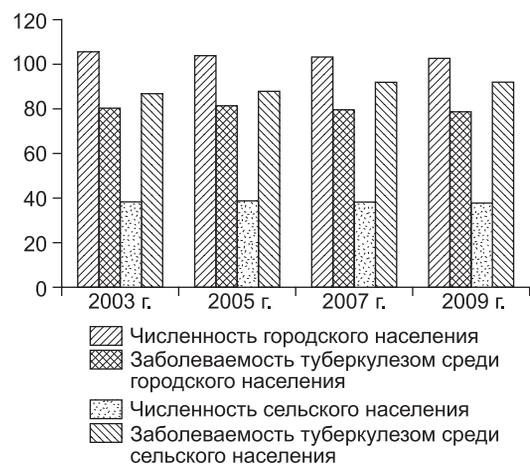


Рис. 2. Распределение заболеваемости туберкулезом (на 100 тыс. населения) среди городского и сельского населения [5] и абсолютной численности указанных категорий (в млн человек) в РФ за 2003—2009 гг.

зало, что на протяжении 12 лет наблюдения преобладающей была группа неработающих трудоспособного возраста, не относящихся к числу инвалидов. Доля представителей этой социальной группы колебалась от 36,1% в 1999 г. до 58,2% в 2004 г., составляя в среднем 42,5%. Большинство больных данной группы живут за счет случайных заработков. Они работают там, где от них не требуют ни прохождения флюорографических обследований, ни сведений о состоянии здоровья, и можно предположить, что они представляют наибольшую эпидемиологическую опасность.

При анализе социального статуса 1849 больных туберкулезом органов дыхания установлено, что удельный вес лиц, имеющих постоянную работу (служащие и рабочие), имел тенденцию к снижению от 31 до 26% [8]. Доля всех неработающих лиц из года в год нарастала (от 60 до 66%). Среди бактериовыделителей, состоящих на учете более 2 лет, доля социально-дезадаптированных лиц составляла 68,3%.

Что касается других возможностей трансформации инфицирования в клинические формы туберкулеза (курение и алкоголизм), то они также в большей степени распространены среди социально незащищенных людей. В группе социально-адаптированного населения в качестве основного фактора риска перехода в туберкулезное заболевание выступает сопутствующая соматическая патология [9].

При других социальных инфекциях отсутствует фаза инфицирования, а срыв иммунитета под воздействием социальных факторов слабо влияет на интенсивность заражения. При гемоконтактных инфекциях (ВИЧ-инфекция вирусные гепатиты В и С) и ИППП поражаемое население следует скорее оценивать не как бедное, а как маргинальное (потребители наркотиков, мужчины и женщины, занимающиеся коммерческим сексом). Можно сказать, что при этих инфекциях влияние социальной незащищенности проявляется опосредованно, тогда как при туберкулезе оно непосредственно обуславливает переход инфекции из одной фазы в другую.

Влияние "социального вклада" проявляется и в том, что в России в отличие, например, от развитых евро-

пейских стран сельское население болеет туберкулезом чаще, чем городское. Это обусловлено значительно большей тяжестью социальных проблем села, где безработица, низкий прожиточный уровень, распространение алкоголизма как социального явления гораздо острее, чем в городе (рис. 2).

При туберкулезе "социальный вклад" влияет не только на развитие болезни, но и на ее поддержание в обществе как в процессе лечения, так и на этапе возникновения рецидивов туберкулезного заболевания. Указанные факторы приводят зачастую к столь серьезным и разнообразным нарушениям гомеостаза, что это препятствует успешному излечению больных даже при наличии лекарственной чувствительности МБТ.

Около 1/3 всех поздних рецидивов туберкулеза обусловлено негативным социальным влиянием, которое способствует реактивации туберкулеза у лиц, уже снятых с диспансерного наблюдения во фтизиатрической сети в связи с клиническим излечением от туберкулеза.

В то же время бремя "социального ответа" общества на инфекцию при туберкулезе значительно меньше, чем при ВИЧ-инфекции, парентеральных гепатитах и ИППП. Это связано и с меньшим влиянием туберкулеза на демографические показатели, и с относительно небольшой затратностью болезни по сравнению гемоконтактными инфекциями. туберкулез — наиболее частая причина смерти по сравнению с другими инфекционными заболеваниями, но доля умерших от числа больных активным туберкулезом (заболевших впервые и страдающих хроническими формами) не превышает 15—18%, что несопоставимо с данными при ВИЧ-инфекции и вирусных гепатитах В и С.

Своеобразие туберкулезной инфекции заключается и в том, что это — одна из немногих социальных инфекций, при которой больные получают необходимое лечение и клинически излечиваются, что в определенной степени уменьшает напряженность "социального ответа". Так, эффективность лечения впервые выявленных больных в России в 2009 г. составила по показателю закрытия полости распада 56%, прекращения бактериовыделения 66,2%, а по данным когортного анализа когорты 2009 г. эффективность лечения составила 68,9% [5].

При ВИЧ-инфекции стандарты лечения больных определяют, что ВААРТ начинается при значительном снижении иммунитета (менее 200 кл/мл), при вирусном гепатите В основные медицинские мероприятия сконцентрированы на вакцинации, полноценное эффективное лечение получает пока небольшое число больных, а при вирусном гепатите С мы в подавляющем большинстве случаев имеем дело с естественным течением болезни.

Еще одной характерной особенностью туберкулеза, которую следует учитывать при социальной оценке инфекции, является тот факт, что негативные тенденции и положительные сдвиги в развитии эпидемического процесса имеют свойство накапливаться и проявляться не сразу, а через отсроченный временной период. Так, положительные сдвиги в социальной политике государства в начале 2000-х годов сопровождалась прекращением подъема заболеваемости и снижением заболеваемости (88,9—82,3 на 100 тыс. населения в 2001—2003 гг. соответственно). Периоду относительного застоя социальной политики соответствовала стабилизация показателя: заболеваемость (84,9—85,1 на 100 тыс. населения в 2003—2008 гг.). Только в послед-

ние 2 года отмечено снижение уровня заболеваемости (82,6 и 77,4 на 100 тыс. населения). Аналогична картина и в отношении показателя смертности, который стал снижаться позже, но в 2005—2009 гг. уменьшился на 26%. Безусловно, немаловажную роль в этом сыграла и напряженная работа противотуберкулезной службы, и беспрецедентное за последние годы внимание правительства РФ к проблеме лекарственного и технического обеспечения, что можно также отнести к положительным социальным тенденциям [10].

С 1999 г. было обеспечено централизованное финансирование противотуберкулезных мероприятий в рамках программы, а затем подпрограммы "Туберкулез" федеральной целевой программы "Предупреждение и борьба с социально значимыми заболеваниями". Часть мероприятий реализуется в рамках национального проекта "Здоровье", который с 2010 г. дополнен новым приоритетом, направленным на снижение заболеваемости и смертности от туберкулеза.

Таким образом, проблема туберкулеза имеет два аспекта — социальный и медицинский. Стратегической задачей медицинских мероприятий здравоохранения является снижение напряженности бациллярного ядра для уменьшения риска инфицирования населения. Социальная задача состоит в уменьшении негативного влияния социальных факторов. Туберкулез как социальная болезнь имеет характерные черты, отличающие ее от других социально значимых инфекций. Основными особенностями туберкулеза являются риск самого инфицирования, обусловленный обширностью бациллярного ядра, и риск перехода инфицирования в болезнь, связанный с социальными факторами. Другую особенность можно обозначить как доминирование "социального вклада" над "социальным ответом", что напрямую связывает основные эпидемические показатели при туберкулезе с эффективностью социальной политики государства.

ЛИТЕРАТУРА

1. Постановление Правительства РФ от 01.12.2004 № 715 "Об утверждении перечня социально значимых заболеваний и перечня заболеваний, обуславливающих опасность для окружающих". М.; 2004.
2. Гришко А.Н. Особенность развития туберкулеза среди населения многомиллионного города в изменившихся социально-экономических условиях: Дис. СПб.; 1995.
3. Перельман М.И. Туберкулез и биобезопасность. Молекулярная медицина. 2004; 3: 27—8.
4. Скачкова Е.И., Шестаков М.Г., Темирджанова С.Ю. Динамика и социально-демографическая структура туберкулеза в Российской Федерации, его зависимость от уровня жизни. Туберкулез и болезни легких. 2009; 7: 4—8.
5. Туберкулез в Российской Федерации 2009 г. Аналитический обзор статистических показателей по туберкулезу, используемых в Российской Федерации. Тверь: ООО "Издательство "Триада"; 2010.
6. Докторова Н.П., Паролина Л.Е. Социальный статус молодых больных туберкулезом. В кн.: Туберкулез сегодня: Материалы VII Российского съезда фтизиатров. М.: БИНОМ; 2003: 12.
7. Облеухова С.А., Воронин Е.Е., Фомин Ю.Ф., Лапина Н.В. К вопросу о детском туберкулезе в Ленинградской области. Туберкулез, ВИЧ/СПИД, алкоголизм, наркомания. 2002; 3: 16—8.
8. Лукина А.М., Винокурова М.К. Медико-социальные аспекты эпидемиологии туберкулеза в условиях северного города. Медицинские, социальные и экономические проблемы сохранения здоровья населения. 2004; 2: 69.
9. Карданова Л.Д. Медико-социальные аспекты качества жизни больных туберкулезом легких: Дис. М.; 2007.

10. *Решетников А.В.* Технология социологического исследования как методическая основа медико-социологического мониторинга (Часть IV). Социология медицины. 2011; 2: 3—10.

Поступила 25.04.13

REFERENCES

1. The decision of the Government of the Russian Federation from 01.12.2004 N 715 "About the statement of the list of socially significant diseases and the list of the diseases causing danger to associates".
2. *Grushko A.N.* Feature of tuberculosis development among the population of millions-strong city in changed social and economic conditions: The author's abstract of the dissertation of the doctor of science. SPb.; 1995 (in Russian).
3. *Perelman M.I.* Tuberculosis and biosafety. Molecular medicine. 2004; 3: 27—8 (in Russian).
4. *Skachkova E.I., Shestakov M.G., Temirganova S.U.* The dynamics and social - demographic structure of tuberculosis in the Russian Federation, its dependence on standards of living. Tuberculosis and lung diseases. M.; 2009; 7: 4—8 (in Russian).
5. Tuberculosis in the Russian Federation in 2009. The analytic review of statistics on tuberculosis, used in the Russian Federation. Tver: Open Company "Publishing house" the Triad"; 2010 (in Russian).
6. *Doktorova N.P., Parolina L.E.* The social status of young-age patients with tuberculosis. Tuberculosis today. Materials of VII Russian congress of phthisiatricians. M.: the BINOMIAL; 2003: 12 (in Russian).
7. *Obleuhova S.A., Voronin E.E., Fomin J.F., Lapina N.V.* To a question on children's tuberculosis in Leningrad region. Tuberculosis, HIV/AIDS, alcoholism, narcotism. 2002; 3: 16—8 (in Russian).
8. *Lukina A.M., Vinokurova M.K.* Medical and social aspects of tuberculosis epidemiology in conditions of northern city. Medical, social and economic problems of preservation of health of the population. 2004; 2: 69 (in Russian).
9. *Kardanova L.D.* Medical and social aspects of quality of a life of patients with lung tuberculosis: The author's abstract of the dissertation of the candidate of sciences. M.; 2007 (in Russian).
10. *Reshetnikov A.V.* The technology of sociologic study as a methodological basis of medical sociologic monitoring. Sociology of Medicine. 2011; 2: 3—10 (in Russian).

МЕДИКО-СОЦИОЛОГИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

© О.В. ТКАЧЕНКО, 2013
УДК 615.2/3:316.77

О.В. Ткаченко

РЕКЛАМА ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ И БАД: РАЦИОНАЛЬНЫЕ И ЭМОЦИОНАЛЬНЫЕ ИНСТРУМЕНТЫ ВОЗДЕЙСТВИЯ НА КОНЕЧНОГО ПОТРЕБИТЕЛЯ

ГБОУ ВПО Волгоградский государственный медицинский университет, 400001, Волгоград, Россия

Представлены результаты авторского социологического исследования рекламных роликов на телевидении, посвященных лекарственным средствам и БАД, с целью изучения степени рисковости рекламного воздействия на конечных покупателей. Проведен контент-анализ рекламных роликов и выявлены основные компоненты воздействия на формирование у потребителя привлекательного образа рекламируемых препаратов. Определена степень рисковости основных факторов влияния на потребительское поведение на фармацевтическом рынке.

Ключевые слова: *реклама, лекарственные средства, потребительское поведение, риск*

O.V. Tkatchenko

THE ADVERTISING OF PHARMACEUTICALS AND BIO-ACTIVE SUBSTANCES: THE RATIONALE AND EMOTIONAL INSTRUMENTS OF IMPACT ON END USER

The Volgograd state medical university, 400001 Volgograd, Russia

The article presents the results of author's sociological survey of commercial trailers covering pharmaceuticals and bio-active substances with purpose to study the degree of risk of advertisement impact on the end customers. The content-analysis was applied to commercial trailers. The results revealed the main components of impact on consumer forming attractive image of advertised preparations. The degree of risk of main factors impacting consumer behavior at pharmaceutical market.

Key words: *advertisement, pharmaceuticals, consumer behavior, risk*

Рекламу в широком смысле можно определить как форму коммуникации, переводящую качество товара, в данном случае лекарственного средства (ЛС), на язык нужд и запросов, которые будут максимально близки и понятны потенциальному потребителю и по меньшей мере возбуждает интерес к рекламируемому объекту. Эта задача решается путем передачи определенной информации о товаре в различных смысловых, образных и ситуативных интерпретациях. Огромное количество лекарств на фармацевтическом рынке заставляет про-

изводителей задумываться не только об информировании потребителя о появлении новинки, но и о выделении данного препарата из системы альтернативных лекарственных средств конкурирующих компаний [1]. Это требует использования различных технологий воздействия как на непосредственную потребность избавиться от существующего недуга, так и на решение проблем социально-психологического характера. Так, для увеличения количества продаж в рекламе лекарственных средств и биологических добавок к пище