

ФАРМАЦИЯ КАЗАХСТАНА



2020





**НАЦИОНАЛЬНЫЙ
ЦЕНТР ЭКСПЕРТИЗЫ**
лекарственных средств и медицинских изделий

ФАРМАЦИЯ КАЗАХСТАНА

НАУЧНЫЙ И ИНФОРМАЦИОННО-АНАЛИТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ

Ежемесячное издание для работников органов управления здравоохранением, в том числе фармацевцией, врачей, провизоров, фармацевтов и широкого круга специалистов, работающих в сфере обращения лекарственных средств, изделий медицинского назначения и медицинской техники, сотрудников медицинских вузов и колледжей.

Журнал входит в Перечень изданий, рекомендуемых Комитетом по контролю в сфере образования и науки Министерства образования и науки Республики Казахстан для публикации результатов научной деятельности, индексируется в РИНЦ.



ОСНОВНЫЕ РАЗДЕЛЫ:

- Законы и нормативные правовые документы, регламентирующие сферу обращения лекарственных средств.
- Актуальная информация о лицензировании, регистрации, сертификации и стандартизации лекарственных средств, оперативные материалы Фармакологического и Фармакопейного центров Минздрава РК.
- Анализ фармацевтического рынка республики и стран СНГ, тенденций и проблем его развития.
- Новости медицины и фармации, клинической фармакологии, поиск, исследования и эксперименты в области разработки и создания новых эффективных медицинских препаратов, в том числе отечественного производства.
- Мнение специалистов и экспертов о лекарственных препаратах, презентация фармацевтических и медицинских компаний и их продукции, а также широкое освещение практической деятельности аптечных организаций и медицинских центров.
- Материалы по истории медицины и фармации республики.
- Консультации специалистов по вопросам, касающимся фармации, регистрации и перерегистрации лекарственных средств, медицинской техники и изделий медицинского назначения.

ПОДПИСКА НА 2020 ГОД

Регион: **город**

1 месяц – 768,30

3 месяца – 2 304,90

6 месяцев – 4 609,80

12 месяцев – 9 219,60

Регион: **район/село**

1 месяц – 772,60

3 месяца – 2 317,80

6 месяцев – 4 635,60

12 месяцев – 9 271,20



ТАРИФЫ НА РАЗМЕЩЕНИЕ РЕКЛАМЫ:

Полноцветная обложка
(20,5x27,9 см, А4 формат) – 70 350 тенге.

Полноцветный вкладыш
(20,5x27,9 см, А4 формат) – 64 630 тенге.

При размещении рекламного модуля
необходимо наличие разрешения на рекламу.

Оформить подписку на журнал можно в любом отделении связи АО «Казпочта», в головном офисе РГП на ПХВ «Национальный центр экспертизы лекарственных средств и медицинских изделий» в г. Нур-Султан, редакции (территориальный филиал НЦЭС в г. Алматы), отделениях почтовых операторов – ТОО «Эврика-Пресс», ТОО «Агентство «Евразия Пресс» (в том числе для подписчиков из Российской Федерации).

По вопросам подписки, публикаций и размещения рекламных материалов обращаться по телефонам:



+7 (727) 273 03 73, +7 (747) 373 16 17



pharmkaz@dari.kz



www.pharmkaz.kz

Подписной индекс издания: 75888

Қазақстан Республикасының Мемлекеттік фармакопеясының
қазақ және орыс тіліндегі III томы жарыққа шықты



Вышел в свет III том Государственной фармакопеи
Республики Казахстан на казахском и русском языках

Pharmkaz.kz – это достоверная информация о рынке лекарств и медицинских изделий, состоянии фармацевтического рынка Казахстана и других стран, нормативные правовые акты МЗ РК, данные о побочных действиях лекарственных средств и медицинских изделий, рекомендации специалистов, публикация результатов научных исследований казахстанских и зарубежных ученых в области фармации, клинической фармакологии и практической медицины, обсуждение фармакопейных статей, новости фармацевтических компаний, электронные версии журнала «Фармация Казахстана».



**Ежемесячный журнал о рынке лекарственных средств,
изделий медицинского назначения и медицинской техники**

№1 (222) январь • Издаётся с 2001 г.

**Издатель: РГП на ПХВ «Национальный центр экспертизы лекарственных средств,
изделий медицинского назначения и медицинской техники» МЗ РК**

WWW.DARI.KZ

Редакционный совет

Р.М. Абдуллабекова (Казахстан)
Виталис Бриедис (Литва)
А.И. Гризодуб (Украина)
Н.Т. Джайнакбаев (Казахстан)
Милан Земличка (Чешская Республика)
Анна Мальм (Польша)
М.К. Мамедов (Азербайджан)
Е.В. Матвеева (Украина)
Б.К. Махатов (Казахстан)
И.А. Наркевич (Россия)
Т.М. Нургожин (Казахстан)
Д.А. Рождественский (Россия)
Росс Самир Анис (США)
В.Ю. Сергеев (Россия)
Э. Станкевичюс (Литва)
Елена Л. Хараб (США)
А.Б. Шукирбекова (Казахстан)

Редакционная коллегия

У.М. Датхаев
М.И. Дурманова
П.Н. Дерябин
Н.А. Жуманазаров
И.Р. Кулмагамбетов
Р.С. Кузденбаева
В.Н. Локшин
А.И. Нуртаев
М.Т. Рахимжанова
А.У. Тулегенова
Ж.А. Сатыбалдиева

**Координатор группы
«Редакция журнала
«Фармация Казахстана»
Ф.Э. Сулеева**

**Дизайн и верстка
А.В. Беккер,
А.Б. Рахметова**



Адрес редакции:

050004, РК, г. Алматы.
пр. Абылай хана, 63, оф. 215,
тел.: +7 (727) 273 03 73,
+7 (747) 373 16 17 (whatsapp).
E-mail: pharmkaz@dari.kz;
www.pharmkaz.kz

Отпечатано в типографии

корпоративного фонда
«Каратальская первичная организация»
ОО «Казахское общество слепых».
РК, Алматинская область, Каратальский район,
г. Уштобе, проспект Абылай хана, 5.
Контактные телефоны: 8 (707) 431 48 41, 8 (707) 158 88 81.
E-mail: dalaprint@mail.ru.
Дата выхода: 4.03.2020 г.
Тираж: 600 экземпляров. Заказ №1.
Периодичность: 1 выход в месяц.

Территория распространения

Казахстан, Россия, Украина, Узбекистан,
Кыргызстан, Беларусь, Азербайджан, Латвия,
Литва, Пакистан, Турция

Журнал зарегистрирован Министерством
культуры, информации и общественного согласия
Республики Казахстан.

Свидетельство об учетной регистрации №3719-Ж
от 19.03.2003 г.

Контактные телефоны:

+7 (727) 273 03 73, +7 (747) 373 16 17.

Подписной индекс: 75888

Ответственность за рекламу несет рекламодатель.

Мнение редакции может не совпадать с мнением автора.

Журнал входит в Перечень изданий, рекомендуемых Комитетом по контролю в сфере образования и науки Министерства образования и науки Республики Казахстан для публикации результатов научной деятельности, индексируется в РИНЦ (на платформе научной электронной библиотеки elibrary.ru).

В журнале используются фотоматериалы и изображения из открытых Интернет источников.

СОДЕРЖАНИЕ

ОФИЦИАЛЬНЫЙ ОТДЕЛ	4
АНАЛИЗ. КОНЪЮНКТУРА. ПЕРСПЕКТИВЫ	
АРЫКБАЕВА А.Б., УСТЕНОВА Г.О., БЕЙСЕБАЕВА У.Т., КУАТБАЙ Э.Б. Перспективы применения лечебных косметологических средств против акне на основе растительных экстрактов.....	9
РУСТЕМКУЛОВА А.Е., ДАТХАЕВ У.М., АБДУЛЛАБЕКОВА Р.М., АЛИМОВА У.С. Рациональный состав шампуня – основа его безопасности и качества.....	12
ПОИСК. ИССЛЕДОВАНИЯ. ЭКСПЕРИМЕНТ	
БАДЕКОВА К.Ж., АХМЕТОВА С.Б. Антимикробная активность эфирных масел, растений, произрастающих в Казахстане.....	15
ТЕМО-ОГЛЫ П.Я., СОКОЛЕНКО А.С., БАКТЫБАЕВА Л.К., УМИРБЕКОВА Л.К. Эритропоз и тромбоцитопоз стимулирующая активность нового синтезированного соединения БИВ-104 на фоне острой интоксикации бенз(а)пиреном.....	18
СОКОЛЕНКО А.С., ТЕМО-ОГЛЫ П.Я., БАКТЫБАЕВА Л.К., УМИРБЕКОВА Л.Ж. Лейкопозстимулирующая активность соединения БИВ-104 на фоне острой интоксикации бенз(а)пиреном.....	22
ОБЩЕСТВЕННОЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЕ	
SAMAT S.S., KAYUROVA F.E., SHADIYAROVA A.S., RAKHIMOVA N.A., DYUSEMBINOVA G.A. Medical drug provision of the population under the compulsory medical insurance fund (literature review).....	27
АЯЗБЕКОВ А.К., НУРХАСИМОВА Р.Г., РЫСКЕЛДИЕВА К.Ж., КУШКАРОВА А.А., КУРБАНИЯЗОВА С.А. Түркістан аймағындағы болашақ аналардың денсаулығының қазіргі жағдайын талдау.....	31
ЮБИЛЕЙ	
Маншук РАХИМЖАНОВА: финансовый кризис-менеджер – это талант и труд.....	36
АКТУАЛЬНАЯ ТЕМА	
70 тысяч обращений поступило в Центр обслуживания заявителей НЦЭЛСиМИ в 2019 году.....	38
ФАРМАКОГНОЗИЯ	
КОЖАНОВА А.М., ИШМУРАТОВА М.Ю., РАХАТАЕВА А.А., ТЕМИРГАЗИЕВ Б.С., ДРАШАР П., ТУЛЕУОВ Б.И., АДЕКЕНОВ С.М. Исследование микроскопического строения надземных органов смолевки волжской (<i>Silene wolgensis (Hornem) Bess. Ex spreng</i>).....	40
ТУЛЕБАЕВ Е.А., ИШМУРАТОВА М.Ю., ЛОСЕВА И.В. Изучение микроскопического строения надземных органов лабазника (<i>Filipendula vulgaris</i>).....	44

SAMAT S.S.¹, KAYUPOVA F.E.¹, SHADIYAROVA A.S.¹, RAKHIMOVA N.A.¹, DYUSEMBINOVA G.A.¹,
¹Kazakh National medical university named after S.D. Asfendiyarov, Almaty c.

MEDICAL DRUG PROVISION OF THE POPULATION UNDER THE COMPULSORY MEDICAL INSURANCE FUND

(LITERATURE REVIEW)

Kazakhstan has chosen a solidary model of the health insurance system. The selected model provides for the responsibility of three parties – the state, the employer and the citizen. The state is responsible for its citizens by directly transferring the appropriate contributions, the employer is for its employee, and the third party is a citizen who must take care of his health.



ABSTRACT

The article focuses on the basic models of modern medical insurance. It concerns implementation of the Compulsory Social Insurance system in Kazakhstan and Health systems in other countries.

Keywords: medicines, medical insurance, insurance medicine, Compulsory Social Insurance, healthcare, public health, WHO.

RELEVANCE OF THE STUDY

The health of the population is the most important characteristic of the level of socio-economic development of the country and is an integral element of the labor potential of society.

Insurance medicine as a form of nationwide protection of the population is a special organizational system of medical care based on the insurance method. The health insurance system is now being implemented in all countries. At the moment, the need for the introduction of compulsory social health insurance in the Republic of Kazakhstan is defined by the Plan of Institutional Reforms "100 Concrete Steps for Further State Building", Message from the Head of State Nursultan Nazarbayev to the people of Kazakhstan dated January 17, 2014 "Kazakhstan's Way – 2050: Common Goal, Common Interests, Common future" [1]. Kazakhstan has chosen a solidary model of the health insurance system. The Ministry of Health has already adopted the law "On Compulsory Social Insurance"

[2]. On July 1, 2016, the non-profit joint-stock company Social Health Insurance Fund was established in accordance with the Decree of the Government of the Republic of Kazakhstan dated July 01, 2016 №389. The main subjects of the fund's activity are the accumulation of contributions and contributions. Employee contributions 1% of wages in 2017, 1.5% – in 2018-2019, 2% – in 2020, 3% after 2022. [3]

The goal of introducing this system of health insurance is to create a balanced and sustainable system of guaranteeing and guaranteeing the provision of medical care. Creating conditions for the patient to freely choose a doctor and medical organization will lead to the development of competition and increase the transparency of the process of providing medical services.

The need to study this issue, taking into account the demographic situation and the trends of the country's socio-economic development, the need to develop practical recommendations for the implementation of drug provision of the population within the framework of the CIMF, determine the relevance of the topic of the dissertation.

The aim of the study to develop methodological recommendations for the drug provision of the population within the framework of the CIMF.

Despite the variety of specific forms of organization of the public health protection system, the specifics of economic relations in this sphere of the life of society, one can still identify a number of parameters that reflect the com-

mon development inherent in different countries. Among these parameters, expressing the main features of the health care system, its main economic characteristics, can be attributed: property relations, financing methods, incentive mechanisms for medical workers (manufacturers) and the population, forms and methods of monitoring the volume and quality of medical care.

Each country has historically developed and developed its own way of attracting economic resources for providing medical care, preserving and strengthening the health of the population. The quantity and quality of resources allocated by society, the effectiveness of their use in the healthcare sector is determined by the complex system of economic, political, moral, ethical and other relations that have historically developed in the country.

The presence in a country of an appropriate health care system is determined by many circumstances. It all depends on what underlies the classification of a particular health care system.

So from the point of view of the socio-political structure of society, five types of health systems are conditionally distinguished: classical (disordered), pluralistic, insurance, national, and socialist. [4]

Russian scientists, from the point of view of approaching the essence of relations in healthcare (O.P. Shchepin, V.B. Filatov, Y.D.) liberal, in accordance with the way G. Zharkovich et al. defines the social values of a "prosperous society". Other authors (I.A. Torgunov and others) believe that a modern approach to the typology of healthcare systems, initially the legal characteristics of the universal relations of a doctor and a patient should prevail, which in turn are determined by fundamental (constitutional) personal freedoms.

WHO experts (S. Hakansson, B. Majnoni, D'Intignano, G.H. Mooney, J.L. Roberts, G.L. Stoddart, K.S. Johansen, H. Zollner) a classification is proposed that distinguishes between three primary types of health care systems, but experts in the direct insurance market tend to a more detailed classification (table).

Currently, all existing health systems are reduced to three main economic models. These models do not have unambiguous universally accepted names, but the description of their main parameters is given by specialists, in general, in the same way. These are: paid medicine based on market principles using private health insurance, state medicine with a budget financing system, and a health care system based on the principles of social insurance and market regulation with a multi-channel financing system.

The first in the history of healthcare systems was the German model, created by Chancellor Otto von Bismarck in 1881. It served to promote the health of ordinary workers, who were seen as potential military personnel. Initially created social insurance funds that pay for medical expenses by issuing unemployment benefits, pensions, etc., were gradually allocated to sickness funds. They received two-thirds of contributions from workers and one-third from

Table – Classification of Health Systems

WHO
State, or Beveridge system
Comprehensive health insurance system or Bismarck system
The non-state, market or private health system
Insurance Sector Experts
Universalist (Beveridge model)
Social Insurance (Bismarck Model)
"Southern model" (Spain, Portugal, Greece and partially Italy)
Institutional or Social Democratic "Scandinavian model"
Liberal (residual welfare)
Conservative Corporate (Japan)
Health systems of industrialized states of East Asia

employers. Subsequently, cash registers merged into insurance companies, and the structure of employer contributions became dominant.

This model still serves as the basis for healthcare in Germany and many countries of the world. [5]

The diversity of health system configurations that has developed in response to broadly common objectives leads quite naturally to questions about the advantages and disadvantages inherent in different arrangements, and which approach is "better" or even "best" given a particular context and set of policy priorities. [7]

The Beverage system appeared in England in 1911, it was quickly supported by almost a third of the population. The system, introduced by British Prime Minister David Lloyd George, had a distinctive feature that has survived to this day. The payment for the work of doctors depended on the number of registered patients whom he served. The basic principle of payment "money follows the patient" left the patients the right to freely choose a doctor, and the size of the doctor's fee depends on the number of patients, their gender, age and social status. For the elderly, children under four years of age, women of child-bearing age, and residents of poor areas, payments are higher. Per capita payment also includes funds for inpatient treatment, which prohibits unjustified hospitalization in cases where treatment at home is more effective and cheaper. The English system encourages a general practitioner to carry out preventive work in a timely manner, it is cheaper than fighting the consequences of a developed disease.

In 1948, the Labor government approved the David Beverage Revamped System, based on universal, free

health care. His reckoning that free public medicine will allow better treatment of patients and lead to lower health-care costs was utopian. Costs, on the contrary, increased several times. Patient health requirements increased as soon as it became apparent that treatment was no longer necessary. Doctors began to call home, sometimes, without the slightest need. Doctors began to form supply and demand in absolutely unregulated conditions: often people with absolutely healthy teeth suddenly had “filled” 20 teeth, people with normal eyesight were prescribed glasses, and appendectomies were performed almost totally for preventive purposes.

The market model is characterized by the provision of medical care mainly on a paid basis, at the expense of the consumer of medical services, and the lack of a unified system of state medical insurance. The main tool for meeting the needs of medical services is the medical services market. That part of the needs that is not satisfied by the market (low-income groups of the population, pensioners, unemployed) is assumed by the state by developing and financing public health care programs. It is most clearly represented by US healthcare, where the foundation of healthcare is the private health care market, complemented by government-owned health care programs for the poor Medicaid and Medicare retirees. This model is usually called paid, market, American, sometimes – a private insurance system.

A substantial number of central and eastern European (CEE) countries have introduced adapted SHI models since they regained control over national policy-making – among them Hungary (1989), Lithuania (1991), Czech Republic (1992), Estonia (1992), Latvia (1994), Slovakia (1994) and Poland (1999). [7]

The state model is characterized by a significant (exclusive) role of the state. Health care financing is carried out mainly from the state budget, due to taxes from enterprises and the population. The country's population receives medical care free of charge (with the exception of a small set of medical services). Thus, the state is the main buyer and provider of medical care, ensuring the satisfaction of most of the public need for health services. The market is assigned a secondary role, as a rule, under state control. This model has existed in the UK since 1948. It is also characteristic of Ireland (1971), Denmark (1973), Portugal (1979), Italy (1980), Greece (1983) and Spain (1986). It is called the state, budget, state budget.

A social model is defined as a social insurance or regulated health insurance system. This model of health

care is based on the principles of a mixed economy, combining the medical services market with a developed system of state regulation and social guarantees, the availability of medical care for all segments of the population. It is characterized primarily by the presence of compulsory medical insurance for the entire or almost the entire population of the country with a certain participation of the state in the financing of insurance funds. The state here plays the role of a guarantor in meeting the socially necessary needs of all or most citizens for medical care, regardless of income, without violating market principles for paying for medical services. The role of the medical services market is to satisfy the needs of the population beyond a guaranteed level, providing freedom of choice and consumer sovereignty. A multi-channel financing system (from the profit of insurance organizations, deductions from salaries, the state budget) creates the necessary flexibility and stability of the financial base of social insurance medicine. Most clearly, this model is represented by the healthcare of Germany, France, the Netherlands, Austria, Belgium, Holland, Switzerland, Canada, and Japan. [6]

CONCLUSIONS

The effectiveness of health insurance has been proven worldwide. In developed countries, health insurance-based health systems have been around for decades. However, the United States has a voluntary form of health insurance. In Europe, a system exists that provides for compulsory health insurance and is supplemented by voluntary contributions to some extent. According to the vast majority of experts, such a system is the most correct and optimal. Thus, the introduction of a new financial model based on joint responsibility for health will lead to real economic incentives for health care providers, medical workers and reduce corruption in the industry. Fundamental transformations in the financing system of insurance medicine will help to improve the quality of medical services, bringing their level closer to international standards and at the same time, good conditions will be created for obtaining affordable, high-quality and effective medical care.

РЕЗЮМЕ

САМАТ С.С.¹, КАЮПОВА Ф.Е.¹, ШАДИЯРОВА А.С.¹,
РАХИМОВА Н.А.¹, ДЮСЕМБИНОВА Г.А.¹,

¹Казахский национальный медицинский университет
имени С.Д. Асфендиярова, г. Алматы

ЛЕКАРСТВЕННОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ НАСЕЛЕНИЯ В РАМКАХ ФОНДА ОБЯЗАТЕЛЬНОГО МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ (ЛИТЕРАТУРНЫЙ ОБЗОР)

На основании анализа данных литературных источников нами систематизированы и кратко охарактери-

зованы современные модели медицинского страхования в ряде стран.

Целью проведенного анализа стала сравнительная характеристика системы социального медицинского страхования в Казахстане и аналогичных, успешно функ-

ционирующих системах здравоохранения других стран.

Ключевые слова: лекарственные средства, медицинское страхование, страховая медицина, обязательное социальное страхование, здравоохранение, общественное здравоохранение, ВОЗ.

Literature:

1. Послание Президента Республики Казахстан Н. Назарбаева народу Казахстана. «Казахстанский путь – 2050: Единая цель, единые интересы, единое будущее», 17 января 2014 г. [Электронный ресурс]: <http://www.akorda.kz>.
2. Закон Республики Казахстан от 16 ноября 2015 года №405-V ЗРК «Об обязательном социальном медицинском страховании». [Электронный ресурс]: <http://adilet.zan.kz>.
3. Ставки налогов и социальных платежей на 2020 год. [Электронный ресурс]: <https://online.zakon.kz/Document>.
4. Шейман И.М. Зарубежный опыт реализации рыночных моделей здравоохранения. – Здравоохранение. – 2009. – №4. – С. 59-74.
5. Katsaga A., Kulzhanov M., Karanikolos M., Rechel B. Kazakhstan: Health system review. – Health Systems in Transition. – 2012. – Vol. 14, №4. – 154 P.
6. Логвинова И.Л. О некоторых аспектах организации обязательного медицинского страхования за рубежом. – Финансы. – 2010. – №6. – С. 47-52.
7. Social Health insurance systems in western Europe. – Organization and financing of social health insurance systems: current status and recent policy developments. [Electronic resource]: www.who.int/health_financing/documents/shi_w_europe.pdf.

БЕЗОПАСНОСТЬ ЛЕКАРСТВ

Резорцин в косметике опасен для здоровья

Резорцин – серьезное терапевтическое вещество, которое применяют для лечения экземы, нейродермита, себорейного дерматита, хронического воспаления волосяных фолликулов, гиперпигментации, сильного зуда кожи лица, патологического выпадения волос, приводящего к их поредению или полному облысению (алопеции).

В косметологии презерпин используется для отбеливания, лечения признаков хронологического старения, фотостарения, осветления кожи лица, рук и зоны бикини, а также для ухода за увядающей кожей. На этикетках в составе производитель указывает его наличие как «Резорцин, 1,3-бензолдиол, резорцин, 1,3-дигидроксибензол (м-гидроксибенз, м-дигидроксифенол)».

Резорцин оказывает раздражающее воздействие на кожу и глаза, сенсibiliзируя кожу, токсичен для внутренних органов, может спровоцировать эндокринное нарушение (EDC).

Данные тематических исследований, исследований на животных и исследований *in vitro* свидетельствуют, что резорцин нарушает функцию щитовидной железы и может проявляться в гипертиреозе и увеличении щитовидной железы, также известной как зоб. Обладает двумя различными эффектами: ингибированием ферментов, участвующих в синтезе гормонов щитовидной железы и активацией рецепторов гормонов щитовидной железы. Несколько исследований показывают, что резорцин ингибирует активность ферментов, ответственных за важные стадии синтеза гормонов щитовидной железы. Ферменты ответственны за включение йода в выработку гормонов щитовидной железы. Если ферменты не могут продуцировать гормон щитовидной железы, то организм будет ощущать его дефицит, выделяя гормон, стимулирующий щитовидную железу, что приведет к увеличению железы и зобу. При пероральном приеме вызывает судороги, дыхательную недостаточность и цианоз. Отмечается также воздействие на центральную нервную систему (сонливость, потеря сознания и судороги).

Официально ограничено использование резерпина во всех видах косметики в Японии, в ЕС определена максимальная концентрация (0,5%), также требуется предупредительная надпись на упаковке о наличии резерпина.

Потребителям же исследователи и врачи советуют реже красить волосы, внимательно изучать состав косметического средства, не покупать косметику, содержащую резорцин. Резорцин несовместим с ментолом, фенилсалицилатом, фенолом, камфарой, антипирином и салициловой кислотой.

cosmetic.ua

