

*Уважаемые читатели!*

В октябре в Казахстане отмечали Всемирный день пожилого человека. Проблемы продления жизни как никогда актуальны именно сейчас. Население Земли стареет. Люди стали жить дольше, но болеют чаще. Именно к такому выводу пришли авторы самого масштабного исследования причин смертности, проводившегося в Вашингтонском университете в Сиэтле на протяжении пяти лет.

Продолжительность жизни человека увеличилась благодаря техническому и социальному прогрессу современного общества. Этот радостный для долгожителей факт сопряжен с появлением новых проблем со здоровьем и заболеваний, свойственных стареющему человеческому организму, с которыми врачи семейной медицины каждодневно встречаются на приемах. О некоторых аспектах работы участкового врача с пожилыми пациентами рассказывает Л.Г. МАТВИЕЦ, наш автор из Украины.

Образ жизни, который свойственен современному человеку, а именно стрессы, неблагоприятная экология, производственные выбросы и прочее, не способствует сохранению физического и психического здоровья. Данные статистики говорят о том, что за последние годы распространенность психических заболеваний неуклонно увеличивается, особенно среди пожилого населения. Именно эти проблемы и определили главную тему номера – «Геронтология сегодня». Как они решаются казахстанскими психиатрами, узнаете, дорогие читатели, из интервью Н. Тодоровой с врачом психиатром Ж. ЖОЛДАСОВОЙ.

Помимо этого блока на страницах журнала вы найдете и другую полезную информацию: последние нормативные правовые акты и приказы Министерства здравоохранения РК, данные по сертификации, сообщения о побочных действиях лекарственных средств.

О Надлежащей практике фармаконадзора в Казахстане рассказывают представители фармацевтической компании Janssen в рубрике «Фармаконадзор и мониторинг безопасности лекарственных средств».

В эти ясные осенние дни желаем всем пожилым людям прекрасного настроения и здоровья, которое нужно беречь в любом возрасте.

Поль Брэгг писал: «Со времен Адама и Евы самая важная проблема – продление человеческой жизни. Ни одному человеку не удалось избежать смерти, однако каждый из нас может продлить свою жизнь. И каждый обязан сделать это ради себя, родных и друзей и, наконец, ради своей страны. Лишь упорная и настойчивая работа над собой позволит каждому сделать себя энергичным долгожителем, наслаждаться бесконечным здоровьем».

Благополучия всем и долголетия!

*Коллектив редакции  
«Фармация Казахстана»*

**ЗАМЕСТИТЕЛЬ  
ГЛАВНОГО РЕДАКТОРА  
Ф.Э. Сулеева**

**РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ**

Л. М. Ахметниязова (Казахстан)  
С.М. Адекенов (Казахстан)  
А.А. Аканов (Казахстан)  
В.Л. Багирова (Россия)  
Н.Е. Бейсен (Казахстан)  
А.И. Гризодуб (Украина)  
В.Л. Дорофеев (Россия)  
А.З. Зурдинов (Кыргызстан)  
А.А. Ишмухамедов (Россия)  
С.З. Каирбекова (Казахстан)  
М.К. Мамедов (Азербайджан)  
Е.В. Матвеева (Украина)  
Л.Ю. Пак (Казахстан)  
Д.А. Рождественский (Беларусь)  
Д.А. Сычев (Россия)  
Т.Ш. Шарманов (Казахстан)

**РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ**

Ш.А. Байдуллаева  
Г.Д. Бердимуратова  
Н.А. Гунько  
У.М. Датхаев  
Р.С. Кузденбаева  
В.Н. Локшин  
Д.М. Сабденалиев  
С.Е. Султанов  
З.Н. Сыбанкулова  
А.У. Тулегенова  
С.А. Шадибеков  
С.В. Шин

**КОРРЕСПОНДЕНТ**

Н.В. Тодорова

**СПЕЦИАЛИСТ ОТДЕЛА РЕДАКЦИИ**

Н. Нусипкожаева

**ДИЗАЙН И ВЕРСТКА**

Г. Албаева



**АДРЕС РЕДАКЦИИ:**

050004, РК, г. Алматы  
пр. Абылай хана, 63, оф. 315  
тел.: +7 (727) 273 03 73  
факс: +7 (727) 273 55 00  
e-mail: [pharmkaz@dari.kz](mailto:pharmkaz@dari.kz); [pharmkaz@mail.ru](mailto:pharmkaz@mail.ru)

**ОТПЕЧАТАНО В ТИПОГРАФИИ**

ТОО «VEDA PRESS»  
РК, г. Алматы, пр. Абая, 68/74  
тел.: +7 (727) 266 55 87  
Подписано к печати 20. 10. 2013 г.  
Тираж — 1500 экз. Заказ №

**ТЕРРИТОРИЯ РАСПРОСТРАНЕНИЯ**

Казахстан, Россия, Украина, Узбекистан,  
Кыргызстан, Беларусь, Азербайджан

Журнал зарегистрирован Министерством  
культуры, информации и общественного согласия  
Республики Казахстан.  
Свидетельство об учетной регистрации №3719-Ж  
от 19.03.2003 г.

Подписка и распространение журнала:  
тел. +7 (727) 273 03 73

**Подписной индекс: 75888**

Мнение редакции и членов редакционного совета может не совпадать с точкой зрения авторов.

Выражаем благодарность семье НУСИПКОЖАЕВЫХ и Жибек ЖОЛДАСОВОЙ, кандидату медицинских наук, психиатру-психотерапевту ГККП «Центр психического здоровья» г. Алматы за любезно предоставленные фотоматериалы для оформления обложки, Арману НУРЛАНОВУ и Сание БУЗУРХОДЖАЕВОЙ — за фото для внутренних страниц.

Ответственность за рекламу несет рекламодатель.

### СОДЕРЖАНИЕ

<b>РЕСМИ БӨЛІМ</b> .....	4
<b>ОФИЦИАЛЬНЫЙ ОТДЕЛ</b> .....	16
<b>ГЛАВНАЯ ТЕМА: ГЕРОНТОЛОГИЯ СЕГОДНЯ</b>	
<i>Н. ТОДОРОВА</i> . Лет до ста дожить, да без старости (интервью с Ж.А. ЖОЛДАСОВОЙ, заведующей отделением психосоматики Центра психического здоровья г. Алматы).....	24
<b>АНАЛИЗ. КОНЪЮНКТУРА. ПЕРСПЕКТИВЫ</b>	
<i>Э.Д. АБДУКАХАРОВА, А.З. ЗУРДИНОВ</i> . Фармацевтическое консультирование: сравнительный анализ результатов опроса потребителей лекарственных средств.....	27
<b>ПОИСК. ИССЛЕДОВАНИЯ. ЭКСПЕРИМЕНТ</b>	
<i>В.С. БОНДАРЬ, А.В. БАГУЛЯ</i> . Сравнительная оценка методов изолирования дифенина из биологического материала.....	32
<i>К.А. САРТАЕВА, Б.А. КУТТЫКОЖАЕВ, Ж.М. РСАЛИЕВА, Х.М. МУМИНОВА, К.М. АЛШЫНБАЕВА, Г.И. СЫЗДЫКОВА</i> . Значение фитопрепаратов в лечении хронического пиелонефрита.....	36
<i>Л.Г. МАТВИЕЦ</i> . Медико-психологическая реабилитация пациентов пожилого возраста с АГ в практике семейного врача.....	40
<i>IU.V. IUDINA, Z. B. SAKIPOVA, G.S. IBADULLAYEVA</i> . Studies of calendula flowers pressure enhanced solvent extraction process.....	47
<b>ФАРМАКОНАДЗОР И МОНИТОРИНГ БЕЗОПАСНОСТИ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ</b>	
<i>Н. ТОДОРОВА</i> . Надлежащая практика фармаконадзора теперь и в Казахстане (беседа с Р. АГУБАЕВОЙ и М. НИКОНОРОВЫМ, представителями компании Janssen).....	50
<b>ВРАЧЕБНАЯ ПРАКТИКА</b>	
<i>С.Я. ЖИГАЙЛО, Л.Ю. БУРМАГИНА, Н.Н. ВАЛЯЕВА, Н.В. ОСТАПЧУК</i> . Культуральная диагностика микоплазменной инфекции с определением чувствительности к антибиотикам.....	53
<i>А.К. ТОКЕНОВА</i> . Пиелонефрит беременных.....	57
<b>СЕРТИФИКАЦИЯ</b> .....	60

## МЕМЛЕКЕТТІК КӨРСЕТІЛЕТІН ҚЫЗМЕТТЕР ТУРАЛЫ

### ҚАЗАҚСТАН РЕСПУБЛИКАСЫНЫҢ ЗАҢЫ

1-тарау. Жалпы ережелер	(1 – 5 баптар)
2-тарау. Мемлекеттік қызметтер көрсету саласындағы мемлекеттік реттеу	(6 – 11 баптар)
3-тарау. Мемлекеттік көрсетілетін қызметтер тізілімі, стандарты және регламенті	(12 – 17 баптар)
4-тарау. Мемлекеттік қызметтер көрсету	(18 – 25 баптар)
5-тарау. Мемлекеттік қызметтер көрсету сапасын бақылау. Мемлекеттік қызметтер көрсету сапасын бағалау және оның қоғамдық мониторингі	(26 – 29 баптар)
6-тарау. Қорытынды ережелер	(30 – 31 баптар)

Түпнұсқада мазмұны жоқ

Осы Заң мемлекеттік қызметтер көрсету саласындағы қоғамдық қатынастарды реттейді.

#### 1-ТАРАУ. ЖАЛПЫ ЕРЕЖЕЛЕР

##### 1-бап. Осы Заңда пайдаланылатын негізгі ұғымдар

Осы Заңда мынадай негізгі ұғымдар пайдаланылады:

1) ақпараттандыру саласындағы уәкілетті орган – ақпараттандыру және «электрондық үкімет» саласындағы басшылықты жүзеге асыратын орталық мемлекеттік орган;

2) «бір терезе» қағидаты – мемлекеттік қызметті орталықтандырып көрсетудің мемлекеттік қызметтер көрсету кезінде көрсетілетін қызметті алушының құжаттарды жинау мен дайындауға барынша аз қатысуын және оның көрсетілетін қызметті берушілермен тікелей байланысын шектеуді көздейтін нысаны;

3) көрсетілетін қызметті алушы – орталық мемлекеттік органдарды, Қазақстан Республикасының шетелдегі мекемелерін, облыстардың, республикалық маңызы бар қалалардың, астананың, аудандардың, облыстық маңызы бар қалалардың жергілікті атқарушы органдарын, қаладағы аудандардың, аудандық маңызы бар қалалардың, кенттердің, ауылдардың, ауылдық округтердің әкімдерін қоспағанда, жеке және заңды тұлғалар;

4) көрсетілетін қызметті беруші – Қазақстан Республикасының заңнамасына сәйкес мемлекеттік қызметтер көрсететін орталық мемлекеттік органдар, Қазақстан Республикасының шетелдегі мекемелері, облыстардың, республикалық маңызы бар қалалардың, астананың, аудандардың, облыстық маңызы бар қалалардың жергілікті атқарушы органдары, қаладағы аудандардың, аудандық маңызы бар қалалардың, кенттердің, ауылдардың, ауылдық округтердің әкімдері, сондай-ақ жеке және заңды тұлғалар;

5) мемлекеттік көрсетілетін қызмет – көрсетілетін қызметті алушылардың өтініші бойынша жеке тәртіппен жүзеге асырылатын және олардың құқықтарын, бостандықтарын мен заңды мүдделерін іске асыруға, оларға тиісті материалдық немесе материалдық емес

игіліктер беруге бағытталған жекелеген мемлекеттік функцияларды іске асыру нысандарының бірі;

6) мемлекеттік көрсетілетін қызмет регламенті – мемлекеттік көрсетілетін қызмет стандартын сақтау жөніндегі талаптарды белгілейтін және көрсетілетін қызметті берушілер қызметінің тәртібін, оның ішінде мемлекеттік қызметтер көрсету процесінде өзге де көрсетілетін қызметті берушілермен, халыққа қызмет көрсету орталықтарымен өзара іс-қимыл, сондай-ақ ақпараттық жүйелерді пайдалану тәртібін айқындайтын нормативтік құқықтық акт;

7) мемлекеттік көрсетілетін қызмет стандарты – мемлекеттік қызмет көрсетуге қойылатын талаптарды белгілейтін, сондай-ақ мемлекеттік қызмет көрсету процесінің, нысанының сипаттамаларын, мазмұнын және нәтижесін қамтитын нормативтік құқықтық акт;

8) мемлекеттік көрсетілетін қызметтер тізілімі – мемлекеттік көрсетілетін қызметтердің сыныпталған тізбесі;

9) Мемлекеттік қызметтер көрсету мәселелері жөніндегі бірыңғай байланыс орталығы – көрсетілетін қызметті алушыларға мемлекеттік қызметтер көрсету мәселелері бойынша ақпарат ұсыну жөніндегі жұмысты қамтамасыз ететін ақпараттық-анықтамалық қызмет;

10) мемлекеттік қызметтер көрсету мониторингінің ақпараттық жүйесі – мемлекеттік қызметтер көрсету, оның ішінде халыққа қызмет көрсету орталықтары арқылы көрсету процесін автоматтандыруға және мониторингілеуге арналған ақпараттық жүйе;

11) мемлекеттік қызметтер көрсету сапасының қоғамдық мониторингі – жеке тұлғалардың, коммерциялық емес ұйымдардың мемлекеттік қызметтер көрсету сапасының деңгейі туралы ақпаратты жинау, талдау және ұсынымдарды тұжырымдау жөніндегі қызметі;

12) мемлекеттік қызметтер көрсету сапасын бағалау – көрсетілетін қызметті алушыларды орталық мемлекеттік органдар, облыстардың, республикалық

маңызы бар қалалардың, астананың, аудандардың, облыстық маңызы бар қалалардың жергілікті атқарушы органдары, қаладағы аудандардың, аудандық маңызы бар қалалардың, кенттердің, ауылдардың, ауылдық округтердің әкімдері көрсететін қолжетімді және сапалы мемлекеттік көрсетілетін қызметтермен қамтамасыз ету бойынша шаралардың тиімділігін айқындау жөніндегі қызмет;

13) мемлекеттік қызметтер көрсету сапасын бақылау – орталық мемлекеттік органдардың, облыстардың, республикалық маңызы бар қалалардың, астананың, аудандардың, облыстық маңызы бар қалалардың жергілікті атқарушы органдарының, қаладағы аудандар, аудандық маңызы бар қалалар, кенттер, ауылдар, ауылдық округтер әкімдерінің Қазақстан Республикасының мемлекеттік қызметтер көрсету саласындағы заңнамасын сақтауын тексеру және мониторингілеу жөніндегі қызмет;

14) мемлекеттік қызметтер көрсету сапасын бағалау және бақылау жөніндегі уәкілетті орган – өз құзыреті шегінде мемлекеттік қызметтер көрсету сапасын бағалау және бақылау жөніндегі қызметті жүзеге асыратын орталық мемлекеттік орган;

15) мемлекеттік қызмет көрсету процесін автоматтандыру – электрондық нысанда мемлекеттік қызмет көрсетуді қамтамасыз ету үшін көрсетілетін қызметті берушінің әкімшілік процестерін түрлендіру рәсімі;

16) мемлекеттік қызмет көрсету процесін оңтайландыру – мемлекеттік қызмет көрсету процесін оңайлатуға, мемлекеттік қызмет көрсету мерзімін, көрсетілетін қызметті алушылар ұсынатын құжаттардың тізбесін, сондай-ақ оны көрсету процесінің буындарын қысқартуға, оның ішінде автоматтандыру арқылы қысқартуға бағытталған іс-шара;

17) мемлекеттік қызметтер көрсету саласындағы уәкілетті орган – мемлекеттік қызметтер көрсету саласындағы басшылықты және салааралық үйлестіруді жүзеге асыратын орталық мемлекеттік орган;

18) халыққа қызмет көрсету орталығы – Қазақстан Республикасының заңнамасына сәйкес «бір терезе» қағидаты бойынша мемлекеттік қызметтер көрсетуге өтініштер қабылдау және олардың нәтижелерін көрсетілетін қызметті алушыға беру жөніндегі жұмысты ұйымдастыруды жүзеге асыратын, сондай-ақ ақпараттық жүйелерден мәліметтер алу арқылы электрондық нысанда мемлекеттік қызметтер көрсетуді қамтамасыз ететін заңды тұлға;

19) «электрондық үкіметтің» веб-порталы – нормативтік құқықтық базаны қоса алғанда, бүкіл шоғырландырылған үкіметтік ақпаратқа және электрондық нысанда көрсетілетін мемлекеттік қызметтерге қол жеткізудің бірыңғай терезесі болатын ақпараттық жүйе.

## **2-бап. Қазақстан Республикасының мемлекеттік қызметтер көрсету саласындағы заңнамасы**

1. Қазақстан Республикасының мемлекеттік қызметтер көрсету саласындағы заңнамасы Қазақстан Республикасының Конституциясына негізделеді, осы

Заңнан және Қазақстан Республикасының өзге де нормативтік құқықтық актілерінен тұрады.

2. Егер Қазақстан Республикасы ратификациялаған халықаралық шартта осы Заңда қамтылғаннан өзгеше қағидалар белгіленсе, онда халықаралық шарттың қағидалары қолданылады.

## **3-бап. Мемлекеттік қызметтер көрсетудің негізгі қағидаттары**

Мемлекеттік қызметтер мынадай негізгі қағидаттар негізінде көрсетіледі:

көрсетілетін қызметті алушылардың тегіне, әлеуметтік, лауазымдық және мүлкілік жағдайына, жынысына, нәсіліне, ұлтына, тіліне, дінге көзқарасына, намынына, тұрғылықты жеріне байланысты немесе кез келген өзге жағдаяттар бойынша қандай да бір кемсітушіліксіз теңдей қол жеткізуі;

мемлекеттік қызметтер көрсету кезінде төрешілдік пен сөзбұйдалық көріністеріне жол бермеу;

мемлекеттік қызметтер көрсету саласындағы есеп берушілік және ашықтық;

мемлекеттік көрсетілетін қызметтердің сапасы мен қолжетімділігі;

мемлекеттік қызметтер көрсету процесін үнемі жетілдіру;

мемлекеттік қызметтер көрсету кезіндегі үнемділік және тиімділік.

## **4-бап. Көрсетілетін қызметті алушылардың құқықтары**

1. Көрсетілетін қызметті алушылардың:

1) мемлекеттік көрсетілетін қызмет туралы толық және анық ақпарат алуға;

2) мемлекеттік көрсетілетін қызмет стандартына сәйкес мемлекеттік көрсетілетін қызметті алуға;

3) орталық мемлекеттік органның, облыстың, республикалық маңызы бар қаланың, астананың, ауданның, облыстық маңызы бар қаланың жергілікті атқарушы органының, қаладағы аудан, аудандық маңызы бар қала, кент, ауыл, ауылдық округ әкімінің, сондай-ақ көрсетілетін қызметті берушінің және (немесе) олардың лауазымды адамдарының, халыққа қызмет көрсету орталықтарының және (немесе) олардың қызметкерлерінің мемлекеттік қызметтер көрсету мәселелері бойынша шешімдеріне, әрекеттеріне (әрекетсіздігіне) Қазақстан Республикасының заңнамалық актілерінде белгіленген тәртіппен шағымдануға;

4) Қазақстан Республикасының заңнамасына сәйкес мемлекеттік көрсетілетін қызметті қағаз және (немесе) электрондық нысанда алуға;

5) осы Заңның 15-бабында көзделген тәртіппен мемлекеттік көрсетілетін қызметтер стандарттарының жобаларын жария талқылауларға қатысуға;

6) мемлекеттік қызметтер көрсету саласында бұзылған құқықтарды, бостандықтар мен заңды мүдделерді қорғау туралы талап арызбен сотқа жүгінуге құқығы бар.

2. Егер Қазақстан Республикасының заңдарында өзгеше көзделмесе, шетелдіктер, азаматтығы жоқ адамдар және шетелдік заңды тұлғалар мемлекеттік көрсетілетін қызметтерді Қазақстан Республикасының азаматтарымен және заңды тұлғаларымен тең жағдайда алады.

### **5-бап. Көрсетілетін қызметті берушілердің құқықтары мен міндеттері**

1. Көрсетілетін қызметті берушілердің:

1) орталық мемлекеттік органдарға, облыстардың, республикалық маңызы бар қалалардың, астананың, аудандардың, облыстық маңызы бар қалалардың жергілікті атқарушы органдарына, қаладағы аудандардың, аудандық маңызы бар қалалардың, кенттердің, ауылдардың, ауылдық округтердің әкімдеріне мемлекеттік қызметтер көрсетуге қажетті ақпарат үшін сұрау салумен жүгінуге;

2) Қазақстан Республикасының заңдарында белгіленген жағдайларда және негіздер бойынша мемлекеттік қызметтер көрсетуден бас тартуға құқығы бар.

2. Көрсетілетін қызметті берушілер:

1) мемлекеттік көрсетілетін қызметтер стандарттары мен регламенттеріне сәйкес мемлекеттік қызметтер көрсетуге;

2) мүмкіндігі шектеулі адамдардың мемлекеттік көрсетілетін қызметтерді алуы кезінде оларға қажетті жағдайлар жасауға;

3) көрсетілетін қызметті алушыларға мемлекеттік қызметтер көрсету тәртібі туралы қолжетімді нысанда толық және анық ақпарат ұсынуға;

4) орталық мемлекеттік органдарға, облыстардың, республикалық маңызы бар қалалардың, астананың, аудандардың, облыстық маңызы бар қалалардың жергілікті атқарушы органдарына, қаладағы аудандардың, аудандық маңызы бар қалалардың, кенттердің, ауылдардың, ауылдық округтердің әкімдеріне, өзге де көрсетілетін қызметті берушілерге, халыққа

қызмет көрсету орталықтарына Қазақстан Республикасының заңнамасына сәйкес мемлекеттік қызметтерді көрсету, оның ішінде ақпараттық жүйелерді интеграциялау арқылы көрсету үшін қажетті құжаттар мен ақпаратты ұсынуға;

5) мемлекеттік көрсетілетін қызмет стандартында белгіленген мемлекеттік қызмет көрсету мерзімі өткенге дейін бір тәуліктен кешіктірмей халыққа қызмет көрсету орталығы арқылы көрсетілетін мемлекеттік қызмет нәтижесін халыққа қызмет көрсету орталығына жіберуге;

6) мемлекеттік қызметтер көрсету саласындағы қызметкерлердің біліктілігін арттыруға;

7) көрсетілетін қызметті алушылардың шағымдарын осы Заңда белгіленген мерзімдерде қарауға және оларды қарау нәтижелері туралы хабардар етуге;

8) көрсетілетін қызметті алушылардың сұрау салуы бойынша мемлекеттік көрсетілетін қызметтің орындалу сатысы туралы хабардар етуге;

9) көрсетілетін қызметті алушылардың бұзылған құқықтарын, бостандықтарын мен заңды мүдделерін қалпына келтіруге бағытталған шараларды қолдануға;

10) мемлекеттік қызметтер көрсету үшін қажетті мәліметтерді қамтитын ақпараттық жүйелердің іркілсіз жұмыс істеуін қамтамасыз етуге;

11) мемлекеттік қызмет көрсету сатысы туралы деректерді мемлекеттік қызметтер көрсету мониторингінің ақпараттық жүйесіне ақпараттандыру саласындағы уәкілетті орган белгілеген тәртіппен енгізуді қамтамасыз етуге;

12) егер Қазақстан Республикасының заңдарында өзгеше көзделмесе, мемлекеттік қызметтер көрсету кезінде ақпараттық жүйелерде қамтылған, заңмен қорғалатын құпияны құрайтын мәліметтерді пайдалануға көрсетілетін қызметті алушының жазбаша келісімін алуға міндетті.

Көрсетілетін қызметті алушылардан ақпараттық жүйелерден алынуы мүмкін құжаттарды талап етуге жол берілмейді.

## **2-ТАРАУ. МЕМЛЕКЕТТІК ҚЫЗМЕТТЕР КӨРСЕТУ САЛАСЫНДАҒЫ МЕМЛЕКЕТТІК РЕТТЕУ**

### **6-бап. Қазақстан Республикасы Үкіметінің мемлекеттік қызметтер көрсету саласындағы құзыреті**

Қазақстан Республикасының Үкіметі:

1) мемлекеттік қызметтер көрсету саласындағы мемлекеттік саясаттың негізгі бағыттарын әзірлейді және олардың жүзеге асырылуын ұйымдастырады;

2) мемлекеттік көрсетілетін қызметтер тізілімін бекітеді;

3) мемлекеттік көрсетілетін қызметтер стандарттарын бекітеді;

4) мемлекеттік көрсетілетін қызметтер тізілімін жүргізу қағидаларын бекітеді;

5) оңтайландыруға және автоматтандыруға жататын мемлекеттік көрсетілетін қызметтер тізбесін және

оларды электрондық нысанға ауыстыру мерзімдерін бекітеді;

6) халыққа қызмет көрсету орталықтары арқылы көрсетілуге жататын мемлекеттік қызметтерді іріктеу қағидаларын бекітеді;

7) Мемлекеттік қызметтер көрсету мәселелері жөніндегі бірыңғай байланыс орталығының орталық мемлекеттік органдармен, облыстардың, республикалық маңызы бар қалалардың, астананың, аудандардың, облыстық маңызы бар қалалардың жергілікті атқарушы органдарымен, қаладағы аудандардың, аудандық маңызы бар қалалардың, кенттердің, ауылдардың, ауылдық округтердің әкімдерімен, сондай-ақ көрсетілетін қызметті берушілермен өзара іс-қимыл қағидаларын бекітеді;

8) бір өтініш негізінде электрондық нысанда көрсетілетін мемлекеттік қызметтердің тізбесін бекітеді;

9) мемлекеттік көрсетілетін қызметтерді оңтайландыру және автоматтандыру қағидаларын бекітеді;

10) Қазақстан Республикасының Конституциясымен, осы Заңымен, өзге де заңдарымен және Қазақстан Республикасы Президентінің актілерімен өзіне жүктелген өзге де функцияларды орындайды.

### **7-бап. Мемлекеттік қызметтер көрсету сапасын бағалау және бақылау жөніндегі уәкілетті органның құзыреті**

Мемлекеттік қызметтер көрсету сапасын бағалау және бақылау жөніндегі уәкілетті орган:

1) өз құзыреті шегінде мемлекеттік қызметтер көрсету саласындағы мемлекеттік саясаттың іске асырылуын қамтамасыз етеді;

2) мемлекеттік қызметтер көрсету сапасын бақылауды жүзеге асырады;

3) мемлекеттік қызметтер көрсету сапасын бақылау қағидаларын әзірлейді және бекітеді;

4) мемлекеттік қызметтер көрсету сапасын ішкі бақылау нәтижелері туралы ақпарат сұратады;

5) ақпараттандыру саласындағы уәкілетті органмен келісу бойынша мемлекеттік қызметтер көрсету сапасын бағалау әдістемесін әзірлейді және бекітеді;

6) мемлекеттік қызметтер көрсету сапасына қоғамдық мониторинг жүргізу жөніндегі мемлекеттік әлеуметтік тапсырысты қалыптастыруды және іске асыруды жүзеге асырады;

7) жеке тұлғалармен, коммерциялық емес ұйымдармен мемлекеттік қызметтер көрсету мәселелері бойынша өзара іс-қимыл және ынтымақтастық жөніндегі қоғамдық кеңестерді құрады;

8) жеке тұлғаларға және коммерциялық емес ұйымдарға мемлекеттік қызметтер көрсету сапасына қоғамдық мониторинг жүргізу жөнінде ақпараттық, консультациялық, әдістемелік қолдау көрсетеді;

9) осы Заңда, Қазақстан Республикасының өзге де заңдарында, Қазақстан Республикасы Президентінің актілерінде көзделген өзге де функцияларды жүзеге асырады.

### **8-бап. Мемлекеттік қызметтер көрсету саласындағы уәкілетті органның құзыреті**

Мемлекеттік қызметтер көрсету саласындағы уәкілетті орган:

1) мемлекеттік қызметтер көрсету саласындағы мемлекеттік саясаттың іске асырылуын қамтамасыз етеді;

2) мемлекеттік көрсетілетін қызметтер тізілімін жүргізу қағидаларын әзірлейді;

3) мемлекеттік көрсетілетін қызметтер тізілімін әзірлеуді және жүргізуді жүзеге асырады;

4) ақпараттандыру саласындағы уәкілетті органмен келісу бойынша мемлекеттік көрсетілетін қызметтер стандарттары мен регламенттерін әзірлеу жөніндегі қағидаларды әзірлейді және бекітеді;

5) мемлекеттік көрсетілетін қызметтер стандарттарының жобаларын келісуді жүзеге асырады;

6) орталық мемлекеттік органдардың, облыстардың, республикалық маңызы бар қалалардың және астананың жергілікті атқарушы органдарының мемлекеттік көрсетілетін қызметтер стандарттарын және (немесе) регламенттерін әзірлеу жөніндегі қызметіне мониторинг жүргізеді;

7) мемлекеттік көрсетілетін қызметтің құнын айқындау әдістемесін әзірлейді және бекітеді;

8) орталық мемлекеттік органдардың, облыстардың, республикалық маңызы бар қалалардың, астананың, аудандардың, облыстық маңызы бар қалалардың жергілікті атқарушы органдарының, қаладағы аудандар, аудандық маңызы бар қалалар, кенттер, ауылдар, ауылдық округтер әкімдерінің мемлекеттік қызметтер көрсету мәселелері жөніндегі қызметі есебінің қалыптастырылу тәртібін, ұсынылу мерзімдерін және үлгі нысанын әзірлеп, бекітеді;

9) мемлекеттік көрсетілетін қызметтер стандарттарын жетілдіру жөнінде ұсыныстар әзірлейді;

10) осы Заңда, Қазақстан Республикасының өзге де заңдарында, Қазақстан Республикасы Президентінің және Қазақстан Республикасы Үкіметінің актілерінде көзделген өзге де өкілеттіктерді жүзеге асырады.

### **9-бап. Ақпараттандыру саласындағы уәкілетті органның құзыреті**

Ақпараттандыру саласындағы уәкілетті орган:

1) өз құзыреті шегінде мемлекеттік қызметтер көрсету саласындағы мемлекеттік саясаттың іске асырылуын қамтамасыз етеді;

2) халыққа қызмет көрсету орталықтары қызметінің қағидаларын әзірлейді және бекітеді;

3) халыққа қызмет көрсету орталықтары арқылы көрсетілуге жататын мемлекеттік қызметтерді іріктеу қағидаларын әзірлейді;

4) халыққа қызмет көрсету орталықтарының қызметін ұйымдастыруды жүзеге асырады;

5) халыққа қызмет көрсету орталықтарының қызметін және олардың көрсетілетін қызметті берушілермен өзара іс-қимылын үйлестіреді;

6) халыққа қызмет көрсету орталықтарының қызметін әдіснамалық қамтамасыз етуді жүзеге асырады;

7) оңтайландыруға және автоматтандыруға жататын мемлекеттік көрсетілетін қызметтер тізбесін және оларды электрондық нысанға ауыстыру мерзімдерін әзірлейді;

8) Мемлекеттік қызметтер көрсету мәселелері жөніндегі бірыңғай байланыс орталығының жұмысын ұйымдастырады және үйлестіреді;

9) Мемлекеттік қызметтер көрсету мәселелері жөніндегі бірыңғай байланыс орталығы қызметінің қағидаларын әзірлейді және бекітеді;

10) Мемлекеттік қызметтер көрсету мәселелері жөніндегі бірыңғай байланыс орталығының орталық мемлекеттік органдармен, облыстардың, республикалық

маңызы бар қалалардың, астананың, аудандардың, облыстық маңызы бар қалалардың жергілікті атқарушы органдарымен, қаладағы аудандардың, аудандық маңызы бар қалалардың, кенттердің, ауылдардың, ауылдық округтердің әкімдерімен, сондай-ақ көрсетілетін қызметті берушілермен өзара іс-қимыл қағидаларын әзірлейді;

11) мемлекеттік қызметтер көрсетудің электрондық нысанын және (немесе) халыққа қызмет көрсету орталықтары арқылы мемлекеттік қызметтер көрсетуді көздейтін мемлекеттік көрсетілетін қызметтер стандарттарының жобаларын келісуді жүзеге асырады;

12) электрондық нысанда және (немесе) халыққа қызмет көрсету орталықтары арқылы көрсетілетін мемлекеттік қызметтер стандарттарын жетілдіру жөнінде ұсыныстар әзірлейді;

13) мемлекеттік көрсетілетін қызметтерді оңтайландыру және автоматтандыру қағидаларын әзірлейді;

14) осы Заңда, Қазақстан Республикасының өзге де заңдарында, Қазақстан Республикасы Президентінің және Қазақстан Республикасы Үкіметінің актілерінде көзделген өзге де өкілеттіктерді жүзеге асырады.

#### **10-бап. Орталық мемлекеттік органдардың құзыреті**

Орталық мемлекеттік органдар:

1) мемлекеттік көрсетілетін қызметтер стандарттарын әзірлейді;

2) мемлекеттік көрсетілетін қызметтер регламенттерін әзірлейді және бекітеді;

3) мемлекеттік қызметтер көрсету сапасын арттыруды қамтамасыз етеді;

4) мемлекеттік көрсетілетін қызметтер стандарттары мен регламенттерінің қолжетімділігін қамтамасыз етеді;

5) көрсетілетін қызметті алушылардың мемлекеттік қызметтер көрсету тәртібі туралы хабардар болуын қамтамасыз етеді;

6) көрсетілетін қызметті алушылардың мемлекеттік қызметтер көрсету мәселелері бойынша өтініштерін қарайды;

7) көрсетілетін қызметті алушылардың бұзылған құқықтарын, бостандықтарын мен заңды мүдделерін қалпына келтіруге бағытталған шараларды қолданады;

8) мемлекеттік қызметтер көрсету саласындағы қызметкерлердің біліктілігін арттыруды қамтамасыз етеді;

9) ақпараттандыру саласындағы уәкілетті органмен келісу бойынша Қазақстан Республикасының заңнамасына сәйкес мемлекеттік қызметтер көрсету процестерін оңтайландыру және автоматтандыру жөнінде шаралар қолданады;

10) мемлекеттік қызметтер көрсету сапасын бағалау және бақылау жөніндегі уәкілетті органға мемлекеттік қызметтер көрсету сапасын бағалауды жүргізу үшін ақпараттың, сондай-ақ мемлекеттік қызметтер көрсету сапасын ішкі бақылау нәтижелері бойынша ақпараттың

Қазақстан Республикасының заңнамасында белгіленген тәртіппен және мерзімдерде ұсынылуын қамтамасыз етеді;

11) ақпараттандыру саласындағы уәкілетті органға электрондық нысанда көрсетілетін мемлекеттік қызметтер сапасын бағалауды жүргізу үшін ақпараттың Қазақстан Республикасының заңнамасында белгіленген тәртіппен және мерзімдерде ұсынылуын қамтамасыз етеді;

12) егер Қазақстан Республикасының заңнамасында өзгеше көзделмесе, халыққа қызмет көрсету орталықтарына мемлекеттік қызметтер көрсету үшін қажетті мәліметтерді қамтитын ақпараттық жүйелерге қолжетімділікті ұсынады;

13) Мемлекеттік қызметтер көрсету мәселелері жөніндегі бірыңғай байланыс орталығына мемлекеттік қызметтер көрсету тәртібі туралы ақпарат ұсынады;

14) Қазақстан Республикасының заңнамасына сәйкес мемлекеттік қызметтер көрсету сапасын ішкі бақылауды жүргізеді;

15) көрсетілетін қызметті берушілердің мемлекеттік көрсетілетін қызметтер стандарттарын сақтауын қамтамасыз етеді;

16) осы Заңда, Қазақстан Республикасының өзге де заңдарында, Қазақстан Республикасы Президентінің және Қазақстан Республикасы Үкіметінің актілерінде көзделген өзге де өкілеттіктерді жүзеге асырады.

#### **11-бап. Облыстардың, республикалық маңызы бар қалалардың, астананың, аудандардың, облыстық маңызы бар қалалардың жергілікті атқарушы органдарының, қаладағы аудандар, аудандық маңызы бар қалалар, кенттер, ауылдар, ауылдық округтер әкімдерінің құзыреті**

Облыстардың, республикалық маңызы бар қалалардың, астананың, аудандардың, облыстық маңызы бар қалалардың жергілікті атқарушы органдары, қаладағы аудандардың, аудандық маңызы бар қалалардың, кенттердің, ауылдардың, ауылдық округтердің әкімдері:

1) тиісті әкімшілік-аумақтық бірліктің аумағында мемлекеттік қызметтер көрсету сапасын арттыруды қамтамасыз етеді;

2) мемлекеттік көрсетілетін қызметтер стандарттары мен регламенттерінің қолжетімділігін қамтамасыз етеді;

3) көрсетілетін қызметті алушылардың мемлекеттік қызметтер көрсету тәртібі туралы хабардар болуын қамтамасыз етеді;

4) көрсетілетін қызметті алушылардың мемлекеттік қызметтер көрсету мәселелері бойынша өтініштерін қарайды;

5) көрсетілетін қызметті алушылардың бұзылған құқықтарын, бостандықтарын мен заңды мүдделерін қалпына келтіруге бағытталған шараларды қолданады;

6) мемлекеттік қызметтер көрсету саласындағы қызметкерлердің біліктілігін арттыруды қамтамасыз етеді;

7) ақпараттандыру саласындағы уәкілетті органмен келісу бойынша Қазақстан Республикасының заң-

намасына сәйкес мемлекеттік қызметтер көрсету процестерін оңтайландыру және автоматтандыру жөнінде шаралар қолданады;

8) мемлекеттік қызметтер көрсету сапасын бағалау және бақылау жөніндегі уәкілетті органға мемлекеттік қызметтер көрсету сапасын бағалауды жүргізу үшін ақпараттың, сондай-ақ мемлекеттік қызметтер көрсету сапасын ішкі бақылау нәтижелері бойынша ақпараттың Қазақстан Республикасының заңнамасында белгіленген тәртіппен және мерзімдерде ұсынылуын қамтамасыз етеді;

9) ақпараттандыру саласындағы уәкілетті органға электрондық нысанда көрсетілетін мемлекеттік қызметтер сапасын бағалауды жүргізу үшін ақпараттың Қазақстан Республикасының заңнамасында белгіленген тәртіппен және мерзімдерде ұсынылуын қамтамасыз етеді;

10) егер Қазақстан Республикасының заңнамасында өзгеше көзделмесе, халыққа қызмет көрсету орталықтарына мемлекеттік қызметтер көрсету үшін қажетті мәліметтерді қамтитын ақпараттық жүйелерге қолжетімділікті ұсынады;

11) Мемлекеттік қызметтер көрсету мәселелері жөніндегі бірыңғай байланыс орталығына мемлекеттік қызметтер көрсету тәртібі туралы ақпарат ұсынады;

12) Қазақстан Республикасының заңнамасына сәйкес мемлекеттік қызметтер көрсету сапасын ішкі бақылауды жүргізеді;

13) көрсетілетін қызметті берушілердің мемлекеттік көрсетілетін қызметтер стандарттарын сақтауын қамтамасыз етеді;

14) жергілікті мемлекеттік басқару мүдделері үшін Қазақстан Республикасының заңнамасымен жүктелетін өзге де өкілеттіктерді жүзеге асырады.

### **3-ТАРАУ. МЕМЛЕКЕТТІК КӨРСЕТІЛЕТІН ҚЫЗМЕТТЕР ТІЗІЛІМІ, СТАНДАРТЫ ЖӘНЕ РЕГЛАМЕНТИ**

#### **12-бап. Мемлекеттік көрсетілетін қызметтер тізілімі**

1. Мемлекеттік көрсетілетін қызметтер мемлекеттік көрсетілетін қызметтер тізіліміне енгізілуге жатады.

2. Мемлекеттік көрсетілетін қызметтер тізілімі: мемлекеттік көрсетілетін қызметтің атауын; көрсетілетін қызметті алушы (жеке және (немесе) заңды тұлға) туралы мәліметтерді;

мемлекеттік көрсетілетін қызмет стандартын әзірлейтін орталық мемлекеттік органның атауын; көрсетілетін қызметті берушінің атауын;

өтініштер қабылдауды және мемлекеттік қызмет көрсету нәтижелерін беруді жүзеге асыратын ұйымдардың атауын және (немесе) мемлекеттік қызмет электрондық нысанда көрсетілетін жағдайда «электрондық үкіметтің» веб-порталына нұсқауды;

мемлекеттік қызмет көрсету нысанын; мемлекеттік қызмет көрсетудің ақылы не тегін екендігін көздейді.

#### **13-бап. Мемлекеттік көрсетілетін қызмет стандартын әзірлеуге және бекітуге қойылатын жалпы талаптар**

1. Мемлекеттік қызметтер көрсету сапасына қойылатын бірыңғай талаптарды қамтамасыз ету үшін, оның ішінде Қазақстан Республикасының шетелдегі мекемелері, облыстардың, республикалық маңызы бар қалалардың, астананың, аудандардың, облыстық маңызы бар қалалардың жергілікті атқарушы органдары, қаладағы аудандардың, аудандық маңызы бар қалалардың, кенттердің, ауылдардың, ауылдық округтердің әкімдері көрсететін мемлекеттік қызметтер үшін орталық мемлекеттік органдар мемлекеттік көрсетілетін қызметтер стандарттарын әзірлейді.

Қазақстан Республикасының Президентіне бағынатын және есеп беретін орталық мемлекеттік орган әзірлейтін мемлекеттік көрсетілетін қызмет стандар-

тын Қазақстан Республикасы Президентінің Әкімшілігімен келісу бойынша Қазақстан Республикасының Үкіметі бекітеді.

Қазақстан Республикасы Үкіметінің құрылымына кіретін орталық мемлекеттік орган әзірлейтін мемлекеттік көрсетілетін қызмет стандартын Қазақстан Республикасының Үкіметі бекітеді.

Мемлекеттік көрсетілетін қызмет стандарты мемлекеттік көрсетілетін қызметтің мемлекеттік көрсетілетін қызметтер тізіліміне енгізілген күнінен бастап үш ай ішінде әзірленеді және бекітіледі.

2. Мемлекеттік көрсетілетін қызмет стандартының жобасы осы Заңның 15-бабында көзделген тәртіппен жария талқылануға жатады.

3. Мемлекеттік көрсетілетін қызметтер стандарттарын қабылдау, өзгерту, толықтыру және олардың күшін жою мемлекеттік қызметтер көрсету сапасын бағалау және бақылау жөніндегі уәкілетті органның, мемлекеттік қызметтер көрсету саласындағы уәкілетті органның, ақпараттандыру саласындағы уәкілетті органның, орталық мемлекеттік органдардың, облыстардың, республикалық маңызы бар қалалардың, астананың, аудандардың, облыстық маңызы бар қалалардың жергілікті атқарушы органдарының, қаладағы аудандар, аудандық маңызы бар қалалар, кенттер, ауылдар, ауылдық округтер әкімдерінің ұсыныстары негізінде, сондай-ақ мемлекеттік қызметтер көрсету сапасының қоғамдық мониторингі және (немесе) көрсетілетін қызметті алушылардың мемлекеттік қызметтер көрсету мәселелері жөніндегі өтініштерін қарау қорытындылары бойынша жүзеге асырылады.

#### **14-бап. Мемлекеттік көрсетілетін қызмет стандартының мазмұнына қойылатын талаптар**

Мемлекеттік көрсетілетін қызмет стандарты:

1) жалпы ережелерді; мемлекеттік көрсетілетін қызметтің атауын;

мемлекеттік көрсетілетін қызмет стандартын әзірлейтін орталық мемлекеттік органның атауын;

көрсетілетін қызметті берушінің атауын;  
2) мемлекеттік қызмет көрсету тәртібін:  
мемлекеттік қызмет көрсету мерзімін;  
мемлекеттік қызмет көрсету нысанын;  
мемлекеттік қызмет көрсету нәтижесін;

Қазақстан Республикасының заңнамасында көзделген жағдайларда көрсетілетін қызметті алушыдан мемлекеттік қызмет көрсету кезінде алынатын төлемақы мөлшерін және оны алу тәсілдерін;

көрсетілетін қызметті берушінің жұмыс кестесін;

мемлекеттік қызмет көрсету үшін қажетті құжаттардың тізбесін;

мемлекеттік қызмет көрсетуден бас тарту үшін Қазақстан Республикасының заңдарында белгіленген негіздерді;

3) орталық мемлекеттік органдардың, облыстардың, республикалық маңызы бар қалалардың, астананың, аудандардың, облыстық маңызы бар қалалардың жергілікті атқарушы органдарының, қаладағы аудандар, аудандық маңызы бар қалалар, кенттер, ауылдар, ауылдық округтер әкімдерінің, сондай-ақ көрсетілетін қызметті берушілердің және (немесе) олардың лауазымды адамдарының, халыққа қызмет көрсету орталықтарының және (немесе) олардың қызметкерлерінің мемлекеттік қызметтер көрсету мәселелері бойынша шешімдеріне, әрекеттеріне (әрекетсіздігіне) шағымдану тәртібін;

4) мемлекеттік қызмет көрсету, оның ішінде электрондық нысанда және халыққа қызмет көрсету орталықтары арқылы көрсету ерекшеліктері ескеріле отырып, өзге де талаптарды көздейді.

### **15-бап. Мемлекеттік көрсетілетін қызметтер стандарттарының жобаларын жария талқылау**

1. Мемлекеттік көрсетілетін қызметтер стандарттарының жобаларын жария талқылау мемлекеттік көрсетілетін қызметтер стандарттарында құқықтары, бостандықтары мен заңды мүдделері қозғалатын жеке және заңды тұлғалардың ескертпелері мен ұсыныстарын ескеру мақсатымен жүргізіледі.

2. Мемлекеттік көрсетілетін қызмет стандартын әзірлейтін орталық мемлекеттік орган мемлекеттік көрсетілетін қызметтің мемлекеттік көрсетілетін қызметтер тізіліміне енгізілген күнінен бастап бес жұмыс күні ішінде мемлекеттік көрсетілетін қызмет стандартының жобасын жария талқылау үшін оны «электрондық үкіметтің» веб-порталында, өзінің интернет-ресурсында және (немесе) облыстың, республикалық маңызы бар қаланың, астананың, ауданның, облыстық маңызы бар қаланың жергілікті атқарушы органының, қаладағы аудан, аудандық маңызы бар қала, кент, ауыл, ауылдық округ әкімінің интернет-ресурстарында орналастырады, сондай-ақ көрсетілетін қызметті алушылардың мемлекеттік көрсетілетін қызмет стандартының жобасы туралы хабардар етілуін өзге де тәсілдермен қамтамасыз етеді.

3. Мемлекеттік көрсетілетін қызмет стандартының жобасын жария талқылау оның жария талқылау үшін орналастырылған күнінен бастап күнтізбелік отыз күн ішінде жүзеге асырылады.

4. Мемлекеттік көрсетілетін қызмет стандартының жобасын әзірлейтін орталық мемлекеттік орган мемлекеттік көрсетілетін қызмет стандартының жобасын жария талқылаудың аяқталғаны туралы есеп жасайды, ол «электрондық үкіметтің» веб-порталында, өзінің интернет-ресурсында және (немесе) облыстың, республикалық маңызы бар қаланың, астананың, ауданның, облыстық маңызы бар қаланың жергілікті атқарушы органының, қаладағы аудан, аудандық маңызы бар қала, кент, ауыл, ауылдық округ әкімінің интернет-ресурстарында орналастырылуға жатады.

Мемлекеттік көрсетілетін қызмет стандартының жобасын жария талқылаудың аяқталғаны туралы есепте:

қабылданған және (немесе) қабылданбаған ескертпелер мен ұсыныстар бойынша негіздемелер қоса беріле отырып, жария талқылау барысында алынған ескертпелер мен ұсыныстардың тізбесі мен қысқаша мазмұны;

мемлекеттік көрсетілетін қызмет стандартының келіп түскен ескертпелер мен ұсыныстар ескеріле отырып пысықталған жобасымен танысу тәсілі туралы ақпарат қамтылады.

Жеке және заңды тұлғалардың мемлекеттік көрсетілетін қызмет стандартының жобасына осы баптың 3-тармағында көрсетілген мерзім өткеннен кейін келіп түскен ескертпелері мен ұсыныстары қарауға жатпайды.

Мемлекеттік көрсетілетін қызмет стандартының жария талқылау нәтижелері бойынша пысықталған жобасы және мемлекеттік көрсетілетін қызмет стандартының жобасын жария талқылаудың аяқталғаны туралы есеп мүдделі орталық мемлекеттік органдарға, облыстардың, республикалық маңызы бар қалалардың, астананың, аудандардың, облыстық маңызы бар қалалардың жергілікті атқарушы органдарына, қаладағы аудандардың, аудандық маңызы бар қалалардың, кенттердің, ауылдардың, ауылдық округтердің әкімдеріне келісуге жіберіледі.

5. Бекітілген мемлекеттік көрсетілетін қызметтер стандарттарына өзгерістер және (немесе) толықтырулар енгізу жөніндегі нормативтік құқықтық актілердің жобалары осы бапта белгіленген тәртіппен міндетті түрде жария талқылануға жатады.

### **16-бап. Мемлекеттік көрсетілетін қызмет регламентін әзірлеуге қойылатын талаптар**

1. Көрсетілетін қызметті берушілердің қызметін ұйымдастыру үшін мемлекеттік көрсетілетін қызмет стандарты бекітілгеннен кейін күнтізбелік отыз күн ішінде орталық мемлекеттік органдар және облыстардың, республикалық маңызы бар қалалардың, астананың жергілікті атқарушы органдары мемлекеттік көрсетілетін қызметтер регламенттерін әзірлейді және бекітеді.

2. Орталық мемлекеттік орган әзірлейтін мемлекеттік көрсетілетін қызмет регламенті орталық мемлекеттік органның немесе оның басшысының нормативтік құқықтық актісімен бекітіледі.

3. Облыстың, республикалық маңызы бар қаланың, астананың жергілікті атқарушы органы әзірлейтін, оның ішінде ауданның, облыстық маңызы бар қаланың жергілікті атқарушы органы, қаладағы аудан, аудандық маңызы бар қала, кент, ауыл, ауылдық округ әкімі үшін әзірленетін мемлекеттік көрсетілетін қызмет регламенті облыс, республикалық маңызы бар қала, астана әкімдігінің нормативтік құқықтық қаулысымен бекітіледі.

**17-бап. Мемлекеттік көрсетілетін қызмет регламентінің мазмұнына қойылатын талаптар**

#### 4-ТАРАУ. МЕМЛЕКЕТТІК ҚЫЗМЕТТЕР КӨРСЕТУ

##### 18-бап. Мемлекеттік қызметтер көрсету

Мемлекеттік көрсетілетін қызметтер:

- 1) көрсетілетін қызметті берушілер арқылы;
- 2) халыққа қызмет көрсету орталықтары арқылы;
- 3) «электрондық үкіметтің» веб-порталы арқылы көрсетіледі.

##### 19-бап. Көрсетілетін қызметті берушілердің мемлекеттік қызметтер көрсетуі

Көрсетілетін қызметті берушілердің мемлекеттік қызметтер көрсетуіне қойылатын талаптар және оларды көрсету тәртібі мемлекеттік көрсетілетін қызметтер стандарты мен регламентінде айқындалады.

##### 20-бап. Халыққа қызмет көрсету орталықтары арқылы мемлекеттік қызметтер көрсету

1. Көрсетілетін қызметті алушының өтініші мен құжаттарын көрсетілетін қызметті берушілерге қағаз жеткізгіште жөнелтуді көздейтін мемлекеттік қызметтерді халыққа қызмет көрсету орталықтары арқылы көрсету кезінде өтініштер мен құжаттар қабылданған күн мемлекеттік көрсетілетін қызмет стандартында белгіленген мемлекеттік қызмет көрсету мерзіміне кірмейді.

2. Халыққа қызмет көрсету орталығының қызметкері көрсетілетін қызметті алушыда мемлекеттік көрсетілетін қызмет стандартында көзделген тізбеге сәйкес құжаттардың толық топтамасы болған кезде оның өтінішін қабылдауға міндетті.

Көрсетілетін қызметті алушы мемлекеттік көрсетілетін қызмет стандартында көзделген тізбеге сәйкес құжаттардың толық топтамасын ұсынбаған жағдайда, халыққа қызмет көрсету орталығының қызметкері өтінішті қабылдаудан бас тартады.

3. Халыққа қызмет көрсету орталықтары арқылы мемлекеттік қызмет көрсету кезінде көрсетілетін қызметті алушының жеке басын сәйкестендіруді халыққа қызмет көрсету орталықтарының қызметкерлері жүзеге асырады.

4. Халыққа қызмет көрсету орталықтары арқылы мемлекеттік қызметтер көрсету кезінде көрсетілетін

Мемлекеттік көрсетілетін қызмет регламенті:

- 1) жалпы ережелерді;
- 2) мемлекеттік қызмет көрсету процесінде көрсетілетін қызметті берушінің құрылымдық бөлімшелерінің (қызметкерлерінің) іс-қимылдар тәртібін сипаттауды;
- 3) мемлекеттік қызмет көрсету процесінде көрсетілетін қызметті берушінің құрылымдық бөлімшелерінің (қызметкерлерінің) өзара іс-қимыл тәртібін сипаттауды;
- 4) мемлекеттік қызмет көрсету процесінде халыққа қызмет көрсету орталығымен және (немесе) өзге де көрсетілетін қызметті берушілермен өзара іс-қимыл тәртібін, сондай-ақ ақпараттық жүйелерді пайдалану тәртібін сипаттауды көздейді.

қызметті берушілермен өзара іс-қимыл мемлекеттік қызметтер көрсету мониторингінің ақпараттық жүйесі пайдаланыла отырып жүзеге асырылады.

5. Көрсетілетін қызметті алушының өтініші бойынша халыққа қызмет көрсету орталығының қызметкері көрсетілетін қызметті алушы ұсынған құжаттың түпнұсқасынан жасалған құжаттың электрондық көшірмесін куәландырады.

6. Халыққа қызмет көрсету орталықтарының қызметкерлері мемлекеттік қызметтер көрсету кезінде, егер Қазақстан Республикасының заңдарында өзгеше көзделмесе, ақпараттық жүйелерде қамтылған, заңмен қорғалатын құпияны құрайтын мәліметтерді пайдалануға көрсетілетін қызметті алушының жазбаша келісімін алуға міндетті.

##### 21-бап. Электрондық нысанда мемлекеттік қызметтер көрсету

1. Электрондық нысанда мемлекеттік қызметтер көрсету Қазақстан Республикасының заңнамасына сәйкес «электрондық үкіметтің» веб-порталы арқылы жүзеге асырылады.

2. Электрондық құжат немесе қағаз жеткізгіштегі құжат не «электрондық үкіметтің» ақпараттық жүйесінен мәлімет беру электрондық нысанда мемлекеттік қызмет көрсетудің нәтижесі болып табылады.

3. Халыққа қызмет көрсету орталығы арқылы электрондық нысанда мемлекеттік қызмет көрсету кезінде көрсетілетін қызметті алушының жазбаша келісімі негізінде электрондық құжат нысанындағы оның сұрау салуын халыққа қызмет көрсету орталығының қызметкері өзіне қызметтік мақсатта пайдалану үшін берілген электрондық цифрлық қолтаңбасымен куәландырады.

4. Көрсетілетін қызметті алушыларға ақпараттандыру саласындағы уәкілетті орган айқындайтын тәртіппен бір өтініш негізінде электрондық нысанда бірнеше мемлекеттік қызмет көрсетілуі мүмкін.

##### 22-бап. Мемлекеттік қызметтер көрсету процестерін оңтайландыру

Мемлекеттік қызметтер көрсету процестерін оңтайландыруды ақпараттандыру саласындағы уәкілетті орган айқындайтын тәртіппен орталық мемлекеттік органдар, облыстардың, республикалық маңызы бар қалалардың, астананың, аудандардың, облыстық маңызы бар қалалардың жергілікті атқарушы органдары, қаладағы аудандардың, аудандық маңызы бар қалалардың, кенттердің, ауылдардың, ауылдық округтердің әкімдері тұрақты негізде жүзеге асырады.

### **23-бап. Көрсетілетін қызметті алушыларды мемлекеттік қызметтер көрсету тәртібі туралы хабардар ету**

1. Мемлекеттік қызметтер көрсету тәртібі туралы ақпарат:

1) мемлекеттік көрсетілетін қызметтер стандарттарын көрсетілетін қызметті берушілердің орналасқан жерлерінде және халыққа қызмет көрсету орталықтарында орналастыру;

2) жеке және заңды тұлғалардың көрсетілетін қызметті берушілерге өтініш жасауы;

3) мемлекеттік көрсетілетін қызметтер стандарттарын «электрондық үкіметтің» веб-порталында, орталық мемлекеттік органдардың, облыстардың, республикалық маңызы бар қалалардың, астананың, аудандардың, облыстық маңызы бар қалалардың жергілікті атқарушы органдарының, қаладағы аудандар, аудандық маңызы бар қалалар, кенттер, ауылдар, ауылдық округтер әкімдерінің, көрсетілетін қызметті берушілердің интернет-ресурстарында және басқа да бұқаралық ақпарат құралдарында орналастыру;

4) Мемлекеттік қызметтер көрсету мәселелері жөніндегі бірыңғай байланыс орталығына өтініш жасау арқылы ұсынылады.

2. Орталық мемлекеттік органдар, облыстардың, республикалық маңызы бар қалалардың, астананың, аудандардың, облыстық маңызы бар қалалардың жергілікті атқарушы органдары, қаладағы аудандардың, аудандық маңызы бар қалалардың, кенттердің, ауылдардың, ауылдық округтердің әкімдері және көрсетілетін қызметті берушілер мемлекеттік көрсетілетін қызмет стандарты бекітілген немесе өзгертілген күннен бастап үш жұмыс күні ішінде оны көрсету тәртібі туралы ақпаратты жаңартады.

3. Орталық мемлекеттік органдар, облыстардың, республикалық маңызы бар қалалардың, астананың, аудандардың, облыстық маңызы бар қалалардың жергілікті атқарушы органдары, қаладағы аудандардың, аудандық маңызы бар қалалардың, кенттердің, ауылдардың, ауылдық округтердің әкімдері, көрсетілетін қызметті берушілер және халыққа қызмет көрсету орталықтары көрсетілетін қызметті алушылар өтініш жасаған кезде оларға қажетті түсініктемелермен бірге мемлекеттік қызметтер көрсету тәртібі туралы ақпаратты дереу ұсынуға міндетті.

4. Мемлекеттік қызмет көрсету сатысы туралы ақпарат көрсетілетін қызметті алушыға оның мемлекеттік қызметтер көрсету мәселелері жөніндегі бірыңғай

байланыс орталығына және (немесе) көрсетілетін қызметті берушіге өтініш жасаған кезінде ұсынылады.

5. Орталық мемлекеттік органдар, облыстардың, республикалық маңызы бар қалалардың, астананың, аудандардың, облыстық маңызы бар қалалардың жергілікті атқарушы органдары, қаладағы аудандардың, аудандық маңызы бар қалалардың, кенттердің, ауылдардың, ауылдық округтердің әкімдері жыл сайын «электрондық үкіметтің» веб-порталында, интернет-ресурстарда және басқа да бұқаралық ақпарат құралдарында мемлекеттік қызметтер көрсету мәселелері жөніндегі қызмет туралы есепті орналастырады.

6. Орталық мемлекеттік органдар, облыстардың, республикалық маңызы бар қалалардың, астананың, аудандардың, облыстық маңызы бар қалалардың жергілікті атқарушы органдары, қаладағы аудандардың, аудандық маңызы бар қалалардың, кенттердің, ауылдардың, ауылдық округтердің әкімдері көрсетілетін қызметті берушілердің, мүдделі жеке және заңды тұлғалардың қатысуымен мемлекеттік қызметтер көрсету саласындағы қызмет туралы есептерге жылына кемінде бір рет жария талқылаулар өткізеді. Жария талқылаулардың қорытындылары мемлекеттік қызметтер көрсету сапасын арттыру және мемлекеттік көрсетілетін қызметтер стандарттарын жетілдіру үшін пайдаланылады.

### **24-бап. Мемлекеттік қызметтер көрсеткені үшін төлемақы**

1. Қазақстан Республикасында мемлекеттік қызметтер Қазақстан Республикасының заңдарына сәйкес ақылы немесе тегін негізде көрсетіледі.

2. Қазақстан Республикасының заңдарында тегін ұсынылуға кепілдік берілген мемлекеттік қызметтерді көрсеткені үшін көрсетілетін қызметті алушыға төлемақы белгілеуге жол берілмейді.

### **25-бап. Мемлекеттік қызметтер көрсету мәселелері бойынша шағымдарды қарау ерекшеліктері**

1. Көрсетілетін қызметті алушылардың мемлекеттік қызметтер көрсету мәселелері бойынша шағымдары осы Заңда белгіленген ерекшеліктер ескеріле отырып, Қазақстан Республикасының заңнамасына сәйкес қаралуға жатады.

2. Орталық мемлекеттік органның, облыстың, республикалық маңызы бар қаланың, астананың, ауданның, облыстық маңызы бар қаланың жергілікті атқарушы органының, қаладағы аудан, аудандық маңызы бар қала, кент, ауыл, ауылдық округ әкімінің, көрсетілетін қызметті берушінің, халыққа қызмет көрсету орталығының атына келіп түскен көрсетілетін қызметті алушының шағымы оның тіркелген күнінен бастап бес жұмыс күні ішінде қаралуға жатады.

Мемлекеттік қызметтер көрсету сапасын бағалау және бақылау жөніндегі уәкілетті органның атына келіп түскен көрсетілетін қызметті алушының шағымы оның тіркелген күнінен бастап он бес жұмыс күні ішінде қаралуға жатады.

3. Мемлекеттік қызметтер көрсету сапасын бағалау және бақылау жөніндегі уәкілетті орган шағымды қарау қорытындылары бойынша:

1) орталық мемлекеттік органның, облыстың, республикалық маңызы бар қаланың, астананың, ауданның, облыстық маңызы бар қаланың жергілікті атқарушы органының, қаладағы аудан, аудандық маңызы бар қала, кент, ауыл, ауылдық округ әкімінің, көрсетілетін қызметті берушінің, халыққа қызмет көрсету орталығының көрсетілетін қызметті алушының шағымы бойынша қабылдаған шешіміне оның қанағаттанбауы себептерін кешенді түрде зерделеуді қамтамасыз етуге;

2) орталық мемлекеттік орган, облыстың, республикалық маңызы бар қаланың, астананың, ауданның, облыстық маңызы бар қаланың жергілікті атқарушы органы, қаладағы ауданның, аудандық маңызы бар қаланың, кенттің, ауылдың, ауылдық округтің әкімі тарапынан Қазақстан Республикасының мемлекеттік қызметтер көрсету саласындағы заңнамасының сақталмауы фактісі анықталған жағдайда олардың атына көрсетілетін қызметті алушының бұзылған құқықтарын, бостандықтарын мен заңды мүдделерін қалпына келтіру жөнінде шаралар қолдану үшін ұсыныстар жіберуге;

3) көрсетілетін қызметті алушының шағымын орталық мемлекеттік орган, облыстың, республикалық

маңызы бар қаланың, астананың, ауданның, облыстық маңызы бар қаланың жергілікті атқарушы органы, қаладағы ауданның, аудандық маңызы бар қаланың, кенттің, ауылдың, ауылдық округтің әкімі тарапынан қанағаттандырудың уақтылылығы мен толықтығын бақылауды жүзеге асыруға міндетті.

4. Мемлекеттік қызметтер көрсету сапасын бағалау және бақылау жөніндегі уәкілетті органның, орталық мемлекеттік органның, облыстың, республикалық маңызы бар қаланың, астананың, ауданның, облыстық маңызы бар қаланың жергілікті атқарушы органының, қаладағы аудан, аудандық маңызы бар қала, кент, ауыл, ауылдық округ әкімінің шағымды қарау мерзімі:

1) шағым бойынша қосымша зерделеу немесе тексеру не жергілікті жерге барып тексеру жүргізу;

2) қосымша ақпарат алу қажет болған жағдайларда он жұмыс күнінен аспайтын мерзімге ұзартылады.

Шағымды қарау мерзімі ұзартылған жағдайда шағымдарды қарау бойынша өкілеттіктер берілген лауазымды адам шағымды қарау мерзімі ұзартылған кезден бастап үш жұмыс күні ішінде шағым берген көрсетілетін қызметті алушыға ұзарту себептерін көрсете отырып, шағымды қарау мерзімінің ұзартылғаны туралы жазбаша нысанда (шағым қағаз жеткізгіште берілген кезде) немесе электрондық нысанда (шағым электрондық түрде берілген кезде) хабарлайды.

## 5-ТАРАУ. МЕМЛЕКЕТТІК ҚЫЗМЕТТЕР КӨРСЕТУ САПАСЫН БАҚЫЛАУ.

### МЕМЛЕКЕТТІК ҚЫЗМЕТТЕР КӨРСЕТУ САПАСЫН БАҒАЛАУ ЖӘНЕ ОНЫҢ ҚОҒАМДЫҚ МОНИТОРИНГІ

**26-бап. Мемлекеттік қызметтер көрсету сапасын бақылауды, мемлекеттік қызметтер көрсету сапасын бағалауды және оның қоғамдық мониторингін жүргізу қағидаттары**

Мемлекеттік қызметтер көрсету сапасын бақылауды, мемлекеттік қызметтер көрсету сапасын бағалауды және оның қоғамдық мониторингін жүргізу мынадай қағидаттарға негізделеді:

- 1) заңдылық;
- 2) объективтілік;
- 3) турашылдық;
- 4) анықтық;
- 5) жан-жақтылық;
- 6) ашықтық.

**27-бап. Мемлекеттік қызметтер көрсету сапасын бақылауды жүргізу ерекшеліктері**

1. Мемлекеттік қызметтер көрсету сапасын бақылау Қазақстан Республикасының заңнамасына сәйкес жүзеге асырылады.

2. Орталық мемлекеттік органдардың, облыстардың, республикалық маңызы бар қалалардың, астананың, аудандардың, облыстық маңызы бар қалалардың жергілікті атқарушы органдарының, қаладағы аудандар, аудандық маңызы бар қалалар, кенттер, ауылдар, ауылдық округтер әкімдерінің Қазақстан Республикасының мемлекеттік қызметтер көрсету саласын

дағы заңнамасын сақтау жөніндегі қызметі мемлекеттік қызметтер көрсету сапасын бақылау объектісі болып табылады.

**28-бап. Мемлекеттік қызметтер көрсету сапасын бағалауды жүргізу тәртібі**

Электрондық нысанда көрсетілетін мемлекеттік қызметтерді қоспағанда, мемлекеттік қызметтер көрсету сапасын бағалауды мемлекеттік қызметтер көрсету сапасын бағалау және бақылау жөніндегі уәкілетті орган Қазақстан Республикасының заңнамасында белгіленген тәртіппен жүзеге асырады.

Электрондық нысанда көрсетілетін мемлекеттік қызметтердің сапасын бағалауды ақпараттандыру саласындағы уәкілетті орган Қазақстан Республикасының заңнамасында белгіленген тәртіппен жүзеге асырады.

**29-бап. Мемлекеттік қызметтер көрсету сапасының қоғамдық мониторингі**

1. Мемлекеттік қызметтер көрсету сапасының қоғамдық мониторингін жеке тұлғалар, коммерциялық емес ұйымдар өз бастамасы бойынша және өз есебінен жүргізеді.

Мемлекеттік қызметтер көрсету сапасының қоғамдық мониторингі Қазақстан Республикасының заңнамасына сәйкес мемлекеттік қызметтер көрсету сапасын бағалау және бақылау жөніндегі уәкілетті орган

ның мемлекеттік әлеуметтік тапсырысы бойынша да жүргізіледі.

2. Мемлекеттік қызметтер көрсету сапасының қоғамдық мониторингін жүргізу кезінде жеке тұлғалар, коммерциялық емес ұйымдар, мемлекеттік құпияларды, коммерциялық және заңмен қорғалатын өзге де құпияны құрайтын ақпаратты қоспағанда, Қазақстан Республикасының заңнамасына сәйкес мемлекеттік қызметтер көрсету саласына жататын қажетті ақпаратты орталық мемлекеттік органдардан, облыстардың, республикалық маңызы бар қалалардың, астананың, аудандардың, облыстық маңызы бар қалалардың жергілікті атқарушы органдарынан, қаладағы аудандар, аудандық маңызы бар қалалар, кенттер, ауылдар, ауылдық округтер әкімдерінен, осы ақпарат олардың интернет-ресурстарында болмаған жағдайда, сұратуға құқылы.

3. Мемлекеттік қызметтер көрсету сапасының қоғамдық мониторингі нәтижелері бойынша жеке тұлғалар, коммерциялық емес ұйымдар қорытынды жасайды. Мемлекеттік қызметтер көрсету сапасының қоғамдық мониторингінің қорытындысы:

1) орталық мемлекеттік органдардың, облыстардың, республикалық маңызы бар қалалардың, астананың, аудандардың, облыстық маңызы бар қалалардың жергілікті атқарушы органдарының, қаладағы аудандар,

аудандық маңызы бар қалалар, кенттер, ауылдар, ауылдық округтер әкімдерінің, сондай-ақ көрсетілетін қызметті берушілердің Қазақстан Республикасының мемлекеттік қызметтер көрсету саласындағы заңнамасының талаптарын сақтауы туралы ақпаратты;

2) мемлекеттік қызметтер көрсету сапасының қоғамдық мониторингі барысында анықталған Қазақстан Республикасының мемлекеттік қызметтер көрсету саласындағы заңнамасының сақталмау фактілерін жою жөніндегі ұсынымдарды;

3) мемлекеттік қызметтер көрсету сапасын арттыру жөніндегі ұсыныстарды;

4) мемлекеттік көрсетілетін қызметтер стандарттарына өзгерістер мен толықтырулар енгізу жөніндегі ұсыныстарды қамтиды.

4. Орталық мемлекеттік органдар, облыстардың, республикалық маңызы бар қалалардың, астананың, аудандардың, облыстық маңызы бар қалалардың жергілікті атқарушы органдары, қаладағы аудандардың, аудандық маңызы бар қалалардың, кенттердің, ауылдардың, ауылдық округтердің әкімдері, сондай-ақ көрсетілетін қызметті берушілер мемлекеттік қызметтер көрсету сапасының қоғамдық мониторингі қорытындысын ескере отырып, мемлекеттік қызметтер көрсету сапасын арттыру жөнінде шаралар қолданады.

## 6-ТАРАУ. ҚОРЫТЫНДЫ ЕРЕЖЕЛЕР

### 30-бап. Қазақстан Республикасының мемлекеттік қызметтер көрсету саласындағы заңнамасын бұзғаны үшін жауаптылық

Қазақстан Республикасының мемлекеттік қызметтер көрсету саласындағы заңнамасын бұзу Қазақстан Республикасының заңдарында белгіленген жауаптылыққа әкеп соғады.

### 31-бап. Осы Заңды қолданысқа енгізу тәртібі

Осы Заң алғашқы ресми жарияланғанынан кейін күнтізбелік отыз күн өткен соң қолданысқа енгізіледі.

*Қазақстан Республикасының*

*Президенті Н. НАЗАРБАЕВ*

*Астана, Ақорда, 2013 жылғы сәуірдің 15-і, № 88-V*

## ДЕНСАУЛЫҚ САҚТАУ САЛАСЫНДАҒЫ КЕЙБІР БҰЙРЫҚТАРДЫҢ КҮШІН ЖОЮ ТУРАЛЫ ҚАЗАҚСТАН РЕСПУБЛИКАСЫ ДЕНСАУЛЫҚ САҚТАУ МИНИСТРІНІҢ

### 2013 ЖЫЛҒЫ 26 МАУСЫМДАҒЫ №366 БҰЙРЫҒЫ

«Нормативтік құқықтық актілер туралы» 1998 жылғы 24 наурыздағы Қазақстан Республикасы Заңының 21-1-бабына сәйкес, «Нормативтік құқықтық актілердің құқықтық мониторингін жүргізу қағидаларын бекіту туралы» Қазақстан Республикасы Үкіметінің 2011 жылғы 25 тамыздағы №964 қаулысына сәйкес жүргізілген нормативтік құқықтық актілердің құқықтық мониторинг нәтижелері бойынша БҰЙЫРАМЫН:

1. Осы бұйрыққа қосымшаға сәйкес денсаулық сақтау саласындағы кейбір бұйрықтардың күші жойылды деп танылсын.

2. Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Медициналық және фармацевтикалық қызметті бақылау комитеті (Д.С. Есімов) осы бұйрық күшіне енген күннен бастап бір апталық мерзімде бұйрықтың көшірмесі Қазақстан Республикасы Әділет министрлігіне жіберсін және оны одан әрі бұқаралық ақпарат құралдарында жариялануын қамтамасыз етсін.

3. Осы бұйрық қол қойылған күнінен бастап қолданысқа енгізіледі.

*Министр С. ҚАЙЫРБЕКОВА*

## ҚАЗАҚСТАН РЕСПУБЛИКАСЫ ДЕНСАУЛЫҚ САҚТАУ САЛАСЫНДАҒЫ КЕЙБІР КҮШІН ЖОЙҒАН БҰЙРЫҚТАРДЫҢ ТІЗІМІ

1) «Дәрілік заттарды, медициналық мақсаттағы бұйымдар мен медициналық техниканы мемлекеттік тіркеу, қайта тіркеу және олардың құжаттар жинағына өзгерістер енгізу жөніндегі мемлекеттік қызмет көрсету стандартын бекіту туралы» Қазақстан Республикасы денсаулық сақтау министрлігінің 2007 жылғы 21 желтоқсандағы №748 бұйрығы (Қазақстан Республикасының Нормативтік құқықтық актілерді мемлекеттік тіркеу тізілімінде №5112 болып тіркелген, 2008 жылғы 29 ақпанда №32 (1258) «Заң газеті» газетінде жарияланған);

2) «Дәрілік заттарды, медициналық мақсаттағы бұйымдар мен медициналық техниканы әкелу және әкету ережесін бекіту туралы Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің 2009 жылғы 16 қарашадағы №710 бұйрығы (Қазақстан Республикасының нормативтік құқық-

тық актілерін мемлекеттік тіркеу тізілімінде №5913 болып тіркелген, Қазақстан Республикасының орталық атқарушы және өзге де орталық мемлекеттік органдарының актілер жинағында жарияланған, 2010 жыл №3);

3) «Дәрілік заттарды, медициналық мақсаттағы бұйымдар мен медициналық техниканы әкелу және әкету ережесін бекіту туралы» Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің 2009 жылғы 16 қарашадағы №710 бұйрығына өзгерістер енгізу туралы» Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің м.а. 2011 жылғы 8 маусымдағы №367 бұйрығы (Қазақстан Республикасының Нормативтік құқықтық актілерді мемлекеттік тіркеу тізілімінде №7012 болып тіркелген, 2011 жылда 21 шілдеде №103 (1919) «Заң газеті» газетінде жарияланған).

## ҚАЗАҚСТАН РЕСПУБЛИКАСЫ ДЕНСАУЛЫҚ САҚТАУ МИНИСТРІНІҢ КЕЙБІР БҰЙРЫҚТАРЫНЫҢ КҮШІН ЖОЮ ТУРАЛЫ ҚАЗАҚСТАН РЕСПУБЛИКАСЫ ДЕНСАУЛЫҚ САҚТАУ МИНИСТРІНІҢ МІНДЕТІН АТҚАРУШЫНЫҢ

### 2013 ЖЫЛҒЫ 7 ТАМЫЗДАҒЫ №462 БҰЙРЫҒЫ

«Нормативтік құқықтық актілер туралы» Қазақстан Республикасының 1998 жылғы 24 наурыздағы Заңының 38-бабының 1-тармағына сәйкес БҰЙЫРАМЫН:

1. «Тегін медициналық көмектің кепілдік берілген көлемі шеңберінде амбулаториялық деңгейде дәрілік заттарды беру тәртібі туралы нұсқаулықты бекіту туралы» 2013 жылғы 19 ақпандағы №93;

«Астананың, республикалық маңызы бар қаланың, облыстардың, облыстық маңызы бар қалалардың және аудандардың рейтингіне енгізілген денсаулық сақтау саласындағы көрсеткіштерді есептеу жөніндегі әдістемені бекіту туралы» 2013 жылғы 12 наурыздағы №134 Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің бұйрықтарының күші жойылсын.

2. Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің Медициналық көмекті ұйымдастыру департаменті (А.Ф. Төлеғалиева) осы бұйрықтың көшірмесін Қазақстан Республикасы Әділет министрлігіне жіберсін.

3. Осы бұйрықтың орындалуын бақылау Қазақстан Республикасының Денсаулық сақтау вице-министрі Е.Ә. Байжүнісовке жүктелсін.

4. Осы бұйрық қол қойылған күнінен бастап қолданысқа енгізіледі.

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрінің міндетін атқарушы  
Е. БАЙЖҮНІСОВ

## БЕЗОПАСНОСТЬ ЛЕКАРСТВ

### Циталопрам: противопоказания

Циталопрам вызывает дозозависимое удлинение интервала QT и не должен применяться в дозах свыше 40 мг/сут. Имеются постмаркетинговые сообщения о развитии torsade de pointes при приеме пациентами этого анитидепрессанта. Циталопрам противопоказан к применению у пациентов с врожденным синдромом удлинения интервала QT. Гипокалиемия и гипомagneмия должны быть скорректированы до начала лечения циталопрамом.

[fda.gov](http://fda.gov)



## ПОСТАНОВЛЕНИЕ ПРАВИТЕЛЬСТВА РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН

ОТ 16 СЕНТЯБРЯ 2013 ГОДА №964

О внесении изменений и дополнений в постановление Правительства Республики Казахстан от 30 октября 2009 года №1729 «Об утверждении Правил организации и проведения закупок лекарственных средств, профилактических (иммунобиологических, диагностических, дезинфицирующих) препаратов, изделий медицинского назначения и медицинской техники, фармацевтических услуг по оказанию гарантированного объема бесплатной медицинской помощи»

Правительство Республики Казахстан ПОСТАНОВЛЯЕТ:

1. Внести в постановление Правительства Республики Казахстан от 30 октября 2009 года №1729 «Об утверждении Правил организации и проведения закупок лекарственных средств, профилактических (иммунобиологических, диагностических, дезинфицирующих) препаратов, изделий медицинского назначения и медицинской техники, фармацевтических услуг по оказанию гарантированного объема бесплатной медицинской помощи» (САПП Республики Казахстан, 2009 г., №47-48, ст. 444) следующие изменения и дополнения:

в Правилах организации и проведения закупок лекарственных средств, профилактических (иммунобиологических, диагностических, дезинфицирующих) препаратов, изделий медицинского назначения и медицинской техники, фармацевтических услуг по оказанию гарантированного объема бесплатной медицинской помощи, утвержденных указанным постановлением:

**в пункте 2:**

дополнить подпунктом 11-1) в следующей редакции:

«11-1) реестр недобросовестных участников государственных закупок – перечень потенциальных поставщиков (поставщиков), формируемый государственным органом, осуществляющим регулирование системы государственных закупок в соответствии с законодательством Республики Казахстан в сфере государственных закупок;»;

подпункт 17) изложить в следующей редакции:

«17) организатор закупок – заказчик или лицо, определенное заказчиком или Правительством Республики Казахстан в соответствии с пунктом 88-4 настоящих Правил для организации закупок;»;

подпункт 19) изложить в следующей редакции:

«19) список лекарственных средств, изделий медицинского назначения, подлежащих закупке исключительно у единого дистрибьютора (далее – список единого дистрибьютора) – разрабатываемый и утверждаемый уполномоченным органом в области здраво-

охранения документ, содержащий перечень лекарственных средств, изделий медицинского назначения, закупаемых заказчиками у единого дистрибьютора, перечень и объем лекарственных средств и изделий медицинского назначения неснижаемого запаса, формируемый на складе единого дистрибьютора, с указанием международного непатентованного наименования или состава лекарственных средств, наименования изделий медицинского назначения, а также технических характеристик, информации о наличии заключенных долгосрочных договоров поставки;»;

**пункты 4, 5** изложить в следующей редакции:

«4. В целях оптимального и эффективного расходования бюджетных средств, выделяемых для закупок лекарственных средств, предназначенных для оказания гарантированного объема бесплатной медицинской помощи, лекарственные средства, изделия медицинского назначения закупаются по ценам, не превышающим установленных уполномоченным органом.

Предельные цены на лекарственные средства и изделия медицинского назначения определяются на основе цен, подтвержденных производителем, анализа оптовых цен, а также с учетом цены закупок предыдущего года и индекса потребительских цен.

Предельные цены на лекарственные средства и изделия медицинского назначения по списку единого дистрибьютора ежегодно утверждаются уполномоченным органом.

Порядок организации и осуществления мониторинга цен на лекарственные средства, изделия медицинского назначения, а также их формирования устанавливается уполномоченным органом в области здравоохранения.

5. Работникам, а также аффилированным лицам организатора тендера, в том числе аффилированным лицам единого дистрибьютора запрещается участвовать в качестве потенциальных поставщиков при осуществлении закупок, регулируемого настоящими Правилами.

Потенциальный поставщик и его аффилированное лицо не имеют права участвовать в одном лоте.

Потенциальный поставщик не вправе участвовать в закупке, если:

1) близкие родственники, супруг (а) или свойственники руководителей данного потенциального поставщика и (или) уполномоченного представителя данного потенциального поставщика обладают правом принимать решение о выборе поставщика либо являются представителем заказчика или организатора тендера в проводимых закупках;

2) руководитель потенциального поставщика, учредитель юридического лица, физическое лицо, осу-

ществляющее предпринимательскую деятельность, претендующего на участие в тендере, имел отношения, связанные с управлением, учреждением, участием в уставном капитале юридических лиц, включенных в перечень недобросовестных потенциальных поставщиков (поставщиков);

3) руководитель потенциального поставщика и (или) уполномоченный представитель данного потенциального поставщика, претендующий на участие в тендере, является физическим лицом, который осуществляет предпринимательскую деятельность, включенным в перечень недобросовестных потенциальных поставщиков (поставщиков);

4) потенциальный поставщик, являющийся физическим лицом, осуществляющий предпринимательскую деятельность, претендующий на участие в тендере, является руководителем потенциального поставщика, включенного в перечень недобросовестных потенциальных поставщиков (поставщиков);

5) потенциальный поставщик и (или) уполномоченный представитель данного потенциального поставщика состоят в перечне недобросовестных потенциальных поставщиков (поставщиков);

6) финансово-хозяйственная деятельность потенциального поставщика приостановлена в соответствии с законодательством Республики Казахстан либо законодательством государства потенциального поставщика – нерезидента Республики Казахстан.»;

подпункты 1), 6) и 7) **пункта 8** изложить в следующей редакции:

«1) иметь в наличии лицензии на занятие фармацевтической деятельностью и (или) иных видов лицензируемой деятельности, предусмотренных законодательством Республики Казахстан, и (или) талон уполномоченного органа в области здравоохранения о приеме уведомления или копию уведомления с отметкой о приеме центром обслуживания населения, или талон в форме электронного документа.»;

«6) не состоять в перечне недобросовестных потенциальных поставщиков (поставщиков);

7) потенциальный поставщик лекарственных средств, профилактических (иммунобиологических, диагностических, дезинфицирующих) препаратов и/или изделий медицинского назначения должен иметь статус производителя либо официального представителя производителя предлагаемых к закупу лекарственных средств, профилактических (иммунобиологических, диагностических, дезинфицирующих) препаратов и/или изделий медицинского назначения. Потенциальный поставщик медицинской техники должен иметь статус производителя либо официального дистрибьютора, либо официального представителя производителя, имеющего договор и иные документы, подтверждающие его право на реализацию предлагаемой к закупу медицинской техники.»;

абзац второй подпункта 4) **пункта 12** изложить в следующей редакции:

«остаточный срок годности лекарственных средств, профилактических (иммунобиологических, диагностических, дезинфицирующих) препаратов и изделий медицинского назначения, поставляемых заказчику, являющихся переходящим остатком товара или товаром из неснижаемого запаса, ранее принятого от поставщика на склад единого дистрибьютора, имеющего срок годности менее двух лет на момент поставки, может составлять менее тридцати процентов от общего срока годности, а товара, имеющего срок годности не менее двух лет, может составлять менее восьми месяцев общего срока годности, указанного производителем на момент поставки»;

подпункты 3) и 4) **пункта 13** изложить в следующей редакции:

«3) медицинская техника должна быть новой и ранее неиспользованной, при этом поставщик принимает на себя обязательства по предоставлению медицинской техники, произведенной не позднее двадцати четырех месяцев к моменту поставки;

4) медицинская техника, относящаяся к средствам измерения, должна быть внесена в реестр государственной системы обеспечения единства измерений Республики Казахстан в соответствии с законодательством Республики Казахстан об обеспечении единства измерений. При этом наименование медицинской техники в реестре государственной системы обеспечения единства измерений Республики Казахстан должно быть идентичным наименованию медицинской техники, зарегистрированной в Республике Казахстан в установленном законодательством порядке.»;

**пункт 35** изложить в следующей редакции:

«35. Перечень недобросовестных потенциальных поставщиков (поставщиков) лекарственных средств, изделий медицинского назначения и медицинской техники, формируемый организатором закупа или единым дистрибьютором в порядке и сроки, предусмотренные уполномоченным органом в области здравоохранения на основании решений судов, вступивших в законную силу, направляется в уполномоченный орган в области здравоохранения для размещения на его интернет-ресурсе.

Включение поставщиков медицинской техники, не исполнивших либо ненадлежащим образом исполнивших свои обязательства по заключенным с ними договорам, в реестр недобросовестных участников государственных закупок осуществляется заказчиком или лизингодателем в порядке и сроки, предусмотренные законодательством Республики Казахстан в сфере государственных закупок.»;

**в пункте 39:**

в подпункте 2):

абзац четвертый исключить;

абзац восьмой изложить в следующей редакции:

«справка об отсутствии (наличии) налоговой задолженности налогоплательщика, задолженности по обязательным пенсионным взносам, социальным отчислениям по Республике Казахстан более чем за три месяца, выданная не позднее одного месяца, предшествующего дате вскрытия конвертов с тендерными заявками, за исключением случаев, когда срок уплаты отсрочен в соответствии с законодательными актами Республики Казахстан. При представлении указанной справки на бумажном носителе заверяется подписью руководителя, лица, его замещающего, или заместителя руководителя и печатью данного налогового органа, составившего справку. При передаче указанной справки в электронном виде заверяется электронной цифровой подписью уполномоченного органа;»;

подпункт 2) **пункта 48** изложить в следующей редакции:

«2) банковской гарантии согласно приложениям 6 организатору закупок или 6-1 к настоящим Правилам единому дистрибьютору или организатору закупок в соответствии с пунктом 88-4 настоящих Правил.»;

**пункт 82** изложить в следующей редакции:

«82. Уполномоченный орган в области здравоохранения утверждает список единого дистрибьютора на три года, который должен включать лекарственные средства и изделия медицинского назначения для оказания гарантированного объема бесплатной медицинской помощи с возможностью внесения изменений и дополнений не более одного раза в финансовый год.

Список единого дистрибьютора направляется уполномоченным органом единому дистрибьютору с указанием международных непатентованных наименований или состава лекарственных средств, наименования изделий медицинского назначения, а также технической характеристики, информации о наличии заключенных долгосрочных договоров поставки, перечня и объема лекарственных средств и изделий медицинского назначения неснижаемого запаса на складе единого дистрибьютора.

В целях оптимального и эффективного расходования бюджетных средств, выделяемых для закупа лекарственных средств, изделий медицинского назначения, предназначенных для оказания гарантированного объема бесплатной медицинской помощи, лекарственные средства, изделия медицинского назначения закупаются по ценам, не превышающим установленных уполномоченным органом, за исключением случаев, предусмотренных главой 11-1 настоящих Правил.»;

дополнить пунктом 83-1 следующего содержания:

«83-1. Дополнительная заявка заказчиков в сторону увеличения объема лекарственных средств и изделий медицинского назначения в том же финансовом году представляется не более 2-х раз в год в первом полугодии.

При возникновении у заказчиков срочной дополнительной потребности в лекарственных средствах и изделиях медицинского назначения (в экстренном случае) в том же финансовом году во втором полугодии (более 2-х раз) в год заказчики должны согласовать с уполномоченным органом в области здравоохранения либо местными органами управления здравоохранения данную дополнительную потребность в зависимости от источника финансирования бюджетных средств. Уполномоченный орган в области здравоохранения либо местный орган управления здравоохранения согласовывают в течение десяти рабочих дней в случае наличия выделенных средств из соответствующего бюджета либо отказывают в случае отсутствия выделенных средств из соответствующего бюджета. При согласовании уполномоченным органом в области здравоохранения либо местным органом управления здравоохранения принимается решение о закупе дополнительного объема лекарственных средств и изделий медицинского назначения (в экстренном случае), которое представляется единому дистрибьютору.»;

**в пункте 84:**

абзац первый изложить в следующей редакции:

«84. Заказчики ежегодно не позднее тридцати календарных дней с момента направления запроса единым дистрибьютором представляют единому дистрибьютору предварительную заявку на следующий календарный год, которая должна содержать:»;

подпункт 4) изложить в следующей редакции:

«4) расчет потребности с указанием ежемесячной потребности на следующий год по каждому наименованию лекарственных средств и изделий медицинского назначения с учетом фактического потребления в предыдущем году и прогнозируемого остатка на 1 января следующего календарного года.»;

подпункт 3) части первой **пункта 87** изложить в следующей редакции:

«3) полное наименование заказчиков с приложением копии справки или свидетельства о государственной регистрации, устава/положения, их реквизиты, адрес (почтовый и юридический), контактные номера телефонов, факсов, адрес электронной почты, должность и Ф.И.О. первого руководителя или лица, его замещающего, с приложением копии документа, подтверждающего занимаемую должность, Ф.И.О. ответственных лиц за осуществление закупа, наименование программы, подпрограммы, спецификации, в рамках которой планируется закуп;»;

**пункт 88-5** изложить в следующей редакции:

«88-5. В целях подготовки и организации закупа медицинской техники, приобретаемой за счет средств республиканского бюджета, включая целевые текущие трансферты областными бюджетам, бюджетам городов Астаны и Алматы на материально-техниче-

ское оснащение медицинских организаций на местном уровне, уполномоченный орган в области здравоохранения представляет лизингодателю полученную от заказчиков информацию, которая должна содержать перечень медицинской техники, клиническое обоснование, техническую спецификацию, количество, срок, условия и место поставки, сумму, выделенную для закупа медицинской техники по каждому наименованию, полное наименование заказчика, банковские реквизиты, адрес (почтовый и юридический), контактный номер телефона/факса, адрес электронной почты, должность и Ф.И.О. руководителя заказчика, информацию, содержащую перечень и количество медицинских услуг, планируемых к оказанию на закупаемой медицинской технике, технические условия эксплуатации, сведения о специалистах для эксплуатации закупаемой медицинской техники.

Лизингодатель в течение сорока рабочих дней с момента представления уполномоченным органом в области здравоохранения информации, указанной в части первой пункта 88-5 настоящих Правил, в целях определения уровня готовности организации здравоохранения в принятии и надлежущей эксплуатации медицинской техники, соответствия медицинской техники услугам, предоставляемым организацией здравоохранения, а также определения наиболее приемлемых технических характеристик медицинской техники к заявленным медицинским услугам, проводит экспертизу в части клиническо-технического обоснования, технической спецификации (технической характеристики) и стоимости медицинской техники по каждому наименованию и по ее результатам выносит экспертное заключение с утверждением технической спецификации, являющейся неотъемлемой частью экспертного заключения.

По результатам экспертизы медицинской техники, требующей унификации, на одну единую унифицированную техническую спецификацию экспертное заключение выносится по каждому заказчику.

В случае нарушения полноты и правильности представленной информации лизингодатель возвращает информацию уполномоченному органу в области здравоохранения без рассмотрения.

Лизингодатель в течение трех рабочих дней с момента вынесения экспертного заключения направляет утвержденную техническую спецификацию заказчику для согласования.

Заказчики в течение трех рабочих дней согласовывают техническую спецификацию закупаемой медицинской техники, которая предоставляется в прошитом и пронумерованном виде, каждая страница которой парафируется заказчиком, заверяется печатью заказчика и представляется лизингодателю.

Согласованная заказчиком техническая спецификация лизингодателем в течение трех рабочих дней прошивается с экспертным заключением и на-

правляется в уполномоченный орган в области здравоохранения на согласование в части перечня, количества, места поставки и суммы, выделенной для закупа медицинской техники по каждому наименованию.

Экспертное заключение без согласованной заказчиком в срок технической спецификации лизингодателем не направляется в уполномоченный орган в области здравоохранения.

Уполномоченный орган в области здравоохранения в течение пяти рабочих дней с момента получения от лизингодателя экспертного заключения, прошитого с технической спецификацией, направляет его в СК-Фармация для проведения тендера с приложением информации по количеству, сроку, условиям и месте поставки, сумме, выделенной для закупа медицинской техники по каждому наименованию.»;

часть вторую **пункта 88-6** изложить в следующей редакции:

«Лизингодатель после проведения технической, организационной экспертизы и экспертизы стоимости, а также на соответствие условиям и требованиям финансового лизинга в течение десяти рабочих дней составляет перечень планируемой к запуску медицинской техники, направляет его на согласование в уполномоченный орган в области здравоохранения в части количества, срока и места поставки, который осуществляет согласование перечня медицинской техники в течение пятнадцати календарных дней с момента получения.»;

**пункт 88-9** изложить в следующей редакции:

«88-9. СК-Фармация в течение пяти рабочих дней на основании информации, представленной согласно пунктам 88-5, 88-6, 88-7, 88-8 настоящих Правил, формирует сводный список закупаемой медицинской техники, содержащий перечень, количество, срок, условия и место поставки, цену и сумму, выделенную для закупа, технические характеристики (технические спецификации) медицинской техники по каждому наименованию, объявляет тендер и проводит отбор поставщиков в порядке, предусмотренном главами 10 и 11 раздела 3 настоящих Правил.»

**пункт 118** изложить в следующей редакции:

«118. В случае, если в тендере с использованием двухэтапных процедур участвуют, в том числе, два и более отечественных товаропроизводителей по одному и тому же лоту, и они соответствуют требованиям настоящих Правил, то комиссия допускает к участию в процедуре определения наименьшей цены по данному лоту только отечественных товаропроизводителей.

Если в тендере с использованием двухэтапных процедур по какому-либо его лоту подана только одна заявка потенциального поставщика, являющегося

отечественным товаропроизводителем, соответствующая требованиям настоящих Правил, либо подано две и более заявки потенциальных поставщиков, одна из которых – потенциального поставщика, являющегося отечественным товаропроизводителем, соответствующая требованиям настоящих Правил, то комиссия объявляет тендер по данному лоту несостоявшимся, а единый дистрибьютор или организатор закупа медицинской техники переходят к закупу способом из одного источника у данного потенциального поставщика.»;

**пункт 129-1** изложить в следующей редакции:

«129-1. Нотариально засвидетельствованные копии протокола об итогах тендера с использованием двухэтапных процедур по закупу медицинской техники с приложением копии технических спецификаций победителя тендера в бумажном и электронном виде в формате doc\* в течение пяти рабочих дней со дня подведения итогов тендера подлежат передаче организатором закупа медицинской техники заказчиком по акту приема-передачи для заключения заказчиками с победителями тендера договоров закупки медицинской техники, составленных в соответствии с приложением 7 к настоящим Правилам (далее – договор закупки).»;

подпункт 3) **пункта 131** изложить в следующей редакции:

«3) при поступлении дополнительной заявки заказчиков в сторону увеличения объема лекарственных средств и изделий медицинского назначения, а также закупе, пополнении неснижаемого запаса в том же финансовом году. В данном случае единый дистрибьютор осуществляет закупки из одного источника у поставщиков по фиксированным ценам. В случае осуществления закупки у того же поставщика, с которым заключен договор поставки в том же финансовом году, в заключенный договор вносятся соответствующие изменения и документы, предусмотренные пунктом 132, поставщиком не предоставляются. При получении единым дистрибьютором письменного отказа в течение пяти рабочих дней с момента получения предложения единого дистрибьютора, предложения направляются другим потенциальным поставщикам.»;

подпункт 1) части первой **пункта 132-2** изложить в следующей редакции:

«1) в Республике Казахстан зарегистрировано только одно лекарственное средство, не имеющее аналогов по международному непатентованному наименованию, или в случае отсутствия международного непатентованного наименования по составу;»;

**пункт 133-38** изложить в следующей редакции:

«133-38. Период с момента заключения долгосрочного договора и датой ввода в эксплуатацию

объекта, предусмотренный в долгосрочном договоре поставки, не должен превышать двух лет. В случаях превышения указанного срока и непредставления поставщиком акта ввода в эксплуатацию объекта в течение десяти рабочих дней с момента завершения указанного периода, единый дистрибьютор в одностороннем порядке расторгает долгосрочный договор поставки.

Период с момента ввода в эксплуатацию объекта и датой поставки лекарственных средств не должен превышать двух лет, который исчисляется с момента представления акта ввода в эксплуатацию объекта, предусмотренного в долгосрочном договоре поставки. В случае превышения указанного срока, единый дистрибьютор в одностороннем порядке расторгает долгосрочный договор поставки в течение десяти рабочих дней.»;

дополнить главой 11-3 следующего содержания:

«Глава 11-3. Порядок формирования и использования лекарственных средств и изделий медицинского назначения, неснижаемого запаса на складе единого дистрибьютора

133-41. Лекарственные средства и изделия медицинского назначения неснижаемого запаса формируются за счет собственных средств единого дистрибьютора.

133-42. Лекарственные средства и изделия медицинского назначения неснижаемого запаса закупаются до 20% от общего объема фактически закупленных заказчиком лекарственных средств и изделий медицинского назначения в предыдущем году на дату утверждения перечня, неснижаемого запаса уполномоченным органом в области здравоохранения. Единый дистрибьютор осуществляет закуп, пополнение неснижаемого остатка в порядке и одним из способов (по своему усмотрению), установленных главами 10, 11 и 11-2 настоящих Правил (с учетом остатка лекарственных средств и изделий медицинского назначения на момент формирования списка неснижаемого запаса). Перечень и объем лекарственных средств и изделий медицинского назначения неснижаемого запаса ежегодно устанавливаются уполномоченным органом в области здравоохранения, исходя из списка единого дистрибьютора соответствующего года.

133-43. Лекарственные средства и изделия медицинского назначения неснижаемого запаса используются единым дистрибьютором по заявке заказчика в следующих случаях:

- 1) при нарушении срока поставки поставщиками единому дистрибьютору;
- 2) при отказе поставщиков от поставки;
- 3) при расторжении договоров по вине поставщика;
- 4) при поступлении дополнительной заявки заказчиков в сторону увеличения объема лекарственных средств и изделий медицинского назначения в том же финансовом году.

133-44. Лекарственные средства и изделия медицинского назначения неснижаемого запаса пополняются в порядке, установленном согласно главам 10, 11 и 11-2 настоящих Правил (с учетом остатка лекарственных средств и изделий медицинского назначения).»;

в **приложении 6-1** к указанным Правилам цифры «88-1» заменить цифрами «88-4»;

в **приложении 9** к указанным Правилам:

абзац четвертый части первой пункта 3 изложить в следующей редакции:

«в сопроводительном документе указывать номер и срок действия заключения о безопасности и качестве продукции на каждое наименование и партию (серию) лекарственного средства, изделия медицинского назначения.»;

подпункт 1) части второй пункта 4 изложить в следующей редакции:

«1) заказчик в организационно-правовой форме государственного учреждения производит предварительную оплату в размере не более 50 процентов от суммы договора, заказчики в иной организационно-правовой форме производят предварительную оплату в размере 50 процентов от суммы договора в течение 10 банковских дней со дня вступления в силу Договора.»;

в пункте 5:

часть третью изложить в следующей редакции:

«Приемка товара по количеству и качеству производится представителями заказчика и единого дистрибьютора в момент поставки, результаты приемки оформляются актом приема-передачи товара. В момент поставки представители единого дистрибьютора и заказчика должны обеспечить наличие доверенности и копии документа, удостоверяющего личность, для надлежащего осуществления приемки товаров. Датой поставки товара считается дата составления акта приема-передачи товара. Товар, поставляемый по договору, считается переданным единым дистрибьютором и принятым заказчиком:

1) по количеству: согласно указанному в акте приема-передачи товара;

2) по качеству: согласно качеству, указанному в технической спецификации (приложение 1 к договору), номеру и сроку действия заключения о безопасности и качестве продукции на каждое наименование и партию (серию) лекарственного средства, изделия медицинского назначения, указанного в сопроводительном документе.»;

часть десятую изложить в следующей редакции:

«Остаточный срок годности на момент поставки товара, имеющего общий срок годности менее двух лет, должен составлять не менее тридцати процентов от общего срока годности на момент поставки, для товара со сроком годности не менее двух лет остаточный срок годности должен составлять не менее восьми месяцев на момент поставки, за исключени-

ем вакцин, остаточный срок годности которых на момент поставки товара, имеющего общий срок годности менее двух лет, должен составлять не менее сорока процентов от общего срока годности на момент поставки и для товара со сроком годности не менее двух лет остаточный срок годности должен составлять не менее десяти месяцев на момент поставки.»;

дополнить частью следующего содержания:

«Заказчик, в случае отказа от поставляемой продукции в результате ликвидации, реорганизации медицинской организации либо обоснованного отсутствия потребности в товарах или финансовых средств, обязан оповестить единого дистрибьютора об отказе не позднее 30 календарных дней до осуществления поставки товаров.»;

пункт 8 дополнить частью девятой следующего содержания:

«Все изменения и дополнения к договору будут иметь силу, если они совершены, в письменной форме, подписаны уполномоченными на это представителями сторон и заверены печатью сторон. По соглашению сторон предусматривается место поставки.»;

в **приложении 11** к указанным Правилам:

часть пятую пункта 5 изложить в следующей редакции:

«Документ, подтверждающий качество и безопасность продукции.»;

пункт 11 изложить в следующей редакции:

«11. Не позднее трех календарных дней после отгрузки продукции и не позднее даты фактического прихода товара на склад покупателя, поставщик обязан представить покупателю в полном объеме документы, относящиеся к отгрузке, указанные в пункте 5 части 3 настоящего Договора. Указанные документы должны соответствовать требованиям действующего законодательства Республики Казахстан. По требованию Покупателя или его официального представителя Продавец в срок не более 3 (три) календарных дней обязан устранить замечания к указанным документам.»;

пункт 13 изложить в следующей редакции:

«13. Продукция, поставляемая по договору, считается сданной поставщиком и принятой покупателем:

1) по количеству – указанному в акте приемки-передачи продукции, подписанном обеими сторонами;

2) по качеству – согласно качеству, указанному в документе, подтверждающем качество и безопасность продукции, и документе, удостоверяющем страну происхождения продукции, если его представление обязательно согласно законодательству Республики Казахстан.».

2. Настоящее постановление вводится в действие по истечении десяти календарных дней со дня первого официального опубликования.

Премьер-министр  
Республики Казахстан  
С. АХМЕТОВ

ПРИКАЗ МИНИСТРА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН ОТ 26 ИЮНЯ 2013 ГОДА №366

**«О ПРИЗНАНИИ УТРАТИВШИМИ СИЛУ НЕКОТОРЫХ ПРИКАЗОВ В ОБЛАСТИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ»**

В соответствии со статьей 21-1 Закона Республики Казахстан от 24 марта 1998 года «О нормативных правовых актах», по результатам правового мониторинга нормативных правовых актов, проведенного в соответствии с постановлением Правительства Республики Казахстан от 25 августа 2011 года №964 «Об утверждении Правил проведения правового мониторинга нормативных правовых актов», ПРИКАЗЫВАЮ:

1. Признать утратившими силу некоторые приказы в области здравоохранения согласно приложению к настоящему приказу.

2. Комитету контроля медицинской и фармацевтической деятельности Министерства здравоохранения Республики Казахстан (Есимов Д.С.) в недельный срок со дня вступления в силу настоящего приказа направить копию приказа в Министерство юстиции Республики Казахстан и обеспечить его последующее опубликование в средствах массовой информации.

3. Настоящий приказ вводится в действие со дня подписания.

*Министр  
С. КАИРБЕКОВА*

*Приложение  
к приказу Министра здравоохранения Республики Казахстан  
от 26 июня 2013 года №366*

**ПЕРЕЧЕНЬ УТРАТИВШИХ СИЛУ НЕКОТОРЫХ ПРИКАЗОВ****В ОБЛАСТИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН**

1) Приказ и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 21 декабря 2007 года №748 «Об утверждении Стандарта оказания государственной услуги по государственной регистрации, перерегистрации и внесения изменений в регистрационное досье лекарственных средств, медицинской техники и изделий медицинского назначения» (зарегистрирован в Реестре государственной регистрации нормативных правовых актов под №5112, опубликованный в газете «Юридическая газета» от 29 февраля 2008 года №32 (1432)).

2) Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 16 ноября 2009 года №710 «Об утверждении Правил ввоза и вывоза лекарственных средств, изделий медицинского назначения и медицинской тех-

ники» (зарегистрирован в Реестре государственной регистрации нормативных правовых актов под №5913, опубликованный в Собрании актов центральных исполнительных и иных центральных государственных органов Республики Казахстан, 2010 год, №3).

3) Приказ и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 8 июня 2011 года № 367 «О внесении изменения в приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 16 ноября 2009 года №710 «Об утверждении Правил ввоза и вывоза лекарственных средств, изделий медицинского назначения, медицинской техники» (зарегистрирован в Реестре государственной регистрации нормативных правовых актов под №7012, опубликованный в газете «Юридическая газета» от 21 июля 2011 г., №103 (2093)).

ПРИКАЗ И.О. МИНИСТРА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН ОТ 7 АВГУСТА 2013 ГОДА №462

**«ОБ ОТМЕНЕ НЕКОТОРЫХ ПРИКАЗОВ МИНИСТРА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН»**

В соответствии с пунктом 1 статьи 38 Закона Республики Казахстан от 24 марта 1998 года «О нормативных правовых актах», ПРИКАЗЫВАЮ:

1. Отменить приказы Министра здравоохранения Республики Казахстан:

от 19 февраля 2013 года №93 «Об утверждении Инструкции о порядке выдачи лекарственных средств на амбулаторном уровне в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи»;

от 12 марта 2013 года №134 «Об утверждении Методики по расчету показателей в области здравоохранения, включенных в рейтинг столицы, города республиканского значения, областей, городов областного значения и районов».

2. Департаменту организации медицинской помощи Министерства здравоохранения Республики Казахстан (Тулегалиева А.Г.) направить копию настоящего приказа в Министерство юстиции Республики

Казахстан.

3. Контроль за исполнением настоящего приказа возложить на вице-министра здравоохранения Республики Казахстан Байжунусова Э.А.

4. Настоящий приказ вступает в силу со дня его подписания.

*И.о. министра здравоохранения Республики Казахстан  
Э. БАЙЖУНУСОВ*

*Министерство здравоохранения Республики Казахстан  
Комитет контроля медицинской  
и фармацевтической деятельности*

#### ПРИКАЗ ОТ 11 СЕНТЯБРЯ 2013 ГОДА №797

### **«О ПРИОСТАНОВЛЕНИИ ДЕЙСТВИЯ РЕГИСТРАЦИОННОГО УДОСТОВЕРЕНИЯ ИЗДЕЛИЯ МЕДИЦИНСКОГО НАЗНАЧЕНИЯ «АВОН. СКРИНИНГОВАЯ ТЕСТ-ПАНЕЛЬ ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ 3 НАРКОТИКОВ В МОЧЕ (В РАЗЛИЧНЫХ ВАРИАНТАХ КОМПЛЕКТАЦИИ ТЕСТ-ПОЛОСОК)» ПРОИЗВОДСТВА «ЭБОН БИОФАРМ (ХАНГЖОУ) КО., ЛТД.», РЕГИСТРАЦИОННЫЙ НОМЕР РК-ИМН-5 №010239 ОТ 21 АВГУСТА 2012 ГОДА»**

В соответствии с пунктом 24 Правил государственной регистрации, перерегистрации и внесения изменений в регистрационное досье изделия медицинского назначения и медицинской техники, утвержденных приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от 18 ноября 2009 года №735, ПРИКАЗЫВАЮ:

1. Приостановить действие регистрационного удостоверения изделия медицинского назначения «АВОН. Скрининговая тест-панель для определения 3 наркотиков в моче (в различных вариантах комплектации тест-полосок)» производства «Эбон Биофарм (Хангжоу) Ко., Лтд.», регистрационный номер РК-ИМН-5 №010239 от 21 августа 2012 года до получения результатов судебного разбирательства.

2. Республиканскому государственному предприятию на праве хозяйственного ведения «Национальный центр экспертизы лекарственных средств, изделий медицинского назначения и медицинской техники» Министерства здравоохранения Республики Казахстан разместить соответствующие сведения в Государственном реестре лекарственных средств, изделий медицинского назначения и медицинской техники в течение трех рабочих дней.

3. Государственному учреждению «Департамент Комитета контроля медицинской и фармацевтической деятельности Министерства здравоохранения Республики Казахстан по г. Алматы» настоящий при-

каз довести до сведения владельца регистрационного удостоверения.

4. Территориальным подразделениям Комитета контроля медицинской и фармацевтической деятельности Министерства здравоохранения Республики Казахстан (далее – Комитет) настоящий приказ довести до сведения:

1) управлений здравоохранения, департаментов таможенного контроля областей и городов Астаны и Алматы, ТОО «СК-Фармация», ТОО «ЦПР Азатты жол»;

2) субъектов фармацевтической деятельности – через средства массовой информации и специализированные печатные издания.

5. Контроль за исполнением настоящего приказа возложить на заместителя Председателя Комитета Пак Л.Ю.

6. Настоящий приказ вступает в силу со дня его подписания.

*Основание:* Обращение ТОО «КАЗ-ДИА-ТЕСТ» от 26.08.2013 года, исх. №759, с приложением нотариально заверенной копии Патента на изобретение; копии искового заявления с отметкой канцелярии Специализированного экономического суда г. Алматы об его принятии от 13.08.2013 г. №2.1-1/12865.

*Председатель Комитета  
Л. АХМЕТНИЯЗОВА*

## ЛЕТ ДО СТА ДОЖИТЬ, ДА БЕЗ СТАРОСТИ

Продолжительность жизни казахстанцев, как и всего населения планеты, растет, и это один из показателей благополучия общества, которым гордится наша страна. В то же время со всей остротой встает вопрос о том, как сохранить в преклонном возрасте здоровье, чтобы известная в народе пословица «Старость не радость, не красные дни» не стала суровой реальностью.



**Г**еронтология сегодня – наука весьма востребованная, но и она направлена на сохранение в старости бодрости и нормального функционирования тела, но не разума. Между тем статистика свидетельствует, что все больше пожилых людей на планете страдает всевозможными возрастными психическими недугами: болезнью Паркинсона, болезнью Альцгеймера или старческой деменцией.

Обо всем этом мы разговариваем с заведующей отделением психосоматики ГККП «Центр психического здоровья» г. Алматы, врачом психиатром-психотерапевтом высшей категории, кандидатом медицинских наук Ж.А. ЖОЛДАСОВОЙ.

**Жибек Алилулаевна, хочу уточнить: те старческие недуги, которые относятся к вашей сфере деятельности, являются уделом всех пожилых людей или можно как-то избежать столь печального финала? Ну, например, тренировать память, как советуют в популярных медицинских изданиях, решая ежедневно кроссворды?**

Ж. Ж.: Специалисты во всем мире считают, что у каждого человека рано или поздно разовьется такое заболевание, как болезнь Альцгеймера. Но не каждый из нас доживет до этого возраста! Потому что у кого-то заболевание появляется после 60-ти, а у кого-то – после 90 или 100 лет. В основе болезни Альцгеймера (БА) или старческого слабоумия лежит постепенное разру-

шение клеток и тканей головного мозга, особенно тех его участков, которые отвечают за память и мышление.

Различают три стадии болезни Альцгеймера. На ранней стадии у человека ухудшается память, затрудняется подбор слов при разговоре, он не всегда узнает знакомые места, легко теряется, особенно в незнакомой обстановке, плохо ориентируется во времени (затрудняется вспомнить, какое сегодня число, который час). Ухудшается настроение, появляются признаки агрессии. Человек становится безучастным, замкнутым, не желает ничего делать, затрудняется выполнять привычную домашнюю работу (например, приготовить себе еду). У него пропадает интерес к ранее любимым занятиям.

Средняя стадия заболевания характеризуется определенными признаками. Больной становится чрезвычайно забывчивым, особенно часто не помнит недавние события и имена людей. Может теряться в знакомой домашней обстановке или в тех помещениях, где часто бывает. Уже не в состоянии обходиться без посторонней помощи при приготовлении еды, проведении уборки в доме. Сходить в магазин за продуктами становится проблемой. Также ему нужна помощь при одевании, умывании, посещении туалета. Общение с людьми затрудняется. Он перестает осознавать, что болен, начинают проявляться признаки маргинального поведения. Например, склонность к бродяжничеству.

Наиболее сложна последняя стадия заболевания:

пациент полностью зависит от ухаживающих за ним людей, утрачивает способность говорить и понимать речь, передвигаться, так как его конечности становятся ригидными. Не может самостоятельно принимать пищу, поэтому его приходится кормить «с ложечки». Не узнает родственников, знакомых, друзей и привычных предметов, не контролирует естественные отправления, неадекватно ведет себя в присутствии других лиц. К тому же прикован к постели или инвалидному креслу.

**Как не пропустить первые признаки болезни Альцгеймера? Осознать, что это уже не просто усталость организма под бременем прожитых лет, а начало патологических изменений в нем?**

**Ж.Ж.:** Ранняя стадия заболевания, как правило, проходит незамеченной ни самим человеком, ни его близким окружением. Родственники, друзья, и даже специалисты уделяют недостаточно внимания первым симптомам заболевания, считая их нормальным процессом старения. В результате заболевание переходит в следующую стадию. К нам пациенты обращаются, как минимум, на средней стадии БА или какой-либо другой деменции, а то и уже на тяжелой. То есть, первую, легкую стадию болезни мы толком не замечаем. Забыли очки на лбу – ходим по всему дому и ищем. Классический повод для шуток и только. Возможно, это уже первоначальные признаки болезни, когда хорошо бы сходить к специалисту и что-то из медикаментов подобрать? Так не делает почти никто. Забыли дедушка или бабушка закрыть квартиру, уходя из дома? Ну, поворчат на них домашние. А вот когда кто-то из старичков выйдет из дома и забудет дорогу назад, и непонятно, где его искать в мегаполисе, тогда начинает приходить понимание, что это болезнь. А ведь забытая дорога домой – ярко выраженная средняя степень уже запущенного заболевания. Так что, если вы систематически забываете, куда кладете вещи, регулярно что-то теряете и не можете найти или не можете вспомнить события, которые происходили час или два тому назад, вчера или позавчера («короткая память») – это уже повод обратиться к врачу.

**В чем заключается медикаментозная терапия старческой деменции? Обязательны какие-то специальные лекарственные препараты или же можно обойтись гомеопатией, популярными БАДами, лекарственными травами?**

**Ж.Ж.:** Даже на первой стадии старческих когнитивных расстройств назначаются лекарства. Это так называемые «легкие» препараты, влияющие на восстановление функции нервных клеток. У нас в Казахстане зарегистрировано два препарата для лечения деменции – «Алзепил» и «Мемантин». Они разного типа действия. Обычно мы начинаем сочетать их на средней стадии заболевания. Если на легкой стадии можно ограничиться «Алзепилом», и он потихонечку восстановит память больного, то на средней потребуются оба препарата. «Алзепил» – ингибитор ацетилхолинэстеразы центрального действия, а «Мемантин» – ингибитор глутаматных

рецепторов, а патологическое увеличение глутамата может привести к нейронной дисфункции. Эти два препарата используются во всем мире. В России выбор несколько шире. Там используют для лечения этих заболеваний также «Ривостигмин» и «Галантамин» – препараты группы антихолинэстеразных ЛС. Но они намного тяжелее по переносимости, чем «Алзепил», поэтому казахстанские психиатры остановились на нем.

**Выдаются ли эти лекарства бесплатно? Деменция – болезнь пожилых людей, а ведь у них и без этого большая часть пенсии уходит на лекарства.**

**Ж.Ж.:** К сожалению, ни «Алзепил», ни «Мемантин» не вошли в перечень лекарственных препаратов в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи.

**Жибек Алилулаевна, почему, на ваш взгляд, люди так боятся идти к врачам вашей специальности? По дороге в Центр психического здоровья встретился нам пожилой мужчина. Он с горячностью начал убеждать нас, посторонних людей, что идет сюда только за справкой, которую от него потребовал нотариус при оформлении договора купли-продажи дачи, и вовсе «не псих».**

**Ж.Ж.:** Да, к нам приходят и за справкой об адекватности. Выдавать такие документы нас, как говорится, вынудили реалии времени. Дело в том, что многих наших пациентов, пользуясь их беспомощностью, пытаются обмануть всякого рода мошенники. Они забирают у них квартиры или другую недвижимость. Социальные службы пытаются такими справками обезопасить наших подопечных от подобных авантюр.

А что касается настороженного отношения населения к психиатрам, то это так. В СССР поставить на учет в психиатрическом диспансере человека значило лишить его перспектив на карьеру и спокойную благополучную жизнь. Тогда наша служба, действительно, использовалась порой как карательный инструмент по отношению к инакомыслящим гражданам. Хотя ситуация давно изменилась, в Кодексе РК «О здоровье народа и системе здравоохранения» указано, что никто не имеет права ставить на психиатрический учет человека без его желания.

**В последние годы в стране проводится ряд скрининговых исследований, бесплатных диспансерных осмотров, в ходе которых население проверяют на наличие онкологических и некоторых других распространенных заболеваний. А в отношении психических заболеваний предпринимались ли подобные инициативы? Ведь состояние психического здоровья во всем мире вызывает тревогу, и Казахстан явно не остался в стороне от этой негативной тенденции.**

**Ж.Ж.:** Надо полагать, что это так. Но в нашей стране учет таких пациентов не ведется, поэтому действительную статистику установить трудно. Кроме того, болезнь

маскируется под другими диагнозами: дисциркуляторной энцефалопатией II и III стадий или же снижением интеллектуально-мнестических функций. Чаще всего нашим больным выставляются такие диагнозы, как сосудистая, мультиинфарктная деменции, деменция с острым началом на фоне инсультов или комы, которые случаются и в раннем возрасте. А возрастная деменция чаще начинается после 65 лет. Это уже болезнь Альцгеймера. Однако этот диагноз выставляется у нас гораздо реже. Опять же, в Казахстане нет ранней диагностики болезни Альцгеймера. На Западе можно сдать кровь на маркеры БА в любом возрасте. Есть определенные методы МРТ головного мозга, показывающие, что уже пошло образование амилоидного вещества, и вам грозит болезнь Альцгеймера, даже если никаких симптомов еще нет. В Америке и Европе диагноз «Болезнь Альцгеймера» выставляется таким больным в 75 процентах случаев, реже (16%) ставится «Сосудистая деменция». Но неважно, как выставляется диагноз таким больным. Важно учитывать, что в основе всех этих состояний лежит ведущий симптом – прогрессирующая потеря памяти с постепенной утерей самообслуживания.

Что же касается скрининговых исследований, которые помогли бы установить уровень психических заболеваний и психологических проблем среди этой возрастной группы населения, то подобные мероприятия у нас никогда не проводились. В 2002-2003 годах прошли исследования на предмет наркопотребления. И совсем недавно проводился скрининг (по линии ЮНИСЕФ) по суицидам, но результаты еще не обнародованы. Хотя людей с душевными недугами легко «вычислить»: они получают пенсию, то есть стоят на учете в органах соцобеспечения, в большинстве своем приходят в поликлиники. Достаточно предложить один лист-опросник, и мы бы получили всю информацию об уровне распространенности возрастных психических заболеваний среди нашего населения.

**Проблема таких больных еще и в том, что в участковых поликлиниках у нас нет ни психиатров, ни психологов.**

Ж.Ж.: Когда я работала в Республиканском научно-практическом центре психиатрии, психотерапии и наркологии, у нас была специальная программа по внедрению психологов в городские участковые поликлиники, и некоторые из них сейчас имеют их. Другой вопрос, что их мало, а психотерапевтов, не говоря о психиатрах, в штате участковых поликлиник нет вообще.

**Куда отправляют больного, если он пришел с жалобами на ту же депрессию – неизменную спутницу большинства старческих недугов?**

Ж.Ж.: К невропатологу, который назначает таким больным, как правило, «Кавентон» и «Актовегин» внутривенно. Но толку от сосудорасширяющих препаратов при этом заболевании нет. Депрессия не проходит, и пока такой больной не «достанет» всех окружающих, о психиатре не вспомнят. Хотя его консультация

на первом этапе заболевания и вовремя назначенное адекватное лечение помогли бы пациенту не дойти до такого состояния. Но для этого нам надо менять менталитет. Практически в каждой семье есть человек, страдающий нарушением памяти, но родственники, в силу незнания, списывают это на возраст и резюмируют: «Алжыган! (Маразм!)». Воспринимают забывчивость как неизбежное последствие старости и ничего не предпринимают. Хотя такому человеку современная психиатрия может реально помочь, эффект от препаратов, как мы наблюдаем, хороший.

**Когда человека с болезнью Альцгеймера уже нужно госпитализировать? Специальных пансионатов для больных старческими деменциями, как в США или в Европе, где они с комфортом и достоинством живут, у нас практически нет. Все ли семьи, в которых есть такие больные, в силах выдержать тяжелое бремя?**

Ж.Ж.: Госпитализация требуется в последней стадии и на средней стадии заболевания, когда нужно проводить выраженное медикаментозное лечение. Это когда у больного начинаются провалы в памяти, нарушается поведение, изменяется характер. Родственники видят, что с этим человеком стало тяжело жить, у него отсутствует самокритика и правильная оценка собственного поведения. Только тогда понимают, что срочно нужен специалист и медикаментозное лечение.

Но проблема в том, что держать таких пациентов долгое время в стационарах нет ни возможности, ни смысла. Специальных же учреждений для их реабилитации и дальнейшего проживания в Казахстане практически нет. Я была в Праге, где мы познакомились с системой оказания помощи психиатрическим возрастным больным. Мы посетили Дом престарелых. Когда я попросила показать больных с болезнью Альцгеймера, мне ответили, что таких старичков, сразу же после того, как им выставлен диагноз БА, переводят в специализированные учреждения.

А для тех семей, в которых есть такие больные, мы издали при поддержке представительства компании «Эвер Нейро Фарма ГмбХ» в Казахстане и фармацевтического завода «ЭГИС» две брошюры: «Методическое пособие для родственников пациентов с возрастными изменениями». Судя по тому, что к нам постоянно обращаются за этими пособиями, потребность в такой литературе очень высока.

Хотя старческую деменцию или болезнь Альцгеймера сегодня вылечить невозможно, приостановить ее развитие, улучшить состояние пациента современная психиатрия в состоянии. Надо лишь сосредоточить усилия системы здравоохранения, психиатрической службы страны, врачей психиатров, родственников таких больных на том, чтобы как можно раньше, еще в самом начале заболевания, выявить возрастные заболевания и начать поддерживающую терапию.

Наталья ТОДОРОВА

УДК: 61:615:615.4:614.27

**Э.Д. АБДУКАХАРОВА<sup>1</sup>, А.З. ЗУРДИНОВ<sup>2</sup>,**  
 аспирант кафедры базисной и клинической фармакологии  
 КГМА им. И.К. Ахунбаева<sup>1</sup>, член-корреспондент НАН КР, доктор  
 медицинских наук, профессор<sup>2</sup>, г. Бишкек, Кыргызстан

# ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОЕ КОНСУЛЬТИРОВАНИЕ: СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ

## РЕЗУЛЬТАТОВ ОПРОСА ПОТРЕБИТЕЛЕЙ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ

К настоящему времени ценность фармацевтических услуг уже доказана результатами клинических, экономических и социальных исследований. Известно, что качество фармацевтической услуги определяется двумя составляющими: качеством ЛС и качеством информации о ЛС. Согласно данным экспертов ВОЗ и Панамериканской организации здравоохранения, одним из основных атрибутов деятельности фармацевта должно быть содействие пациентам по правильному выбору и надлежащему использованию ЛС [1].



### АННОТАЦИЯ

В статье представлен сравнительный анализ данных, полученных в ходе опроса посетителей аптек городов Бишкек и Ош. На основе специально разработанной анкеты было изучено мнение пациентов относительно качества предоставляемой фармацевтом информационно-консультационной помощи.

**Ключевые слова:** Лекарственное обеспечение, рациональное использование лекарственных средств, фармацевтические услуги, консультирование.

### ВВЕДЕНИЕ

Информационное обеспечение фармакотерапии, осуществляемое фармацевтом, становится все бо-

лее актуальным, так как суверенитет потребителя в сфере фармацевтических услуг ограничен его непрофессиональностью и недостаточной информированностью. Большинство опрошенных врачей считает, что консультирование пациентов фармацевтом приводит к улучшению информирования по режиму приема ЛС, предотвращает нежелательные побочные реакции, снижает порчу ЛС [2]. В свою очередь, пациенты считают предоставление информации о ЛС важной составляющей аптечного сервиса. Согласно результатам исследований зарубежных коллег, 67,2% посетителей аптек региона Канто (самая урбанизированная и индустриальная часть Японии, состоящая из семи префектур, включая То-

кио) согласились с утверждением: «Фармацевт является хорошим источником советов и информации о ЛС для лечения незначительных проблем со здоровьем» [3]. В свою очередь, 70% американских пациентов сообщили, что фармацевты всегда интересуются вопросами их фармакотерапии, а 32% заявили, что фармацевты были полезны в решении вопросов, связанных с ЛС [4].

В Австрии и Франции население довольно часто прибегает к услугам фармацевтов, чаще всего консультируясь о применении ЛС безрецептурного отпуска. По результатам исследований холдинга Stada CIS, 52% украинцев скорее обратятся за помощью к фармацевту, чем к врачу [5]. Фармацевтическое консультирование представляется актуальным и для фармацевтических работников, поскольку это направление деятельности эффективно в плане повышения конкурентоспособности аптеки на фармацевтическом рынке.

Таким образом, важнейшей функцией специалиста фармацевтического профиля является информирование, инструктирование и предупреждение пациентов о применении ЛС, контроль процесса самолечения, пропаганда здорового образа жизни и профилактики заболеваний. Следовательно, современный фармацевт, обладая необходимым потенциалом и достаточной компетенцией, может улучшить обеспечение специалистов охраны здоровья и других сфер здравоохранения адекватной информацией о здоровье и ЛС, что оптимизирует качество лекарственного обеспечения населения.

### ЦЕЛЬ

Провести сравнительное изучение результатов опроса посетителей аптек о состоянии и качестве предоставляемой фармацевтом информационно-консультационной помощи.

### МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Проведен социологический опрос методом выборочного анонимного анкетирования посетителей аптечных учреждений. Объектами исследования стали определенные путем случайной выборки розничные аптечные учреждения, расположенные в центре города, спальном районе, рядом с лечебно-профилактическими учреждениями, а также на окраине населенного пункта. Таким образом, исследованием были охвачены все виды аптек по категориям и территориальному расположению, что позволило получить достаточно полную и объективную картину исследования. Опрос проводился с помощью специально разработанной анкеты, содержащей 28 вопросов, из них 2 – открытого типа, 8 – полужакрытого типа, 13 – закрытого типа и 5 вопросов, отражающих демографический портрет респондента. Всего для анализа использовались результаты опроса 421 респондента старше 18 лет, из них 208 – жители Бишкека и 213 – Оши. Полученные данные обрабатывались с при-

менением специализированного пакета прикладных программ статистической обработки SPSS 16.0 для Windows XP.

### РЕЗУЛЬТАТЫ

Социально-демографическая характеристика посетителей аптек, участвовавших в анкетировании представлена в таблице 1.

Таблица 1 – Характеристика респондентов

Социально-демографические показатели	г. Бишкек		г. Ош	
	Кол-во	%	Кол-во	%
Пол				
женский	155	74,5	132	62,0
мужской	53	25,5	81	38,0
Возраст				
18-27 лет	101	48,6	53	24,9
28-37 лет	24	11,5	59	27,7
38-47 лет	32	15,4	54	25,4
48-57 лет	44	21,2	39	18,3
старше 60 лет	7	3,4	8	3,8
Образование				
среднее	36	16,9	10	4,8
среднее специальное	69	32,4	33	15,9
неоконченное высшее	11	5,2	72	34,6
высшее	97	45,5	93	44,7
Социальный статус				
имеют рабочие специальности	102	49,0	142	66,7
учащиеся	85	40,9	28	13,1
пенсионеры	11	5,3	26	12,2
безработные	10	4,8	17	8,0

Установлено, что основной мотивацией выбора аптеки, при необходимости приобретения фармацевтической продукции, для большинства респондентов Бишкека (27,7%) является профессиональная грамотность сотрудников, для респондентов г. Ош (26,1%) – сравнительно низкие цены на ЛС (рисунок 1).

В ходе исследования выяснилось, что наиболее частой причиной обращения (более 3 раз в месяц) за помощью фармацевта для пациентов г. Бишкек являются заболевания со стороны органов дыхания и пищеварения (26,4%), для пациентов г. Ош – различные болевые синдромы (21%) (рисунок 2).

Обеспечение качественной фармакотерапии в значительной мере зависит от рационального выбора ЛС из множества существующих альтернативных препаратов. По результатам нашего исследования выяснилось, что при выборе ЛС чаще всего пользуются рекомендациями фармацевта 39,3% участников из Бишкека и 32,2% – из Оши, что показывает небольшую разницу в ответах респондентов.



Рисунок 1 – Результаты сравнительного анализа ответов пациентов относительно мотивации выбора аптечного учреждения



Рисунок 2 – Распределение пациентов по причинам обращения за помощью фармацевта

Приоритетным по значимости фактором для покупателя являются рекомендации врачей (69%). На втором и третьем месте по важности – факторы, относящиеся к вопросу стоимости препарата, точнее, соотношению цены и эффективности препарата (45% фармацевтов видят его в качестве значимого). По суммарной оценке на первое место выходят рекомендации провизора/фармацевта.

Наибольший сегмент посетителей аптек обоих городов (Бишкек – 55,8%, Ош – 63,4%) осознают потребность в профессиональной помощи при приобретении ЛС, считая важным получение консультации от фармацевтического работника (рисунок 3).

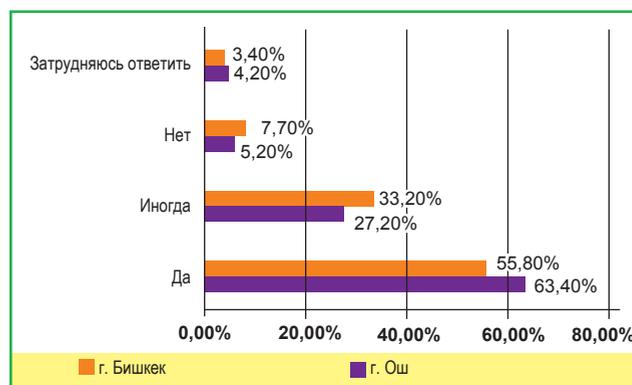


Рисунок 3 – Результаты сравнения ответов пациентов относительно важности получения консультации от фармацевта

Полученные рекомендации от фармацевта всегда соблюдают 57,3% пациентов г. Ош и 49% пациентов г. Бишкек. В то же время 27,2% респондентов из Оши и 63,9% респондентов из Бишкека считают: фармацевты могут ответить на интересующие их вопросы, связанные с ЛС, но консультации часто дают неохотно.

При приобретении ЛС без рецепта врач посетители аптек чаще всего (28,2% – по г. Ош, 20,4% – по г. Бишкек) задают вопрос о дозе, кратности и способе применения ЛС (рисунок 4).

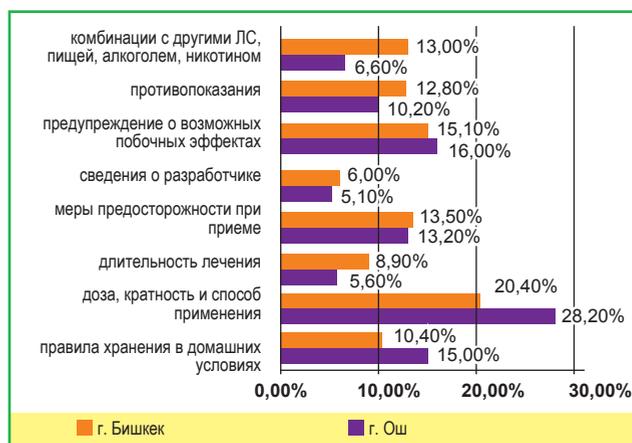


Рисунок 4 – Распределение пациентов по потребности в информации при приобретении ЛС в аптечном учреждении

В ходе опроса респондентам было предложено оценить показатели, характеризующие степень удовлетворенности или неудовлетворенности работой фармацевта. Оценка проводилась по следующим параметрам:

- внешний вид;
- внимательность;
- демонстрация товара;
- честность;
- тактичность;
- ответственность;
- способность к грамотному и аргументированному общению;

- терпение;
- умение перевести медицинские понятия в общедоступные;

- поведение вне контакта с посетителями.

Средняя оценка (по 10-балльной шкале) показателей составила 7,5 баллов для пациентов г. Ош и 6,8 – для пациентов г. Бишкек. Также выявлено, что информационно-консультационными услугами фармацевта абсолютно удовлетворены лишь 38,3% посетителей аптек г. Ош и 11,5% посетителей аптек г. Бишкек.

### ВЫВОД

На основании проведенного сравнительного исследования можно сделать следующие выводы:

1. При покупке ЛС пациенты г. Бишкек отдадут предпочтение тому аптечному учреждению, где работают профессиональные грамотные сотрудники. В свою очередь, пациенты г. Ош обращают внимание на цены ЛС.

2. Все опрошенные пациенты довольно часто обращаются за помощью фармацевта. Наиболее частыми причинами обращений являются заболевания органов дыхания, пищеварения и различные болевые синдромы.

3. Почти одинаковое количество респондентов обоих городов указали на свое доверие к фармацевту при выборе ЛС.

4. Больше половины всех респондентов отметили важность получения консультации от фармацевта о ЛС, что также подтверждается мнением половины опрошенных обоих городов о постоянном соблюдении рекомендаций, полученных от фармацевта.

5. Чаще всего пациентов интересует информация о дозе, кратности и способах приема ЛС.

6. Степень удовлетворенности работой фармацевта респонденты обоих городов оценили выше среднего.

7. Большинство посетителей аптек городов Бишкек и Ош удовлетворены фармацевтическими информационно-консультационными услугами не в полной мере.

8. Провизор – часть целостной системы аптеки и основная его функция – помощь людям, ждущим профессионального подхода. Посетители предпочитают общаться с провизором на понятном языке. Поэтому необходимо четко осознавать себя именно как фармацевтического работника, а не как обычного консультанта.

### ТҮЙІН

**Э.Д. АБДУКАХАРОВА<sup>1</sup>, А.З. ЗУРДИНОВ<sup>2</sup>,**  
И.К. Ахунбаев атындағы Қырғыз Мемлекеттік Медициналық Академиясының базистік және клиникалық фармакология кафедрасының аспиранты<sup>1</sup>, ҚР ҰҒА корреспондент-мүшесі, медицина ғылымдарының докторы, профессор<sup>2</sup>, Бішкек қаласы, Қырғызстан

## ФАРМАЦЕВТИКАЛЫҚ КЕҢЕС БЕРУ: ДӘРІ-ДӘРМЕКТЕРДІ ТҰТЫНУШЫЛАРДЫҢ САУАЛНАМА НӘТИЖЕЛЕРІНІҢ САЛЫСТЫРМАЛЫ ТАЛДАМАСЫ

Мақалада Бішкек және Ош қалаларының дәріхана-лардағы сатып алушылар арасында жүргізілген сауалнама негізінде ақпараттарының салыстырмалы талдамасы көрсетілген. Арнайы әзірленген сауалнама негізінде фармацевт маман тарапынан ұсынылатын ақпараттық-кеңес беру көмегінің сапасы туралы емделушілер пікірлері зерделенді.

**Кілт сөздер:** Дәрі-дәрмекпен қамтамасыз ету, дәрі-дәрмектерді тиімді қолдану, фармацевтикалық қызметтер, кеңес беру.

### SUMMARY

**E.D. ABDUKAKHAROVA<sup>1</sup>, A.Z. ZURDINOV<sup>2</sup>,**  
postgraduate student of Department of basic and clinical pharmacology of the KSMA named after I.K. Ahunbaev<sup>1</sup>, corresponding member of the national Academy of sciences of the Kyrgyz Republic, PhD, professor<sup>2</sup>, Bishkek city, Kyrgyz Republic

Pharmaceutical counseling: comparative analysis of survey of medicine consumers. The article suggests a comparative analysis of the data received from a social poll of pharmacy customers in the cities of Bishkek and Osh. On the basis of specially developed questionnaire patients' opinions about the quality of pharmaceutical information and counseling aid were studied.

**Keywords:** Medicinal supply, rational use of medicines, pharmaceutical services, counseling.

### Литература:

1 Pharmaceutical services in a Mexican pain relief and palliative care institute [R. Escutia Gutierrez, CR. Cortez Alvarez, RM. Alvarez Alvarez et al.]. Pharmacy Practice. – 2007. – Vol. 4, – No 5. – P. 174-178.

2 Федина Е.А. Теоретические и методические основы совершенствования качества фармацевтических информационно-консультационных услуг при безрецептурном отпуске / Е.А. Федина // Автореферат диссертации д.ф.н. – М.: 2007. – 46 с.

3 I. Aoyama, S. Koyama, H. Hibino. Self-medication behaviors among Japanese consumers: sex, age, and SES differences and caregivers' attitudes toward their children's health management // Asia Pacific Family Medicine. – 2012. – Vol. 7, – No. 11. – P. 2-9.

4 F. Keshishian, N. Colodny, R. Thomas Boone. Physician-patient and pharmacist-patient communication: Geriatrics' perceptions and opinions // Patient Education and Counseling. – 2008. No. 71. – P. 265-284.

5 <http://www.aptekaqal.com.ua/>

# ДЕКСТАНОЛ

Декскетопрофен 25 мг

## ИСКУССТВО ЛЕЧЕНИЯ БОЛИ



### Показания к применению

Болевой синдром легкой и средней интенсивности при следующих заболеваниях и состояниях:

- острые и хронические воспалительные заболевания опорно-двигательного аппарата
  - ревматоидный артрит
  - спондилоартрит
  - артроз
  - остеохондроз
- альгодисменорея
- зубная боль

Способ  
применения:  
по 1 таб (25 мг)  
1-3 раза в сутки

### Способ применения и дозы

В зависимости от вида и интенсивности боли, рекомендуемая разовая доза составляет  $\frac{1}{2}$  таблетки ДЕКСТАНОЛА (12,5 мг) от 1 до 6 раз в сутки с промежутками между приемами 4-6 часов или по 1 таблетке (25 мг) от 1 до 3 раз в сутки через каждые 8 часов. Максимальная суточная доза составляет 3 таблетки препарата (75 мг). У пациентов с нарушением функции печени от легкой до средней степени тяжести или со слегка сниженной функцией почек, у лиц пожилого возраста прием препарата следует начинать в более низких дозах - не более 2-х таблеток ДЕКСТАНОЛА (50 мг) в сутки. При острых болях таблетки нужно принимать минимум за 30 минут до еды. Препарат ДЕКСТАНОЛ не предназначен для длительного применения: продолжительность приема не должна превышать 3-5 дней. **Побочные действия:** анемия, в т.ч. апластическая и гемолитическая, пурпура, агранулоцитоз, гипоплазия костного мозга; очень редко - нейтропения, тромбоцитопения, тошнота, рвота; нечасто - диспепсия, изжога, боли в животе, диарея, запор, кровавая рвота, сухость слизистой оболочки полости рта, эрозивно-язвенные поражения желудочно-кишечного тракта, включая кровотечения и перфорации, анорексия, повышение активности печеночных трансаминаз (аланинаминотрансферазы и аспартатаминотрансферазы), желтуха. **Противопоказания:** повышенная чувствительность к декскетопрофену или другим нестероидным противовоспалительным препаратам, язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки (в т.ч. желудочно-кишечные кровотечения и склонность к ним), активные кровотечения различного генеза, повышенная кровоточивость, одновременный прием антикоагулянтов, болезнь Крона, неспецифический язвенный колит, бронхиальная астма (в т.ч. в анамнезе), рецидивирующий полипоз носа и околоносовых пазух, непереносимость ацетилсалициловой кислоты, тяжелая сердечная недостаточность, тяжелая почечная недостаточность (клиренс креатинина менее 30 мл/мин), активные заболевания печени, тяжелое нарушение функции печени, период после проведения аортокоронарного шунтирования, подтвержденная гиперкалиемия, воспалительные заболевания кишечника, детский и подростковый возраст до 18 лет, беременность и период лактации. **Лекарственные взаимодействия:** с другими НПВП, включая салицилаты в высоких дозах (>3 г/сут): повышает риск возникновения желудочно-кишечных кровотечений и язв, вследствие синергизма действия; с антикоагулянтами: усиливает действие антикоагулянтов (в случае необходимости одновременного применения - тщательный контроль лабораторных показателей крови); с кортикостероидами: повышает риск развития язвы и кровотечения в ЖКТ; с препаратами лития: повышает концентрацию лития в плазме крови, которая может достичь токсического уровня, поэтому уровень лития в крови следует контролировать при назначении, изменении дозы или отмене декскетопрофена; с метотрексатом: повышают гематологическую токсичность метотрексата в связи со снижением его почечного клиренса. **Особые указания:** Следует соблюдать осторожность при назначении препарата пациентам пожилого возраста, пациентам с аллергическими реакциями, с системными заболеваниями соединительной ткани и пациентам с нарушением кровотока. Прием препарата может маскировать симптомы инфекционных заболеваний. В случае появления побочных эффектов, а также при отсутствии клинического эффекта в течение 3-5 дней лечения, необходимо сообщить об этом лечащему врачу. **Особенности влияния лекарственного средства на способность управлять транспортным средством или потенциально опасными механизмами.** Поскольку ДЕКСТАНОЛ может вызвать снижение способности к концентрации внимания, следует с осторожностью назначать препарат пациентам, занимающимся потенциально опасными видами деятельности, требующими повышенного внимания и быстрой реакции. **Условия отпуска из аптек:** По рецепту



АО "НобелАлматинская Фармацевтическая Фабрика", Республика Казахстан 050008, г. Алматы, ул. Шевченко, 162 Е тел.: +7 (727) 399-50-50 PBX, факс: +7 (727) 399-60-60 e-mail: nobel@nobel.kz., веб-сайт: www.nobel.kz  
Лицензия № ИПОР 64604515P от 09.09.2003г. ISO 9001:2008 от 05.05.2010 г.

ПЕРЕД НАЗНАЧЕНИЕМ И ПРИМЕНЕНИЕМ СЛЕДУЕТ ВНИМАТЕЛЬНО ПРОЧИТАТЬ ИНСТРУКЦИЮ ПО МЕДИЦИНСКОМУ ПРИМЕНЕНИЮ!

УДК 615.213:543.054

**В. С. БОНДАРЬ<sup>1</sup>, А. В. БАГУЛЯ<sup>2</sup>,***доктор фармацевтических наук, профессор, профессор кафедры токсикологической химии<sup>1</sup>, аспирант кафедры токсикологической химии<sup>2</sup>, Национальный фармацевтический университет, г. Харьков, Украина*

## СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА МЕТОДОВ ИЗОЛИРОВАНИЯ ДИФЕНИНА ИЗ БИОЛОГИЧЕСКОГО МАТЕРИАЛА

Одной из важнейших проблем неврологии на современном этапе остается лечение эпилепсии, относящейся к наиболее распространенным заболеваниям центральной нервной системы. Среди лекарственных препаратов для лечения судорог одним из наиболее эффективных является дифенин, использующийся как средство монотерапии, так и в комбинации с барбитуратами, бензодиазепинами, карбамазепином и другими препаратами [1-3].



### АННОТАЦИЯ

Изучены возможности изолирования дифенина из биологического материала на модельных смесях с печенью методами, общепринятыми в судебно-токсикологическом анализе, а также путем экстракции хлороформом и ацетоном из высушенного биологического материала, и показано, что они позволяют выделить 50-70% препарата.

**Ключевые слова:** дифенин, экстракционно-фотометрическая методика, изолирование дифенина из тканей печени, биологический материал.

### ВВЕДЕНИЕ

Широкое использование препарата обуславливает необходимость исследования его в химико-токсикологическом отношении [4-7], что требует разработки методик его изолирования из биологического материала. Исходя из физико-химических свойств дифенина (плохая растворимость в органических растворителях, су-

ществование двух таутомерных форм, низкое значение оптической плотности в различных растворителях и прочее), возникают значительные трудности в выделении его из биологических объектов [4-8].

### ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Проведение сравнительной оценки методов изолирования дифенина из тканей печени общепринятыми методами – путем настаивания с полярными растворителями, а также с помощью экстракции органическими растворителями из высушенного биологического материала.

### МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Для исследования методов изолирования дифенина готовили модельные смеси препарата с печенью, не претерпевшей гнилостных изменений. Для этого к 10 г измельченной печени добавляли 1 мл стандартного раствора дифенина (4 мг препарата), тщатель-

ным образом перемешивали и оставляли на сутки. Готовили также контрольную смесь печени с растворителем (0,1-процентный раствор натрия гидроксида), исследования которой проводили параллельно с основными.

Изолирование дифенина из тканей печени проводили модифицированными методами А. А. Васильевой, Стаса-Отто, В. Ф. Крамаренко [9], П. Валова [9, 10]. Модификация методов заключалась в уменьшении навесок печени до 10 г, соответствующем уменьшении объемов органических растворителей, замене стадий процеживания на центрифугирование и использовании для экстракции хлороформа вместо диэтилового эфира.

«Кислые» хлороформные извлечения собирали в мерные колбы емкостью 25,0 мл, доводили объем хлороформом до метки и получали извлечения 1 (по А. А. Васильевой), 2 (по В. Ф. Крамаренко), 3 (по Стасу-Отто) и 4 (по П. Валову).

Кроме того, выделение дифенина из тканей печени проводили путем комбинированной статической и динамической экстракции органическими растворителями из предварительно высушенного безводного натрия сульфатом биологического материала [11]. В качестве растворителей использовали хлороформ и ацетон, навеска печени составляла 10 г, хлороформные и ацетоновые извлечения собирали в мерные колбы емкостью 100 мл, доводили объемы соответствующими растворителями до метки и получали извлечения 5 и 6 соответственно.

К группе веществ, изолируемых из биологического материала экстракцией и сорбцией, относятся соединения кислотного, нейтрального и основного характера, различные по своему химическому строению. Номенклатура их очень велика и постоянно расширяется по мере синтеза новых соединений.

Наибольшее токсикологическое значение в настоящее время среди прочих имеют барбитураты: барбитал, фенобарбитал, барбамил, этаминал-На, бутобарбитал, гексенал, бензонал, бензобамил, циклобарбитал и другие.

Количественное определение дифенина проводили с помощью УФ-спектрофотометрической методики в 10 мл извлечений 1-4 и в 40 мл извлечений 5-6, а также с помощью разработанных ранее экстракционно-фотометрической [12], ВЭЖХ-методики [13] и ГЖХ-методики [14] в 5 мл извлечений 1-4 и в 20 мл извлечений 5-6. Анализ методами ВЭЖХ и ГЖХ проводили в элюатах, полученных после предварительной ТСХ-очистки извлечений 1-6.

#### **Методика ТСХ-очистки извлечений из биологического материала.**

Указанное количество хлороформных извлечений упаривали на водяной бане до сухого остатка, который растворяли в 0,5 мл 96-процентного этанола и количественно наносили на линию старта хроматографической пластины Sorbfil ПТСХ-IIВ полосой шириной 2 см. Пластину элюировали в системе растворителей этилацетат – метанол – 25-процентный раствор аммиака (85:10:5) в присутствии «свидетеля». С целью очистки от соэкстрактивных веществ пластину предварительно элюировали в хлороформе один раз или, при необходимости, дважды. После высушивания пластины проявляли полосу «свидетеля» реактивом Драгендорфа и наблюдали пятно коричневого цвета с  $R_f=0,41$ . С помощью скальпеля напротив пятна «свидетеля» с пластины тщательным образом снимали сорбент с площади 3 см×1 см в стеклянный флакон. Во флакон добавляли 10 мл 0,001 моль/л раствора калия гидроксида в метаноле и встряхивали в течение 5 мин., затем фильтровали в мерную колбу емкостью 10 мл и доводили объем раствора через фильтр («Красная лента») растворителем до метки (элюат).

#### **Количественное определение дифенина в полученных извлечениях с помощью УФ-спектрофотометрической методики.**

Указанное количество хлороформных извлечений упаривали на водяной бане до полного удаления органического слоя. Сухие остатки растворяли в 10,00 мл 96-процентного этанола. После тщательного перемешивания измеряли оптическую плотность полученных растворов при длине волны 258 нм [8] на спектрофотометре СФ-46 в кювете с толщиной слоя 10 мм. В качестве компенсационного раствора использовали 96-процентный этанол.

#### **Количественное определение дифенина в полученных извлечениях с помощью экстракционно-фотометрической методики.**

Указанное количество хлороформных извлечений упаривали на водяной бане до полного удаления органического слоя. Сухие остатки растворяли в 10 мл 0,1-процентного раствора натрия гидроксида. Далее поступали так же, как указано в [12], используя 5 мл полученных растворов.

#### **РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ**

Результаты количественного определения дифенина в извлечениях из биологического материала приведены в таблице.

Таким образом, дифенин можно изолировать из биологического материала, используя любую из исследованных методик.

Принятые в судебно-токсикологическом анализе общие методы изолирования (А. А. Васильевой, В. Ф. Крамаренко и Стаса-Отто) позволяют выделить до-

Таблица – Результаты изолирования дифенина из биологического материала (модельные смеси с печенью) (n = 3, P = 95%)

Метод изолирования	Выделено дифенина, %			
	А*	Б	В	Г
По А. А. Васильевой (извлечение 1)	59,01±4,97	59,47±8,45	59,31±4,59	60,31±3,03
По В. Ф. Крамаренко (извлечение 2)	57,06±6,12	57,69±6,27	55,94±3,56	55,74±3,41
По Стасу-Отто (извлечение 3)	50,65±4,96	50,53±4,58	50,62±2,51	50,29±3,23
По П. Валува (извлечение 4)	73,69±4,97	73,02±4,24	73,72±3,21	73,79±3,43
Изолирование хлороформом (извлечение 5)	71,07±5,03	70,95±4,52	70,71±3,21	70,69±2,99
Изолирование ацетоном (извлечение 6)	75,44±6,04	74,09±4,69	74,82±3,37	75,29±3,49

\*Метод количественного определения: А – УФ-спектрофотометрический; Б – экстракционно-фотометрический; В – метод ВЭЖХ после ТСХ-очистки; Г – метод ГЖХ после ТСХ-очистки

статочное большое количество дифенина из биологического материала (50-60%), что позволяет не «пропустить» препарат в ходе выполнения ненаправленного анализа как при работе со свежим, так и гниющим биологическим материалом.

Дифенин обладает избирательным противосудорожным действием. Способствует активному выведению из нейронов мозга ионов Na<sup>+</sup> и снижает их возбудимость, а также повышает в мозге содержание ГАМК. Хорошо всасывается из пищеварительного канала, трансформируется в печени, в виде метаболитов выделяется почками из организма. Побочные действия: головокружение, тремор, нистагм, диплопия, гиперпластический гингивит, тошнота, рвота, аллергические реакции.

Частный метод изолирования, используемый при работе с барбитуратами, является весьма эффективным и при работе с дифенином: степень извлечения достигает 73-74%.

Методики изолирования дифенина хлороформом и ацетоном из высушенного биологического материала наиболее быстрые и удобные в исполнении, они позволяют выделить 70-75% препарата, но при этом следует отметить, что соответствующие извлечения 5 и 6 сильно загрязнены соэкстрактивными веществами: поглощение в контрольных опытах достигает 30% от поглощения в соответствующих основных опытах.

## ВЫВОДЫ

Таким образом, нами изучены возможности изолирования дифенина из биологического материала на модельных смесях с печенью общепринятыми в судебно-токсикологическом анализе методами А. А. Васильевой, В. Ф. Крамаренко, Стаса-Отто и П. Валува, а также путем экстракции хлороформом и ацетоном из высушенного биологического материала, и показано, что они позволяют выделить 50-70% препарата, что дает возможность обнаружить дифенин в ходе ненаправленного анализа и выполнить направленное исследование на препарат.

## ТҮЙІН

**В. С. БОНДАРЬ<sup>1</sup>, А. В. БАГУЛЯ<sup>2</sup>,**  
фармацевтика ғылымдарының докторы,  
профессор, токсикологиялық химия кафедрасының  
профессоры<sup>1</sup>, токсикологиялық химия кафедрасының  
аспиранты<sup>2</sup>, Ұлттық фармацевтикалық  
университет, Харьков қаласы, Украина

## БИОЛОГИЯЛЫҚ МАТЕРИАЛДАН ДИФЕНИНДІ ОҚШАУЛАУ ӘДІСІН САЛЫСТЫРМАЛЫ БАҒАЛАУ

Мақалада модельді қоспадағы бауырдың биологиялық материалынан дифенинді сот-токсикологиядағы жалпыға ортақ талдау әдістерімен оқшаулау мүмкіндіктері зерделеніп, сондай-ақ кептірілген биологиялық материалдан хлороформ мен ацетон экстракцияланды. Зерттеу нәтижесі препараттың 50-70% оқшаулау мүмкіндігін көрсетті.

**Кілт сөздер:** дифенин, экстракциялық-фотометриялық әдіс, дифенинді бауыр тінінен оқшаулау, биологиялық материал.

## SUMMARY

**V.S. BONDAR<sup>1</sup>, O.V. BAGULYA<sup>2</sup>,**  
doctor of pharmacy, professor, professor of the  
department toxicological chemistry<sup>1</sup>, graduate student  
of the department toxicological chemistry<sup>2</sup>,  
National University of Pharmacy, Kharkiv, Ukraine

## COMPARATIVE ESTIMATION OF PHENYTOIN ISOLATION METHODS FROM BIOLOGICAL MATERIAL

The possibilities of phenytoin isolation from biological material using model mixtures with liver by the methods generally accepted in forensic and toxicological analysis, and also by extraction with chloroform and acetone from the exsiccated biological material have been studied and it is showed that they allow to isolate 50-70% of medicine.

**Keywords:** Difenin, extraction-photometric method, difenina isolation from the tissues of the liver, biological material.

## Литература:

- 1 Clinical uses of anticonvulsant drugs other than for epilepsy // J. Psycho-soc. Nurs. Ment. Health Serv. – 2013. – V. 51 (9), – P. 11-12.
- 2 M. Mizobuchi. Current management of epilepsy / M. Mizobuchi // Brain Nerve. – 2013. – V. 65 (9), – P. 1031-1040.
- 3 L. Jehi. Medication management after epilepsy surgery: opinions versus facts / L. Jehi // Epilepsy Curr. – 2013. – V. 13 (4), – P. 166-168.
- 4 J.I. Morrow, P.A. Routledge. Poisoning by anticonvulsants // Adverse Drug React. Acute Poison. Rev. – 1989. – V. 8 (2), – P. 97-109.
- 5 S. Craig. Phenytoin poisoning / S. Craig // Neurocrit. Care. – 2005. – V. 3 (2), – P. 161-170.
- 6 J.M. Murphy, R. Motiwala, O. Devinsky. Phenytoin intoxication // South Med. J. – 1991. – V. 84 (10), – P. 1199-1204.
- 7 Phenytoin toxicity: a review of 94 cases / P. L. Curtis, R. Piibe, M. J. Ellenhorn, J. Wasserberger, G. Ordog // Vet. Hum. Toxicol. – 1989. – V. 31 (2), – P. 164-165.
- 8 Clarke's analysis of drugs and poisons in pharmaceuticals, body fluids and postmortem material: 4th ed. / Edited by A.C. Moffat, M.D. Osselton, B. Widdop. – London: The Pharm. Press, 2011. – 2609 p.
- 9 Крамаренко, В.Ф. Токсикологическая химия / В.Ф. Крамаренко. – К.: Вища школа, 1989. – 429 с.
- 10 P. Valov. Rapid qualitative and quantitative determination of barbiturates from postmortem specimens / P. Valov // Industrial and Engineering Chemistry. Analytical Edition. – 1946. – V. 18, №7. – P. 456-457.
- 11 Болотов В.В., Клименко Л.Ю. Вивчення методів ізолювання зопіклону з об'єктів біологічного походження // Вісн. фармації. – 2006. – №3 (47). – С. 26-30.
- 12 Бондар В.С., Багуля О.В., Нефьодов І.О. Екстракційно-фотометричне визначення дифеніну // Біофармацевт. журн. – 2013. – Т. 6, №3. – С. 43-45.
- 13 Бондар В.С., Багуля О.В. Застосування високоефективної рідинної хроматографії в аналізі дифеніну // Укр. мед. альм. – 2012. – Т. 15, №5 (додаток). – С. 96-98.
- 14 Бондар В.С., Багуля О.В., Байдак О.В. Розробка умов визначення дифеніну методом газо-рідинної хроматографії, придатних для цілей хіміко-токсикологічного аналізу // Укр. мед. альм. – 2013. – Т. 16, №1. – С. 53-54.

## БЕЗОПАСНОСТЬ ЛЕКАРСТВ

### Прием антидепрессантов может привести к развитию сахарного диабета

Ученые из университета Саутгемптона предполагают, что применение антидепрессантов может повышать риск развития сахарного диабета 2-го типа. Они изучили результаты более двадцати различных медицинских исследований и обнаружили наличие связи между приемом этой группы препаратов и развитием сахарного диабета у пациентов.

По мнению ученых, причиной развития нарушений регуляции уровня глюкозы в крови могут быть как психотропные препараты, так и лишний вес у пациентов с депрессией, принимающих их. Поэтому требуется провести дополнительные исследования для выяснения факторов, лежащих в основе обнаруженной связи. Как отметил ведущий автор работы, профессор Ричард ХОЛТ, не исключено, что некоторые случаи развития сахарного диабета у пациентов с депрессией, принимающих антидепрессанты, являются совпадением, но также существует и вероятность того, что именно применение лекарственных средств способствует развитию диабета. Хотя полученные данные не являются прямым доказательством того, что антидепрессанты приводят к нарушениям регуляции уровня глюкозы в организме, лечащие врачи могут принимать во внимание возможную взаимосвязь. Перед назначением лечения пациентам, страдающим депрессией, необходимо проводить анализ крови с целью определения уровня сахара в крови. Для предотвращения развития сахарного диабета врач может рекомендовать соблюдение диеты и выполнение физических упражнений, что также будет полезным и для психического здоровья.

[hospitalpharmacy.ru](http://hospitalpharmacy.ru)

### Применение монтелукаста у детей 2-14 лет

Безопасность и эффективность монтелукаста (Сингуляр) у детей с бронхиальной астмой от 6 до 14 лет достаточно изучены в контролируемых клинических исследованиях. Профили безопасности и эффективности схожи у этой группы пациентов и у взрослых. На основе проведенных контролируемых клинических исследований у детей 6 лет и старше с бронхиальной астмой сделано заключение о безопасности жевательных таблеток монтелукаста в дозе 4 мг у детей от 2 до 5 лет с бронхиальной астмой. Основанием для экстраполяции послужили данные, свидетельствующие о сходстве фармакокинетики монтелукаста у этих групп пациентов. При этом также принималось во внимание, что патофизиологические механизмы, течение заболевания, реакция на лекарственную терапию по существу схожи у группы детей 2-5 лет и у пациентов от 6 лет и старше.

[rxlist.com](http://rxlist.com)



УДК 16-008.616.61-002.3

К.А. САРТАЕВА<sup>1</sup>, Б.А. КУТТЫКОЖАЕВ<sup>2</sup>, Ж.М. РСАЛИЕВА<sup>3</sup>,  
Х.М. МУМИНОВА<sup>4</sup>, К.М. АЛШЫНБАЕВА<sup>5</sup>, Г.И. СЫЗДЫКОВА<sup>6</sup>,

кандидат медицинских наук, терапевт высшей категории, и.о. доцента

кафедры терапии №1 МКТУ им. Хожа Ахмета Ясауи<sup>1</sup>, врач общей практики РСВЦ<sup>2</sup>,

нефролог-гастроэнтеролог высшей категории, заведующая отделением нефрологии клиники МКТУ им. Хожа

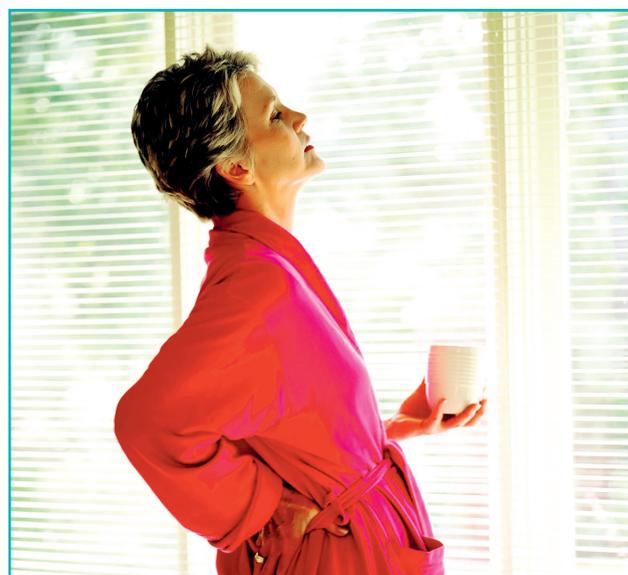
Ахмета Ясауи<sup>3</sup>, участковый врач<sup>4</sup>, участковый врач поликлиники, клиника МКТУ им. Хожа Ахмета Ясауи<sup>5</sup>,

терапевт первой категории, преподаватель кафедры терапии №1 МКТУ им. Хожа Ахмета Ясауи<sup>6</sup>, г. Шымкент

## ЗНАЧЕНИЕ ФИТОПРЕПАРАТОВ

### В ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО ПИЕЛОНЕФРИТА

**Хронический пиелонефрит – хронический неспецифический инфекционно-воспалительный процесс с преимущественным и первоначальным поражением интерстициальной ткани, чашечно-лоханочной системы и канальцев почек с последующим вовлечением клубочков и сосудов почек [1,2,3,4].**



#### АННОТАЦИЯ

Высокая заболеваемость хроническим пиелонефритом (20-30%) зарегистрирована среди населения, особенно среди женщин фертильного возраста. На основании результатов экспертизы, неполная санация мочевыводящих путей наблюдается после проведения первого этапа противовоспалительного лечения, которая проявляется бессимптомной бактериурией и лейкоцитурией и сохранением остаточных явлений дизурического синдрома, который приводит к необходимости проведения долгосрочных противорецидивных курсов лечения фитопрепаратами.

**Ключевые слова:** хронический пиелонефрит, флавоноидные гликозиды (гидрохинон), эфирные масла, смолы, противорецидивное лечение пиелонефрита, пролонгирование ремиссии пиелонефрита, ТОО «Зерде-Фито».

#### ВВЕДЕНИЕ

Заболеваемость хроническим пиелонефритом составляет от 1 до 3-4 случаев на 1000 населения (от 10

до 30-40%). Смертность детей от этого заболевания составляет 5-6%. Только 20-30% пиелонефрита диагностируется при жизни. У женщин, по сравнению с мужчинами, это заболевание встречается в 6 раз чаще [1,3,4,5]. По данным Е.М. Шилова (2007 г.), в детском возрасте его частота составляет 7,3-27,5 случаев на 1000, у взрослых – 0,82-1,46 на 1000 [2].

Частые обострения хронического пиелонефрита приводят к вторичному сморщиванию почек, артериальной гипертензии и хронической почечной недостаточности, что делает актуальным вопрос пролонгирования ремиссии этого заболевания и предупреждения рецидивов [1,3,4,5].

#### ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Оценить значение многокурсовых назначений фитопрепаратов (чай, настои, отвары, компоты, морсы, соки составляющих растений, фармфитопрепараты и другие) в течение года и более в пролонгировании ремиссии и предупреждении рецидивов хронического пиелонефрита.

## МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

По единому протоколу были исследованы 43 пациента с хроническим пиелонефритом в фазе обострения, без ХПН, принимавших лечение в нефрологическом отделении клиники МКТУ. Всем пациентам при выписке из клиники были назначены фитопрепараты по 5-7 дней каждые 20-25 дней в течение года. Для контроля лечения им вручены памятки с указанием дней месяцев и видов фитопрепаратов с инструкцией приема, а также указаны даты повторных обследований у участковых врачей. Пациентам назначен единый план обследования:

- каждые 2-3 месяца – ОАК, ОАМ;
- в конце лечения (11-12 месяцев) – анализ мочи на бакпосев, определение креатинина крови, УЗИ почек.

В первые месяцы 22 пациента нарушили регулярность приема: до конца первого года прекратили прием назначенных фитопрепаратов. Из них создана вторая (контрольная) группа для сравнения эффективности повторных курсовых назначений фитопрепаратов. Средний возраст пациентов первой группы (21 пациент) – 34 года (от 19 до 52 лет); второй (22 пациента) – 39 лет (от 18 до 59 лет). Пациенты первой группы по 5-7 дней принимали препараты толокнянки, брусничных листьев, хвоща полевого, березовых почек, бузины черноплодной, клюквы, плодов можжевельника, корня солодки, ромашки, марены красильной, шалфея, зверобоя, шиповника, липы и другие (в первой половине суток). Для удобства лечения им назначены фитопрепараты ТОО «Зерде-Фито»: почечные фиточаи с составляющими вышеуказанных растений в различных комбинациях, но не более двух составляющих в одном чайном сборе [1,2,3,4,5,7,8,15]. Пациенты второй группы прошли необходимые обследования, как состоявшие на диспансерном учете, в связи с чем появилась возможность сравнить результаты двух групп.

При лечении хронического пиелонефрита никакие лекарственные препараты не сравнятся по своей эффективности с лекарственными травами. Лечение должно быть длительным, а при приеме антибиотиков продолжительное время пациент приобретет больше проблем, чем получит пользы.

Лечебный план хронического пиелонефрита включает в себя два этапа: лечение обострения (то есть активной фазы заболевания) и противорецидивное лечение [1,2,3,4]. Природные растительные фитопрепараты применяются в плане лечения хронического пиелонефрита:

- в активной фазе – для изменения кислотности мочи (антибиотики проявляют или теряют лечебную эффективность в различной рН среде мочи);

- для повышения сопротивляемости (содержащие витамины иммунокорректирующие), с уросептическими и мочегонными эффектами и другими [4,5,6,7,8].

В лечении хронического пиелонефрита применяют растения, содержащие сапониновые и флавоноидные гликозиды, эфирные масла, смолы, дубильные вещества, витамины. Другие составляющие растений, как то слизь, органические кислоты, жирные масла, фитонциды, пигменты, ферменты, минеральные соли, микроэлементы, также обладают лечебными свойствами. Лечебный эффект гликозидов связан с их агликоновой частью, которая, достигая канальцев, распадается, выделяя гидрохинон, который обладает активным противовоспалительным, бактерицидным, мочегонным действием.

В настоящее время известно более 2000 эфиромасличных растений. Из фармакологических свойств эфирных масел наиболее характерно наличие противовоспалительной, антимикробной, противовирусной и противоглистной активности. Кроме того, некоторые эфирные масла оказывают выраженное влияние на деятельность сердечно-сосудистой системы и ЦНС, обладают стимулирующими, транквилизирующими и болеутоляющими свойствами, снижают АД, расширяют сосуды головного мозга и сердца.

Смолы близки к эфирным маслам по химическому строению и часто содержатся в растениях одновременно с ними. Много смол в хвойных деревьях, почках березы, корнях ревеня и других растениях. Смолы некоторых растений обладают лечебными свойствами, оказывая выраженное бактерицидное и антигистаминное действие.

Дубильные вещества представляют собой производные многоатомных фенолов, обладают противовоспалительной, бактерицидной, дубящей, вяжущей активностью.

Витамины – сложные по структуре и физиологической активности органические вещества, которые в малых количествах необходимы для нормального развития и жизнедеятельности организма человека и животных. Организм нуждается в поступлении извне около 20 витаминов, остальные синтезируются во внутренних органах. При дефиците витаминов нарушается обмен веществ и функциональная деятельность органов и систем, снижается работоспособность и защитные силы организма [6,7,9,10,11].

Большим хроническим пиелонефритом рекомендуют избегать переохлаждений, но, если такое случилось, необходимо предупредить развитие катаральных воспалительных проявлений со стороны верхних дыхательных путей путем активного полоскания горла (шалфей, ромашка, календула) и применения ножных ванн (череда, цикорий, горчица) в связи с тем, что простудные заболевания являются факторами риска обострения хронического пиелонефрита [5,8,9,12].

Если течение хронического пиелонефрита не осложнилось артериальной гипертензией и хронической почечной недостаточностью, то диета не отличается от общего рациона. В суточный рацион включают фрукты и ягоды (яблоки, чернослив, абрикосы, лимон, виноград, вишню, шиповник, кишмиш, курагу и прочие), содержащие витамины С, Р, группы В и другие [1,3]. Рекомендовано на два-три дня назначать диету, подкисляющую мочу (хлебопродукты, мясные, яйца, бобовые). В следующие два-три дня – подщелачивающие продукты (овощи, квашеную капусту, молочные, кислые ягоды и фрукты). Изменение кислотности мочи тормозит размножение возбудителей [1,2,4].

Больным хроническим пиелонефритом, при отсутствии противопоказаний, рекомендован прием до 2-3 литров жидкости в сутки. Наряду с минеральными водами нужно пить витаминные напитки, чаи, соки, морсы, компот из свежих и сухих фруктов. Таким образом, увеличение диуреза способствует очищению мочевыводящих путей [1,2,3,4,9,10].

При назначении антибиотиков пенициллинового ряда (включая полусинтетические), тетрациклинов, новобиоцина необходимо подкислять мочу назначением плодов петрушки, листьев толокнянки, мяты перечной, корня стальника, шпината, щавеля, томатов. А при лечении макролидами и аминогликозидами необходимо рекомендовать подщелачивающие мочу фитопрепараты (тмин, плоды барбариса, корень марены красильной, лимон и др). Ристомидин и ванкомицин работают независимо от кислотности мочи [1,4,5,8,9,10,13].

В курс лечения включали также фитопрепараты, обладающие спазмолитическим действием: траву горца птичьего, кукурузные рыльца, тимьян ползучий, плоды аниса, плоды крыжовника [1,5,7,8,9,10,12,14].

Применение медикаментозных средств при пиелонефрите обязательно. Травы также необходимы. Только они могут устранить вредное действие антибиотиков на печень и сохранить микрофлору кишечника. Так же надо учитывать, что многие микроорганизмы выработали устойчивость к применяемым антибиотикам, а некоторые лекарственные травы уничтожают даже стафилококки.

Для повышения сопротивляемости организма применяли препараты иммуномодулирующего действия: шиповник, лимон, красный болгарский перец, укроп и петрушку, рябину обыкновенную и черноплодную, смородину черную, элеутерококк.

При развитии дефицита железа в рацион и курсы лечения включали абрикосы, айву, бобовые, вишню, грушу, инжир, морковь, овес, персики, смородину черную, чеснок, шиповник [7,10,12,14].

## РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

После стационарного лечения активной фазы у части пациентов сохранялись некоторые симптомы дизурического синдрома и синдрома патологического мочевого осадка. В первой группе показатели остаточных проявлений дизурического синдрома (поллакиурия, никтурия) после курсов фитотерапии, по сравнению с данными сразу после лечения активной фазы, достоверно снизились до 2%; показатели патологического мочевого осадка (бактеурия и лейкоцитурия) – до 3% (таблица 1).

Таблица 1 – Показатели пациентов первой группы

Дизурический синдром после стационарного лечения активной фазы	Дизурический синдром после фитолечения	Синдром патологического мочевого осадка после стационарного лечения активной фазы	Синдром патологического мочевого осадка после фитолечения
Поллакиурия, никтурия		Бактериурия, лейкоцитурия (5-7 в п/зр)	
35%	2%, 2%	35%, 30%	2%, 3%
Т критерий P>0,01		Т критерий P>0,01	

Во второй группе показатели остаточных проявлений дизурического синдрома и патологического мочевого осадка в конце наблюдения, по сравнению с данными сразу после стационарного лечения активной фазы, достоверно выросли (таблица 2). У 12% пациентов в данной группе возникли обострения хронического пиелонефрита [16].

Таблица 2 – Показатели пациентов второй группы

Дизурический синдром после стационарного лечения активной фазы	Дизурический синдром по окончании наблюдения	Синдром патологического мочевого осадка после стационарного лечения активной фазы	Синдром патологического мочевого осадка в конце наблюдения
Поллакиурия, никтурия		Бактериурия, лейкоцитурия (5-7 в п/зр)	
22%	45%	27%, 24%	49%, 51%
Т критерий P>0,05		Т критерий P>0,05	

Полученные результаты доказывают необходимость проведения лечения для продления ремиссии и предупреждения рецидивов множественными курсами фитопрепаратов в течение не менее одного года, что соответствует литературным данным.

## ВЫВОДЫ

1. У 1/5 (20%) части больных хроническим пиелонефритом после стационарного лечения активной фазы болезни сохраняются некоторые проявления дизурического синдрома (никтурия, поллакиурия) и мочевого синдрома (бактеурия, лейкоцитурия – 5-7 в п-зр.).

2. Для продления ремиссии необходимы ежемесеячные повторные курсы фитопрепаратов уросептического, мочегонного, общеукрепляющего, иммуномодулирующего действия не менее 11-12 месяцев.

3. Повторяющиеся курсы вышеназванных фитопрепаратов достоверно пролонгируют фазу ремиссии, предупреждают рецидивы.

4. При отсутствии фитотерапии у 10-12% пациентов имеет место обострение хронического пиелонефрита.

#### ТҮЙІН

**Қ.А. САРТАЕВА<sup>1</sup>, Б.А. ҚҰТТЫҚОЖАЕВ<sup>2</sup>,  
Ж.М. РСАЛИЕВА<sup>3</sup>, Х.М. МУМИНОВА<sup>4</sup>,  
К.М. АЛШЫНБАЕВА<sup>5</sup>, Г.И. СЫЗДЫКОВА<sup>6</sup>,**  
*м.ғ.к., жоғары санатты терапевт, Қожа Ахмет Яссауи атындағы №1 ХҚТУ-дің терапия кафедрасы доцентінің м.а.<sup>1</sup>, РОМО жалпы тәжірибесіндегі дәрігері<sup>2</sup>, жоғары дәрежелі нефролог-гастроэнтеролог, Қожа Ахмет Ясауи атындағы ХҚТУ клиникасы нефрология бөлімінің меңгерушісі<sup>3</sup>, учаскелік дәрігер<sup>4</sup>, Қожа Ахмет Ясауи атындағы ХҚТУ емханасының, клиникасының учаскелік дәрігері<sup>5</sup>, бірінші санатты терапевт, Қожа Ахмет Ясауи атындағы №1 ХҚТУ-дің терапия кафедрасының оқытушысы<sup>6</sup>, Шымкент қаласы*

## СОЗЫЛМАЛЫ ПИЕЛОНЕФРИТТИ ЕМДЕУДЕГІ ФИТОПРЕПАРАТТАРДЫҢ МАҢЫЗЫ

Жалпы популяцияда, әсіресе фертиль жасындағы әйелдерде созылмалы пиелонефритпен аурушаңдық өте жоғары – 20-30%. Созылмалы пиелонефриттің бірінші кезеңін емдегеннен кейін несеп бөлу жүйесі жолдарының толық санацияланбайтыны белгілі болды, бұл жағдай осы науқастарда уросептикалық, қабынуға қарсы, иммунмодуляциялық қасиеттері бар фитодәрмектермен ұзақ уақыттық курстармен жүргізілетін емнің қажеттігін көрсетті.

**Кілт сөздер:** созылмалы пиелонефрит, флавоноидты гликозидтер (гидрохинон), эфирлік майлар, шайыр,

пиелонефриттің рецидивке қарсы емі, пиелонефрит ремиссиясының уақытын ұзарту, «Зерде-Фито» ЖШС.

#### SUMMARY

**K.A. SARTAEVA<sup>1</sup>, B.A. KUTTYKOZHAEV<sup>2</sup>,  
J.M. RSALIEVA<sup>3</sup>, H.M. MUMINOVA<sup>4</sup>,  
K.M. ALSHYNBAEVA<sup>5</sup>, G.I. SYZDYKOVA<sup>6</sup>,**  
*candidate of medical sciences, a therapist of the highest categories, acting assistant professor department of therapy №1 IKTU named by Hodja Ahmed Yassau<sup>1</sup>, general practitioner RFMC<sup>2</sup>, nephrology, gastroenterology highest category, head of the department of nephrology clinic IKTU named by Hodja Ahmed Yassau<sup>3</sup>, sector doctor<sup>4</sup>, sector doctor of the policlinic, clinic IKTU named by Hodja Ahmed Yassau<sup>5</sup>, the therapist first category, the teacher of department of therapy №1 IKTU named by Hodja Ahmed Yassau<sup>6</sup>, Shymkent city*

## IMPORTANCE OF PHYTOPREPARATIONS IN CHRONIC PYELONEPHRITIS TREATMENT

A high incidence of chronic pyelonephritis (20-30%) is registered among the population and particularly among the women of fertile age. Based on the examination results an incomplete urinary tracts sanitation is observed after conducting the first stage of anti-inflammatory treatment that is manifested by asymptomatic bacteriuria and leukocyturia and preservation of residual effects of dysuric syndrome that makes it necessary to conduct a long-term anti-relapse treatment course taking phytopreparations.

**Keywords:** chronic pyelonephritis, flavonoid glycosides (hydroquinone), essential oils, resins, anti-treatment of pyelonephritis, prolonging remission pyelonephritis, LLP Zerde-Fito.

#### Литература:

- 1 Окорочков А.Н. Лечение болезней внутренних органов: практическое руководство. – Минск: Том 2, – 2008. – С. 546-549.
- 2 Нефрология. / Шилов Е.М. [и др.]. Учебное пособие для медвузов. М:ГЭОТАР-Медиа, 2007. – С. 415.
- 3 Нефрология. / Тареева И.Е. [и др.]. Руководство для врачей. М.: Медицина, 1995. – 2 том, С. 109-141.
- 4 Поликлиническая терапия. / В.А. Галкин [и др]. М.: Медицина, 2000. – С.152.
- 5 Лопатин Н.А. Детская урология. – М., 1998. – С. 137-152.
- 6 Соколов С.Я., Замотаев И.П. / Справочник по лекарственным растениям. Фитотерапия. – Москва, 1998. – С. 116-136; 339-348; 448-451.
- 7 Блинков И.Л. Лекарственные растения в клинике. / Москва, 1999 – 72 с.
- 8 Князева Л.И., Горайнов И.И. / Фитотерапия при хроническом пиелонефрите. Учебно-методическое пособие по внутренним болезням. – М. 2008. – С. 44-51.
- 9 Чаузов А.Ю., Чаузова А.В. / Фитотерапия воспалительных заболеваний мочеполовых органов. – М.: 2009. – 74 с.
- 10 Горюловский Л. / Фитотерапия хронического пиелонефрита. Качество жизни. Профилактика. – 2003 – N5. – С. 27-31.
- 11 Справочник по лекарственным растениям. / Задорожный А.М. [и др.] – М.: Экология, 1992. – С. 18-23; 30-33; 58-61; 67-72; 75-79; 143-145; 177-180; 194-199; 203-206; 208-214; 218-225; 240-242; 265-270; 276-278; 290-293; 306-316; 323-325; 346-359; 365-372; 391-401.
- 12 Турова А.Д., Сапожникова Э.Н. / Лекарственные растения СССР – М.: Медицина, 1984. – С. 212-268.
- 13 Остапчук И.Ф. / Фитотерапия заболеваний почек и мочевыводящих путей – Киев: Украинская Советская энциклопедия им. М.П. Бажена, 1991. – 33 стр.
- 14 Қожабеков М., Қожабекова Г. / Дәрілік өсімдіктер – Алматы, 1982. – С.13-15; 25-27; 30-32; 39-46; 54-61; 88-95; 99; 107-117; 123-129; 131; 155; 170-171.
- 15 Истории болезни больных нефрологического отделения клиники МКТУ.

УДК 614.253. [1:316.362+614.253.8:364-786]-053.9

**Л.Г. МАТВИЕЦ,***ассистент кафедры семейной медицины и амбулаторно-поликлинической помощи Национальной медицинской академии последипломного образования имени П.Л. Шупика, соискатель ГУ «Институт геронтологии имени Д.Ф. Чеботарёва Национальной академии медицинских наук Украины», г. Киев, Украина*

## МЕДИКО-ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ПАЦИЕНТОВ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА С АГ **В ПРАКТИКЕ СЕМЕЙНОГО ВРАЧА**

Характерной чертой демографической ситуации в мире, в том числе в Украине, является старение населения. Неотвратимым его последствием выступает рост сердечно-сосудистой патологии, в частности, артериальной гипертензии (АГ) и ее значимости в формировании смертности и инвалидизации. Вклад повышенного артериального давления (АД) в формирование суммарного риска кардио- и цереброваскулярных осложнений и преждевременной смертности с возрастом увеличивается и носит универсальный характер, то есть распространяется на все расы, этнические и половые группы [1,2].



### АННОТАЦИЯ

В статье представлен теоретический анализ современных научных взглядов на проблемы медицинской реабилитации пациентов пожилого возраста с артериальной гипертензией (АГ). Предложена разработанная модель медико-психологического сопровождения пациентов пожилого возраста с АГ в сочетании с другими соматическими заболеваниями в условиях амбулатории общей практики – семейной медицины. Проведена оценка медицинской и социальной эффективности применения медицинской реабилитации, оптимизированной медико-психологическим сопровождением при оказании гериатрической помощи. **Ключевые слова:** пациент пожилого возраста,

стресс, психологическое состояние, медико-психологическая реабилитация, АГ, медико-психологическое сопровождение, семейный врач, семейная медсестра.

### ВВЕДЕНИЕ

В основе возрастного повышения артериального давления (АД), неравнозначного в популяциях – сложный многокомпонентный процесс, в значительной мере определяемый факторами внешней среды и образом жизни, как то диетические предпочтения (в частности, повышенное потребление соли), снижение физической активности, психологический стресс и др. [3].

Возраст и АГ являются центральными факторами риска фатального инфаркта миокарда. Согласно статистике, 83% смертей в связи с заболеваниями коронарных артерий приходится на лиц в возрасте 65 лет и старше. Среди пациентов с АГ в старшем возрасте с высокой частотой связан рост распространенности хронической сердечной недостаточности (ХСН) и фибрилляции предсердий. В большей мере это относится и к риску инсульта. Риск смертности от инсульта нарастал, начиная от систолического (115 мм рт. ст.) и диастолического (75 мм рт. ст.) АД, и эта зависимость прослеживалась в возрастном диапазоне от 40 до 89 лет. Как АГ, так и собственно возраст оказывают негативное влияние на морфофункциональное состояние почек [4].

В Экспертном консенсусе по гипертензии у пожилых задекларировано, что повышенное АД является в старости наиболее существенным фактором риска: 69% больных – с инфарктом миокарда, 77% – с инсультом, 74% – с сердечной недостаточностью. Это лица с АГ, а также важным фактором развития сахарного диабета у больных старшего возраста. Спектр последствий АГ распространяется на заболевания периферических артерий (включая аневризму брюшного и грудного отдела аорты, расслоение аорты, окклюзионные заболевания периферических артерий), офтальмологическую патологию (гипертензивная ретинопатия, окклюзия ретинальной артерии, возрастная макулодистрофия и неоваскулярная макулодегенерация) [5].

Украинскими и зарубежными учеными установлена прямая зависимость между вариабельностью АД и возрастом, ее значение, особенно в ночной период, как предиктора инсульта: риск мозгового инсульта повышался на 80% на каждые 5 мм рт. ст. увеличения систолического АД в ночное время. Установлено повышение кардиоваскулярной смертности у лиц с высокой вариабельностью в ночное время (верхний квантиль распределения > 14,4 мм рт. ст.). При изучении вариабельности АД также оказалось, что скорость и выраженность утреннего подъема АД прямо коррелируют с возрастом, при этом постуральное снижение АД ассоциируется с риском развития инсульта. В старости нарушаются циркадные ритмы АД, что в полной мере распространяется на его суточную графику. Частота регистрации нарушения суточной динамики АД по типу *non-dippers* значительно повышается у лиц пожилого и старческого возраста. Известно, что степень ночного снижения АД, в значительной мере определяемая изменениями симпатической активности, связана с такими факторами, как возраст, наличие АГ, качество сна, семейный и социальный статус. Именно повышение ночного АД в большей мере связано с поражением органов-мишеней, чем его дневные значения. Противоположная динамика АД – его избыточное снижение в ночное время (*overdippers* или *extremely dippers* с  $\geq 20\%$  снижением АД) также часта у старых больных, особенно с коморбидной патологией. Эта группа также характеризуется высоким риском развития латентной и манифестирующей симптома-

тики церебральной ишемии в связи с развитием гипоперфузии мозга во время сна [6,7].

Особое влияние на динамику АД в течение суток имеет напряжение деятельности кардиоваскулярной системы, обусловленное эмоциональным состоянием пожилых пациентов, страдающих АГ.

Для клиники АГ у пациентов пожилого возраста характерны легкие когнитивные нарушения, которые развиваются чаще всего на фоне недиагностированной и непролеченной астении, и в части случаев способствуют развитию возрастного слабоумия [8].

Распространенность деменции увеличивается с возрастом так же, как и АГ. Гипертензия выступает важным фактором риска не только сосудистой, но и деменции Альцгеймеровского и смешанного типа [9]. В исследованиях COGNIPRES, включавших в себя гипертензивных пациентов старше 60 лет, было установлено значение неадекватного контроля повышенного АД, как фактора более выраженного и быстрого снижения когнитивных функций [10].

### **ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ**

Главная цель, которую нужно достичь в реабилитации пожилых пациентов с АГ – повышение их качества жизни. Для ее достижения нужно проанализировать вопросы, связанные с медицинской реабилитацией больных с использованием как физических, так и психологических методов.

### **МАТЕРИАЛЫ ИССЛЕДОВАНИЯ**

По мнению ведущих специалистов в области медицинской реабилитации, актуальной является роль амбулаторно-поликлинического звена в реализации мероприятий восстановительного лечения, создание четкой системы медицинской реабилитации больных. Медицинская реабилитация достигла наивысшего развития в санаторно-курортных условиях, между тем потребность улучшения здоровья населения требовала ее адекватного развития на первичном и вторичном уровнях, где сосредоточено более 90% всей медицинской помощи [11,12].

Здоровье населения, прежде всего, зависит от того, насколько доступна современная медицинская помощь, в том числе медицинская реабилитация, для уязвимых социальных слоев, куда относятся и старики, где чаще заболевают и умирают. Поэтому основной целью усовершенствования системы медицинской реабилитации было определено достижение ее высокой эффективности при наименьших затратах [12].

Незащищенность этой категории пациентов вызывает у них стрессовую реакцию. Хронический психосоциальный стресс даже невысокой интенсивности продлевает изменения, вызванные острым стрессом, стимулируя долговременную стимуляцию адренокортикотропного гормона и истощение надпочечников. Вегетативный ответ на стресс может стать триггером соматического заболевания или добавить психосоматические реакции в общую картину заболевания. Счи-

тается, что фундаментальным компонентом психологического стресса является эмоциональное возбуждение, которое дополнено эмоциональными переживаниями и наполнением деятельности. Проблема стресса в функциональном аспекте стоит как проблема влияния эмоций на продуктивную деятельность субъекта (неважно, внутреннюю или внешнюю) [13,14].

По данным некоторых авторов, особенностью реакции сердечно-сосудистой системы у большей части пожилых людей при стрессах является чрезмерная прессорная реакция, в основном обусловленная значительным усилением симпатической активности на фоне ослабления барорефлекторного влияния на сердечно-сосудистую систему с менее значительным компенсаторным усилением парасимпатических влияний вегетативной системы. Более половины (63%) людей преклонного возраста имеет гиперреактивный тип индивидуальных реакций сердечно-сосудистой системы при психоэмоциональной стрессорной нагрузке, характеризующейся повышением систолического артериального давления более чем на 20 мм рт. ст. и диастолического – более чем на 10 мм рт. ст., обуславливающий повышение периферического сосудистого сопротивления и менее эффективную перестройку деятельности сердечно-сосудистой системы при стрессах. Именно поэтому при старении снижается устойчивость организма к психоэмоциональному стрессорному воздействию, а у пациентов с гипертонией существуют дополнительные прессорные факторы и риск острых нарушений коронарного и мозгового кровообращения, аритмии и внезапной смерти. Чрезмерная гемодинамическая реакция при психоэмоциональном стрессе чаще бывает у лиц с более выраженными невротическими расстройствами, в основном, тревожно-депрессивными [15,16].

Поскольку эмоциональный стресс реализуется в широком жизненном контексте, предсказать силу и продолжительность действия стрессового фактора невозможно без индивидуальной психологической оценки имеющегося несоответствия между требованиями среды и потребностями пациента, его психическими и физическими ресурсами для удовлетворения этих потребностей, способности предусмотреть несколько возможных вариантов развития послестрессовых событий, и подобрать наиболее адаптивный. Решение медико-психологических проблем пожилых пациентов с АГ на доступном для них уровне составляет важную часть их медицинской реабилитации [17,18,19].

По мере увеличения числа пожилых людей увеличивается количество больных за счет достижений в области медицины, которые продлевают ожидаемую продолжительность жизни пожилых людей, страдающих теми или иными заболеваниями. К сожалению, качество такой жизни не удовлетворяет пожилого человека из-за отсутствия адаптации к старости и меньшим возможностям. Стереотипы восприятия пожилых пациентов есть и у врачей, которые недостаточно знают о гериатрических больных, морфологических

и психологических особенностях позднего зрелого возраста. Их ожидания базируются на общепринятых культурных стереотипах и устоявшихся предрассудках. Многие практикующие врачи до сих пор считают старых пациентов неизлечимыми, сетуя на их враждебность, и воспринимают работу с ними как дополнительную нагрузку к основной деятельности. Однако психологи считают, что старение не следует воспринимать только как снижение жизненной активности. Это и дополнительная стадия индивидуального роста. Ученые исследовали личность пожилого возраста и рекомендуют врачам научиться корректировать алгоритмы поведения пациентов. Данная мера приведет к существенным успехам личностного роста, поможет разъяснить, как важна перестройка личности после выхода на пенсию. Необходимо осознание плюсов и минусов зрелого возраста, которые приведут к сохранению здоровья еще на долгие годы.

По данным ВОЗ, до 2050 г. доля населения старше 60 лет в мире удвоится с 11 до 22%. Абсолютное число людей в возрасте 60 лет и старше, как предполагается, увеличится с 605 млн до 2 млрд. Самые быстрые и значительные демографические изменения произойдут в странах с низким и средним уровнем доходов. Например, потребовалось более 100 лет, чтобы во Франции число людей в возрасте 65 лет или старше удвоилось – с 7 до 14%. В то же время таким странам, как Бразилия и Китай, на это потребуется менее 25 лет.

Расширение гериатрических знаний и добавление психологического аспекта в тактику оказания медицинской помощи пожилым пациентам среди специалистов (особенно первичного звена) позволит уменьшить расходы на медицинское вмешательство, повысить эффективность медицинской реабилитации. Обозначенные задачи требуют разработки новых стратегий медицинской практики, стимулирующих врачей на повышение уровня знаний и позитивное отношение к пожилым пациентам.

В исследованиях зарубежных ученых обозначена следующая проблема: пренебрежение к пожилым пациентам со стороны медицинского персонала часто приводит к ошибочному диагнозу и отсутствию эффекта от лечения из-за упущения важных симптомов и коммуникационных барьеров. Последняя проблема является наиболее важной для пожилого пациента. Ему хочется оставаться достойным и признанным. К сожалению, пожилые люди чаще пытаются адаптировать достоинство через жалость к их инвалидности или даже смерти. Иными словами, пожилые люди в механизмах саморегулирования подвержены стерео-

типу эффектов угрозы, при помощи шантажа добиваясь желаемого и признания [20].

Большую роль в эффективном лечении и реабилитации играет восприятие пожилым человеком болезни, осознание её последствий, а также формирование соответствующей стратегии поведения. Результаты исследований показывают взаимосвязанный характер физического и материального, а также глубокие социальные последствия оказания и получения помощи. Нужно отметить значимую роль семейных медсестер (СМ), которые могут помочь пациентам адаптироваться к зависимости (из-за болезни) от других людей. Принятие заболевания зависит от когнитивной и поведенческой концепции, построенной пациентом вместе с семейным врачом (СВ), что порождает у пожилого человека уверенность: деятельность, связанная с эмоциональными результатами, предсказанными по демографическим и медицинским переменным, эффективна и надежна. [21]

Среди пожилых пациентов с АГ распространены неврозы и невротические реакции. Этот факт необходимо учитывать при современном лечении АГ с использованием психологического подхода к пациенту [22].

Главная цель, которую нужно достичь в реабилитации пожилых пациентов с АГ – повышение их качества жизни. Оценивая как физическое, так и психическое здоровье этого контингента, психологически корректируя стратегию поведенческих реакций, направленных на сохранение здоровья (а не сугубо на лечение), можно достичь адаптированного физического и психического функционирования, обеспечивающего качественную жизнь пожилого пациента с

АГ. Для приобретения и осознания полезности новых стратегий поведенческих реакций португальские ученые предложили групповые психолого-педагогические сессии для пожилых пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации [23,24].

Учитывая, что гипертонию считают хронической неизлечимой болезнью, семейные врачи должны осознавать, что процесс постоянной медико-психологической реабилитации пациентов пожилого возраста с АГ (повышая качество жизни) определяет качество лечения этого заболевания и является главным мотивационным фактором.

Нами было предложено оптимизировать реабилитацию пациентов пожилого возраста с АГ моделью медико-психологического сопровождения (рисунок 1), направленного на снижение излишнего нервно-психического напряжения вследствие состояния повышенного беспокойства. В ее структуре:

- разработанный нами алгоритм медико-психологического консультирования пожилых пациентов с соматической патологией для применения семейными врачами в пределах консультативно-лечебного приема по поводу соматического заболевания;
- психологическая профилактика дезадаптированных и дистрессовых состояний, которая достигалась путем групповой формы интерактивного динамического общения между пациентами по поводу их проблем, вызывающих чрезмерное нервно-психическое напряжение, в условиях АОПСМ;
- профилактическая работа СМ, задача которой – мониторировать психологическое состояние консультируемого пациента в семье, среди окружения, оказывать психологическую поддержку пациенту в се-



Рисунок 1 – Модель медико-психологического сопровождения пожилых пациентов с соматической патологией и чрезмерным нервно-психическим напряжением

мье для достижения запланированного врачом и пациентом результата, консультировать семью [25,26].

Для установления эффективности применения медико-психологического сопровождения была отобрана группа наблюдения (I группа) в количестве 30 человек и группа сравнения (II группа) – 30 человек. Критерии отбора пациентов:

- наличие гипертонии;
- наличие чрезмерного нервно-психического напряжения (высокий и средний уровень стресса);
- отсутствие острых состояний ИБС, в частности, стенокардии и некомпенсированной СН (на период отбора).

Отдельным критерием отбора к I группе было согласие пациентов посещать занятия в группах психологической профилактики. Обе группы достоверно не отличались по возрасту, полу и месту жительства. В целях оценки его применения в группах (в динамике дважды – до начала лечения и через 2 месяца после его начала) проводилось:

- психодиагностическое исследование уровня нервно-психического напряжения (уровня стресса) по методике PSM-25 [Lemyr-Tessier-Fillion];
- суточное мониторирование АД (СМАД) с помощью аппарата АВРМ-04 (Meditech Cardio Tens, Венгрия);
  - домашнее измерение АД;
  - скрининговое исследование общего холестерина (ОХ) с помощью экспресс-анализатора холестерина и липидного спектра (CardioChek, США);
  - определение количественной оценки невротических жалоб у соматических больных по методике А.И.Сердюка (1994);
  - определение качества жизни по методике Mezich (Coher, Ruiperez Liu & Yoon, 1999).

Принцип работы суточного монитора АД АВРМ-04 заключается в том, что на основе предварительно заданной программы он на протяжении 24-48 часов измеряет артериальное давление и частоту пульса пациента. Измеренные данные (до 600) хранятся в памяти прибора неограниченное время. Их анализ проясняет развитие гипертонии и возможных последствий. Возможен контроль и точное определение лекарственной терапии, поэтому исключаются неприятные и вредные побочные влияния принимаемых лекарственных препаратов.

Пациентам I и II групп было назначено основное медикаментозное лечение АГ согласно Положения клинического протокола оказания медицинской помощи «Артериальная гипертензия», утвержденного прика-

зом МОЗ Украины от 24.05.2012 №384 «Об утверждении стандартизации медицинской помощи при артериальной гипертензии». При лечении пациентов I группы применялось медико-психологическое сопровождение.

## РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

По результатам СМАД выявлена тенденция к восстановлению циркадных ритмов АД с увеличением количества пациентов в сторону прогностически благоприятных показателей СИ (суточного индекса) в I группе пациентов, в лечении которых дополнительно применено медико-психологическое сопровождение в условиях АОПСМ. Во II группе лечение вызвало снижение АД, но преимущественно сохранились типы суточного профиля АД с недостаточным снижением или преобладанием ночной гипертензии (таблица 1).

Таблица 1 – Динамика суточных ритмов АД у группы наблюдения и группы сравнения в начале лечения и через 2 месяца

Показатель типа суточного ритма	I группа наблюдения (n=30)		II группа сравнения (n=30)	
	До	После	До	После
Dipper CAT, % (n)	3,3 % (1)	46,7% (14)	-	16,7% (5)
DipperДАТ, % (n)	-	56,7% (17)	3,3 (1)	13,3% (4)
Non-Dipper CAT, % (n)	50% (15)	43,3% (13)	50%(15)	56,6% (17)
Non-Dipper ДАТ, % (n)	63,3% (19)	26,7% (8)	56,7% (17)	40% (12)
Night-Peaker CAT, % (n)	46,67% (14)	10% (3)	50% (15)	26,7% (8)
Night-Peaker ДАТ, % (n)	36,7% (11)	16,6% (5)	40% (12)	33,3% (10)

В I группе, после лечения с применением медико-психологического сопровождения, по показателям суточной вариабельности АД выявлено увеличение количества пациентов с умеренными и мягкими формами течения ГБ на 70,1%, во II группе – только на 23,3%.

Установлено преимущество уменьшения случаев дестабилизации течения ГБ среди пациентов I группы над их количеством среди пациентов II группы на 38,6% (по показателям домашнего измерения АД).

По показателям лабораторного исследования, на содержание холестерина в крови в I группе (более 5,2 ммоль/л) выявлено в 36,7% (у 11 пациентов) – в начале лечения. В 6,7% (2 человека) показатели холестерина оставались выше предельных (5,2 ммоль/л) через два месяца после начала лечения. У 23,3% (7) пациентов повышенный показатель холестерина указывает на пережитые стрессовые события (смерть брачного партнера, переезд на временное/постоянное место жительства к детям, болезнь взрослого ребенка, конфликт со взрослыми детьми). Во II группе выявлено 33,3% (10) пациентов с повышенным содержанием холестерина в крови, 23,3% (7) пациентов свидетельствует о наличии стрессовых событий, 28,7% (8) – через два месяца лечения имели повышенные показатели холестерина в крови.

По показателям количественной оценки выраженности невротических жалоб у пациентов I группы со

средним уровнем стресса, до начала лечения уровень выраженности жалоб ( $77,6 \pm 2,0$  баллов) был достоверно выше ( $P < 0,001$ ), чем показатель ( $38,9 \pm 3,0$ ) после лечения. Эти цифры подтверждают снижение нервно-психического напряжения и наличие постепенного процесса адаптации после лечения с применением медико-психологического сопровождения.

Вместе с тем определена недостоверная регрессия показателей выраженности жалоб (II группа):

- у пациентов с высоким уровнем стресса (до лечения –  $92,7 \pm 1,6$ , через 2 месяца –  $88 \pm 2,1$  балла);
- у пациентов со средним уровнем стресса (до лечения –  $81,9 \pm 1,7$  баллов, через 2 месяца –  $78,6 \pm 1,6$  баллов);
- в группе адаптированных пациентов, сформировавшейся в ходе исследования ( $72,5 \pm 1,5$  баллов).

Установлено, что у пациентов I группы с высоким уровнем стресса более выраженная регрессия невротических жалоб, чем со средним.

Выявлена регрессия невротических жалоб, характерных для вегетативных нарушений ( $\Delta = 12,75 \pm 0,88$  – высокий,  $\Delta = 8,68 \pm 0,83$  – средний уровень стресса) и астении ( $\Delta = 11,13 \pm 0,67$  – высокий,  $\Delta = 10,05 \pm 0,69$  – средний уровень стресса), у пациентов I группы на фоне лечения с применением медико-психологического сопровождения.

Установлено, что из-за применения медико-психологического сопровождения снижения нервно-психического напряжения (стресса) у пациентов I группы коэффициент медицинской эффективности составляет 0,7, тогда как без применения медико-психологического сопровождения во II группе – 0,07. По результатам исследования изменения качества жизни от применения комплексной терапии с медико-психологическим сопровождением установлено, что качество жизни через два месяца после лечения в I группе улучшилось в 2,16 раза, во II группе – в 1,14 раз. В целом, социальная эффективность от применения медико-психологического сопровождения выросла в 1,89.

## ВЫВОДЫ

1. Теоретический анализ современных научных взглядов показал значительное влияние возрастных особенностей пожилых пациентов на течение АГ и эмоциональные риски осложнений, которые не охвачены медицинской помощью.
2. Теоретическое изучение особенностей личности стареющего человека, его реакции на стресс и психологические проблемы обосновало необходимость расширения психологическим аспектом медицинскую реабилитацию пациентов пожилого возраста с АГ.
3. Доказана медицинская и социальная эффективность медицинской реабилитации пациентов пожилого и старческого возраста с гипертонией, оптимизированной полезной моделью медико-психологического сопровождения. Простота применения разрешает рекомендовать предложенную модель к внедрению в практику деятельности семейных врачей.

ТҮЙІН

Л.Г. МАТВИЕЦ,

*П.Л. Шупик атындағы Дипломнан кейінгі ұлттық медицина академиясының жанұялық медицина мен амбулаториялық-емханалық көмек кафедрасының көмекшісі, «Украина ҰМФА Д.Ф. Чеботарёв атындағы Геронтология институтының» ізденушісі, Киев қаласы, Украина*

## ЖАНҰЯЛЫҚ ДӘРІГЕРДІҢ ТӘЖІРИБЕСІНДЕГІ АРТЕРИАЛДЫҚ ГИПЕРТЕНЗИЯСЫ БАР ЕГДЕ ЖАСТАҒЫ ЕМДЕЛУШІЛЕРДІ МЕДИКО-ПСИХОЛОГИЯЛЫҚ ОҢАЛТУ

Мақалада артериалды гипертензиясы бар егде жастағы емделушілердің медициналық тұрғыдан қалпына келу мәселелеріне қатысты заманауи ғылыми көзқарастардың теориялық талдауы көрсетілген. Артериалды гипертензиясы бар егде жастағы емделушілердің медико-психологиялық сүйемелдеуінің жанұялық медицинаның жалпы тәжірибесінің амбулаториялық жағдайдағы өзге де соматикалық ауруларымен үйлестіріле отырып жетілдірілген үлгісі ұсынылған. Медициналық қалпына келтірудің медициналық және әлеуметтік тиімділігіне және гериятриялық көмек көрсетілген кезде медико-психологиялық сүйемелдеуді оңтайландырылуға баға берілген.

**Кілт сөздер:** егде жастағы емделуші, күйзеліс, психологиялық жағдай, медико-психологиялық қалпына келтіру, АГ, медико-психологиялық сүйемелдеу, жанұялық дәрігер, жанұялық медбике.

SUMMARY

L.G. MATVIETS,

*assistant professor of family medicine and outpatient care of the National Medical Academy of Postgraduate Education. P.L. Shupyk, the applicant State «Institute of Gerontology behalf of D.F. Chebotarev National Academy of Medical Sciences of Ukraine», Kiev, Ukraine*

## MEDICAL AND PSYCHOLOGICAL REHABILITATION OF ELDERLY PATIENTS WITH HYPERTENSION A FAMILY PRACTICE PHYSICIAN

The article presents a theoretical analysis of modern scientific views on the problems of medical rehabilitation of elderly patients with arterial hypertension (AH). We propose a model developed medical and psychological support of elderly patients with hypertension in combination with other medical disorders in general practice clinics, family medicine. An assessment of health and social ef-

fectiveness of medical rehabilitation held, that optimized medical and psychological support in the provision of geriatric care.

**Keywords:** elderly patients, stress, psychological state, medical and psychological rehabilitation, hypertension, medical and psychological support, family doctor, family nurse.

#### Литература:

- 1 Баранова І.О., Семесько Т.М., Єна Л.М. та ін. Епідеміологія артеріальної гіпертензії та чинників ризику її розвитку в російсько-українській та кримсько-татарській популяціях сільсько-господарських районів АР Крим // Пробл. стар. и долголет. — 2006. — Т. 15, № 1. — С. 76-82.
- 2 Cotta RM, Batista KC, Reis RS, de Souza GA, Dias G, de Castro FA, Alfenas Rde C. [Social-sanitary and lifestyle profile of hypertense and/or diabetics, users of the Family Health Program in the city of Teixeiras, Minas Gerais State]. Cien Saude Colet. 2009 Jul-Aug;14(4): 1251-60.
- 3 Lin RF, Chang JJ, Lu YM, Huang MH, Lue YJ. Correlations between quality of life and psychological factors in patients with chronic neck pain. Kaohsiung J Med Sci. 2010 Jan; 26(1):13-20.
- 4 Єна Л.М., Ахаладзе Н.Г. Артериальная гипертензия в старости // Артериальная гипертензия. — 2013. — № 3 (29). С. 17-24.
- 5 W.S. Aronow, J.L. Fleg, C.J. Pepine, N.T. Artinian, G. Bakris, A.S. Brown, K.C. Ferdinand, M. Ann Forciea, W.H. Frishman, C. Jaigobin et al. ACCF/AHA 2011 expert consensus document on hypertension in the elderly: a report of the American College of Cardiology Foundation Task Force on Clinical Expert Consensus documents developed in collaboration with the American Academy of Neurology, American Geriatrics Society, American Society for Preventive Cardiology, American Society of Hypertension, American Society of Nephrology, Association of Black Cardiologists, and European Society of Hypertension // J. Am. Coll Cardiol. — 2011. — 57. — P. 2037-2114.
- 6 Н.О. Шаднева, Н.В.Беляева, І.Л. Лук'янов, І.П. Віхарев. Типи добових ритмів артеріального тиску у хворих похилого віку з грижами передньої черевної стінки // Проблемы старения и долголетия, 2010, 19, №2 — С. 174-179.
- 7 Fagard RH, Thijs L, Staessen JA, Clement DL, De Buyzere ML, De Bacquer DA. Night-day blood pressure ratio and dipping pattern as predictors of death and cardiovascular events in hypertension. J Hum Hypertens. 2009 Oct; 23 (10):645-53.
- 8 Динамика состояния пожилых больных с коморбидными депрессивными и когнитивными нарушениями сосудистого генеза в процессе терапии / Н. Г. Незнанов, Л. С. Круглов // Обзорение психиатрии и медицинской психологии им. В. М. Бехтерева. — 2008. — № 3. — С. 18-21.
- 9 C. Rosendorff, M.S. Beerli, J.M. Silverman. Cardiovascular risk factors for Alzheimer's disease // Am. J. Geriatr. Cardiol. — 2007. — 16. — P. 143-149.
- 10 C. Vlachopoulos , R. Aznaouridis , C. Stefanadis. Clinical appraisal of arterial stiffness: the Argonauts in front of the Golden Fleece // Heart. — 2006. — Vol. 92, — P. 1544-1550.
- 11 Голяченко А.О. Медична реабілітація на амбулаторно-поліклінічному етапі/А. О. Голяченко // Клінічна медична реабілітація: Науковий симпозиум 13-14 березня 2008 р.: матеріали симпозиуму. — Полтава, 2008 р. — С. 42.
- 12 Бабов К.Д., Поберська В.О., Гоженко О.А. Сучасні технології відновлювального лікування хворих на есенціальну артеріальну гіпертензію // Артериальная гипертензия. — 2011. -№ 1. — С. 57-72.
- 13 Вайханская Т.Г., Мозгова Е.А., Осмоловская Т.В. Качество жизни, когнитивные функции и уровень депрессии у больных с цереброваскулярной патологией // Міжнар. мед. журн. — 2011. — Т. 17, № 1. — С. 8-12.
- 14 J.E. Dimsdale, Psychological Stress and Cardiovascular Disease / Joel E. Dimsdale // Journal of the American College of Cardiology. — 2008. — Vol. 51, №13. — P. 1237–1246.
- 15 Осипова Т. В. Оптимизация антигипертензивной терапии у лиц пожилого и старческого возраста на основе комплексной оценки вегетативной регуляции и темпов старения организма: автореф. дисс. к.м.н.: 14.00.05 / Осипова Татьяна Владимировна. — Смоленск, 2008. — 21 с.
- 16 Антонюк-Щеглова І.А., Шатило В.Б., Турта М.І. Надмірна реакція артеріального тиску при дозованій психоемоційній пробі як пре диктор розвитку серцево-судинної патології у людей літнього віку // Проблемы старения и долголетия. — 2007. — 16, №4. — С. 371-376.
- 17 Воробьева О.В. Расстройства астенического круга у пожилых пациентов / О. В. Воробьева // Consilium Medicum. — 2012. — Т. 14, № 2. — С. 89–91.
- 18 Коваленко І.В., Московко Г.С. Розлади адаптації // Здоров'я України. — 2009. — Берез. (№ 5/1). — С. 57-58.
- 19 Загуровский В.М. Некоторые приемы психотерапевтического вмешательства при неотложных состояниях / В.М. Загуровский // Медицина неотлож. состояний. — 2006. — № 6. — С. 136-138.
- 20 A. Blachnio, L. Buliński. Prejudices and elderly patients' personality – the problem of quality of care and quality of life in geriatric medicine. Med Sci Monit. 2013 Aug 16; 19:674-80.
- 21 Guck TP, Kinney M, Anazia G, Williams MA. Relationship between acceptance of illness and functional outcomes following cardiac rehabilitation. J Cardiopulm Rehabil Prev. 2012 Jul-Aug; 32(4):187-91.
- 22 Magdoń M, Kawecka-Jaszcz K, Klocek M, Lubaszewski W, Betkowska-Korpala B. [Characteristics of personality structure and neurotic disturbances in patients with primary arterial hypertension]. I Kliniki Kardiologii Collegium Medicum UJ. Psychiatr Pol. 1994 Nov-Dec; 28(6):687-700.
- 23 Lin RF, Chang JJ, Lu YM, Huang MH, Lue YJ. Correlations between quality of life and psychological factors in patients with chronic neck pain. Kaohsiung J Med Sci. 2010 Jan;26(1): 13-20.
- 24 Rocha A, Araújo V, Parada F, Maciel MJ, Azevedo A. Age does not determine the physical, functional and psychosocial response to a cardiac rehabilitation program. Rev Port Cardiol. 2011 May; 30(5):479-507.
- 25 Матвиец Л.Г., Чайковская В.В. Влияние стресса на психологическое состояние и ресурсы адаптации гериатрических пациентов с соматической патологией // Актуальные проблемы теории и практики медицины. — 2012. — №4. — С. — 15-21.
- 26 Матвієць Л.Г. Стресовий вплив на ефективність лікування гериатричних пацієнтів з соматичними захворюваннями та способи її підвищення на первинній ланці / Л.Г. Матвієць // Ліки України. — 2012. — №3/4 (1). — С. 49-54.

IU.V. IUDINA<sup>1</sup>, Z.B. SAKIPOVA<sup>2</sup>, G.S. IBADULLAYEVA<sup>3</sup>,

*candidate of pharmaceutical sciences, associate professor of «Industrial pharmacy» National pharmaceutical university, Kharkov, Ukraine<sup>1</sup>, doctor of pharmaceutical sciences, professor KazNMU named after S.D. Asfendiyarov, module leader «Pharmacist technologist»<sup>2</sup>, PhD student by specialty «Technology of pharmaceutical production» of the KazNMU named after S.D. Asfendiyarov, module leader «Pharmacist technologist»<sup>3</sup>, Almaty city*

## STUDIES OF CALENDULA FLOWERS PRESSURE ENHANCED SOLVENT EXTRACTION PROCESS

**Extraction method of separation, concentration and extraction of substances from the aqueous phase into an immiscible organic phase. The method of successive extractions, applicable to the determination in aqueous solution is relatively low extractables in the presence of an excess of related substances extracted easily.**

### ANNOTATION

The article deals with the studying of extraction process of *Calendula officinalis* flowers using pressure enhanced solvent extraction. Was investigated effect of size of raw materials particles, time of extraction, number of working operations on parameters of quality of obtained product and established optimal processing parameters at which quality of product meet given requirements of Ukrainian and European Pharmacopeias.

### INTRODUCTION

On chemical-pharmaceutical enterprises *Calendula* tincture is obtained by simple maceration or percolation by 70% ethanol [3,4].

This method of tincture production do not meet modern requirements, as the time required to obtain the finished product is long enough, and herbal raw material is exhausted only on 70% [1,2].

Pressure enhanced solvent extraction takes conventional solvent based extraction technology to a new level.

The extraction is accomplished by the combination effect of pressure/decompression and forced percolation of the solvent under pressure through the raw material. The extraction cycle alternates between dynamic phases obtained via a programmed pressure and static phases for the transfer of the desired extract into the solvent. This

extraction technique effectively combines the use of solvents and elevated pressures to provide superior yields of high quality extract from naturally occurring materials [5,6].

### OBJECTS AND METHODS OF RESEARCH

As objects of research was selected *Calendula* flowers (*Calendula officinalis* L) (EPH 6-th edition 01/2008:1297).

In our work we investigated the process of extraction of *calendula* flowers by pressurized solvent extraction (PSE) and also developed a technology for obtaining of *calendula* tincture using Timatic Micro of 0,5 l.

Obtained samples were tested according requirements specified in monographs [4,7].

### RESULTS AND DISCUSSION

Completeness and speed of extraction of the active ingredients from the herbal raw material depend on technological properties of the material, difference in the concentrations, time of extraction, the nature of extragent and other factors which should be considered in the extraction process.

Particle size affects the extraction process, because it determines the phase interface between material and the extractant. We studied the influence of raw materials grinding ratio on *Calendula* flowers extraction.

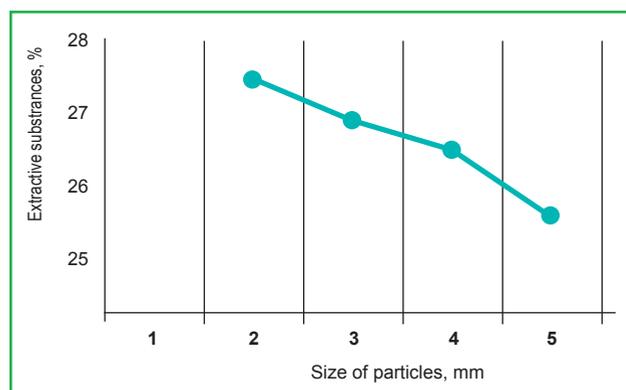


Figure 1 – Release of *calendula* flowers extractive substances depending on size of particles

The results showed that maximal release of extractive substances from the raw material was for particles

with size of 1mm (28,15±0,38%), but too small material grinding leads to contamination by ballast substances and causes difficulties at extraction purification. Raw material with a particle size from 3 to 5 mm has a value of this index with the difference in bias between 27,11±0,47% and 26,08±0,42% respectively. Based on the results of the research was found that the most appropriate use of herbal raw materials with a particle size of 3-5 mm.

For our further studies was used a small-volume Timatic extractor from TecnoLab (Perugia, Italy). The Timatic is a solid-liquid extractor that is being used for industrial production of herbal extracts. According to the manufacturer, percolation is achieved by alternating a dynamic phase during which a preset pressure is being generated, followed by a static phase so that the solvent is pushed into the plant cells and released again. The pressure phase prevents the formation of channels as well as partial over-saturation of the solvent. Another advantage of this equipment is that it can be used for many different liquid solvents. It is semi-automatic, easy to handle, with a well designed display, with an automatic warning system and an automatic cleaning program.

Effect of extraction time on the yield extractive substances. Selection of the optimum extraction time is required to obtain economically profitable tinctures on an industrial scale. Was conducted a series of experiments.

In the extractor was loaded 50±0,5 g of ground calendula flowers, filled 70o ethyl alcohol (the ratio of raw material to extractant 1:10), left for 1 hour for swelling and than extracted 60, 120, 180, 240, 300, 360, 420 minutes. The parameters of the extraction process are shown in table 1.

Table 1 – Process data

Equipment	Timatic Micro 0,5 l, Filter bag 100 micron
Settings	Compression 8 min, decompression 8 min, temperature 20°C, pressure 5 bar
Extraction time	1-6 hours
Calendula flowers	Humidity – 8±0,3%, particle size 3-5 mm, 50±0,5 g each batch

After extraction, the resulting extract was drained and clarified with 48 hours in the refrigerator at 8-10°C. Then the extract was filtered and determined the dry residue. The experimental results are shown in table 2.

Table 2 – Effect of extraction time

Extraction time	Number of working cycle	Dry residue, %
60	4	0,94±0,025
120	8	1,02 ±0,037
180	11	1,13±0,047
240	15	1,25±0,036
300	19	1,31±0,052
360	22	1,48±0,033
420	26	1,56±0,027

The extraction rate was lower than expected. According requirements of reference documentation dry residue in calendula tincture should be not less than 1.7% (EPH) or 2.1% (UPh), In obtained extracts this parameter was in limits 0,94-1,56%, than not satisfied the requirements. Of the possible explanations a too small number of com-

pression-decompression working cycles. Next step of our researches was studying of influence of compression-decompression cycles on yield of dry residue.

Effect of the number of operating cycles on the yield of extractives. Fixed amounts of the drug and 70% ethanol, applying Timatic micro extractor, based on pressure enhanced solvent extraction, were used. Ratio raw material to extractant was 1:10, while the process parameters i.e. compression time, decompression time and the number of cycles were varied (table 3).

Table 3 – Process data

Number of trail	Settings
1	Compression 8 min, Decompression 5min
2	Compression 5 min, Decompression 5 min
3	Compression 5 min, Decompression 2 min
4	Compression 2 min, Decompression 2 min
	Temperature 20±1° C, Pressure 5 bar
Time of extraction	4-6 hours
Calendula flowers	Humidity – 8±0,3%, particle size 3-5 mm, 50±0,5 g each batch

Table 4 – Effect of the number of operating cycles

Working cycle/Time of extraction, h	Number of operating cycle/Dry residue, %		
	240	300	360
1	19/ 1,29±0,035	23/ 1,55±0,038	27/ 1,68±0,028
2	24/ 1,51±0,031	30/ 1,7 ±0,053	36/ 1,95±0,032
3	35/ 1,68±0,043	43/ 1,96±0,047	51/ 2,17±0,041
4	60/ 1,88±0,052	75/ 2,21±0,041	90/ 2,41±0,054

It could be noted that the greatest impact of all the parameters was on dry residue, except that compression decompression time had negative, and number of working cycles had positive effect. Thus, it can be concluded that for obtaining the calendula extract rich in extractive compounds extraction should be conducted on next parameters:

- extractant 70% ethanol;
- raw material grinding ratio 3-5 mm;
- ratio of raw materials and extractant 1:10;
- extraction time 6 hours;
- number of operating cycles – 51.

Thus at such conducting of extracting technological process has significantly reduce the extraction time (compared to 48 hours in conventional percolation). At such conditions of processing finished product meet the requirements of European and Ukrainian Pharmacopeias.

Obtained tincture has been tested for compliance with the requirements of reference documentation. The results are presented in table 5.

As shown the research results obtained tincture meets the requirements of reference documentation on the quality.

## CONCLUSION

Was studied extraction process of Calendula officinalis flowers using pressure enhanced solvent extraction. Was investigated effect of raw materials particles size, extraction time, number of working operations on quality of obtained product. Was established that for obtaining Calendula tincture of appropriate quality extraction should be

Table 5 – Results of Calendula tincture quality parameters determination

Parameter	Calendula tincture	Requirements of monograph
Description	yellowish-brown liquid	yellowish-brown liquid
Dry residue,%	2,17±0,041	minimum of 1.7 per cent
Alcohol content,%	69±1,84	the final alcohol concentration is not less than 90 per cent of that of the initial extraction solvent
Heavy metals	Corresponds	not more 0.001%
Thin-layer chromatography	Corresponds	According to monograph
Methanol and 2-propanol	Corresponds	maximum 0.05% V/V of methanol and maximum 0.05% V/V of 2-propanol
Microbiological purity	Corresponds	no more than 1,000 bacteria and fungi 100

conducted on next parameters: extragent 70% ethanol, raw material grinding ratio 3-5 mm, ratio of raw materials and extragent 1:10, extraction time 6 hours, number of operating cycles – 51. Finished product meets the requirements of European and Ukrainian Pharmacopeias.

### РЕЗЮМЕ

**Ю.В. ЮДИНА<sup>1</sup>, З.Б. САКИПОВА<sup>2</sup>,  
Г.С. ИБАДУЛЛАЕВА<sup>3</sup>,**

*кандидат фармацевтических наук, доцент кафедры «Промышленная фармация» Национального фармацевтического университета, г. Харьков, Украина<sup>1</sup>, доктор фармацевтических наук, профессор КазНМУ им. С.Д. Асфендиярова, руководитель модуля «Фармацевт технолог»<sup>2</sup>, PhD-докторант по специальности «Технология фармацевтического производства» КазНМУ им. С.Д. Асфендиярова, руководитель модуля «Фармацевт технолог»<sup>3</sup>, г. Алматы*

## ИССЛЕДОВАНИЯ ИНТЕНСИФИЦИРОВАННОГО ПРОЦЕССА ЭКСТРАКЦИИ ЦВЕТКОВ КАЛЕНДУЛЫ С ПРИМЕНЕНИЕМ ДАВЛЕНИЯ

В данной статье приведены результаты исследования интенсифицированного процесса экстракции

цветков календулы с применением давления. Было исследовано влияние размера частиц сырья, времени экстракции, количества рабочих циклов на показатели качества готового продукта, установлены оптимальные параметры процесса, при которых качество полученной настойки соответствует требованиям Украинской и Европейской фармакопей.

**Ключевые слова:** Календула лекарственная, настойки, технологии, расширение давления экстракции растворителем.

### ТҮЙІН

**Ю.В. ЮДИНА<sup>1</sup>, З.Б. САКИПОВА<sup>2</sup>,  
Г.С. ИБАДУЛЛАЕВА<sup>3</sup>,**

*фармацевтика ғылымдарының кандидаты, Ұлттық фармацевтикалық университеттің «Өнеркәсіптік фармация» кафедрасының доценті, Харьков қаласы, Украина<sup>1</sup>, фармацевтика ғылымдарының докторы, С.Ж. Асфендияров атындағы ҚазҰМУ-дың профессоры, «Фармацевт технолог» модулінің жетекшісі<sup>2</sup>, С.Ж. Асфендияров атындағы ҚазҰМУ-дың «Фармацевтика өндірісінің технологиясы» мамандығы бойынша PhD-докторанты, «Фармацевт технолог» модулінің жетекшісі<sup>3</sup>, Алматы қаласы*

## ҚЫСЫМДЫ ПАЙДАЛАНА ОТЫРЫП, ҚЫРМЫЗЫ ГҮЛДЕРІНІҢ ЭКСТРАКЦИЯСЫН ҚАРҚЫНДАТУ ҮРДІСІН ЗЕРТТЕУ

Аталмыш мақалада қысымды пайдалана отырып, қырмызы гүлдерінің экстракциясын қарқындалту үрдісінің зерттеу нәтижелері келтірілген. Сондай-ақ дайын өнімнің сапа көрсеткіштеріне шикізат бөлшектері мөлшерінің әсері, экстракциялау уақыты, жұмыс циклы санының әсері зерттеліп, алынған тұнба сапасының Украина және Еуропалық Фармакопейлары талаптарына сәйкес келетін үрдістің оңтайлы параметрлері белгіленді.

**Кілт сөздер:** дәрілік қырмызы, тұнба, технологиялар, еріткішпен экстракцияның қысымын ұлғайту.

### Literature:

1. E. Jimenez-Medina, et al, A new extract of the plant Calendula officinalis produces a dual in vitro effect: cytotoxic anti-tumor activity and lymphocyte activation. BMC Cancer. 2006 May 5;6:119.
2. CDella Loggia R et al. The role of triterpenoids in the topical anti-inflammatory activity of Calendula officinalis flowers. Planta Med 1999; 60: 516-520.
3. European Medicines Evaluation Agency. Herbal Medicinal Products Working Party Draft Core Summary of Product Characteristics for European Pharmacopoeia, 2nd edn. Strasbourg: Maisonneuve, 1980.
4. European Pharmacopoeia, 6rd edn. Strasbourg: Council of Europe, 2009.
5. Final report on the safety assessment of Calendula officinalis extract and Calendula officinalis. Int J Toxicol. 2001;20 Suppl 2:13-20.
6. J. Kenneth, James Pressure enhanced solvent extraction of naturally occurring materials on both the Laboratory and Pilot-scale / The 234th ACS National Meeting, Boston, MA, August 19-23, 2007.
7. Державна фармакопея України / Державне підприємство «Науково-експертний фармакопейний центр». 1-е вид. – Х.:PIPEГ, 2001, 556 с.

## НАДЛЕЖАЩАЯ ПРАКТИКА ФАРМАКОНАДЗОРА ТЕПЕРЬ И В КАЗАХСТАНЕ

Рабочей группе, созданной по инициативе отдела мониторинга побочного действия лекарственных средств Национального центра экспертизы лекарственных средств, изделий медицинского назначения и медицинской техники МЗ РК в целях объединения профессионалов фармацевтической отрасли для улучшения системы фармаконадзора в Казахстане, основывающейся на европейских стандартах, всего несколько месяцев. Но сделано активистами уже немало. Главное, идея получила стопроцентную поддержку участников фармацевтического рынка Казахстана.



*Раушан АГУБАЕВА, руководитель медицинского отдела фармацевтической компании Janssen*

**О** новой инициативе – обустройстве фармаконадзора и мониторинга побочного действия лекарственных средств в Казахстане на европейский манер – рассказывают руководитель рабочей группы Раушан АГУБАЕВА и руководитель медицинского отдела фармацевтической компании Janssen Михаил НИКОНОВ.

**Н.Т.: Итак, давайте знакомиться!**

**М.Н.:** Мне повезло, когда в 2008 году компания Janssen пригласила меня на должность менеджера по фармаконадзору, клиническим исследованиям и комплаенсу. Janssen – фармацевтическое подразделение всем известной компании Johnson & Johnson. Dr. Paul JANSSEN, основатель компании, был признан самым выдающимся фармацевтом XX века. Он изобрел более 80 лекарственных молекул, многие из которых применяются в лечении тяжелых заболеваний. Сегодня я руковожу медицинским отделом этой компании, а курацию фармаконадзора передал своей коллеге – Раушан Агубаевой.

**Р.А.:** В отличие от Михаила, я в компании 8 месяцев, но ощущение, как будто всю жизнь. Фармаконадзор для меня является новой сферой деятельности, привлекающей тем, что безопасность лекарственных средств, на мой взгляд, является архиважной и первостепенной задачей. Реалии таковы, что все мы в тот или иной момент можем стать пациентами, и каждый ожидает от лечения терапевтического эффекта. Мало кто думает о возможном вреде лекарственного препарата. Мне хочется хоть косвенно, но помочь пациентам и врачам рационально, учитывая соотношение риска и пользы, использовать лекарственные средства.

**Н.Т.: Об этой благородной цели много и часто говорили и до вас. Но как и кому пришла в голову мысль создать специальную структуру, которая смогла объединить всех единомышленников?**

**М.Н.:** В марте 2013 года сотрудники отдела мониторинга побочного действия лекарственных средств Национального центра экспертизы лекарственных

средств, изделий медицинского назначения и медицинской техники МЗ РК организовали встречу с ответственными лицами за фармаконадзор фармацевтических компаний. Поскольку я давно занимаюсь этим направлением в Janssen, проходил много тренингов, сотрудники Национального центра обратились ко мне с предложением подготовить презентацию о новом законодательстве Европейского союза по фармаконадзору. Я с радостью принял предложение, и в рамках этого мероприятия родилась идея создать рабочую группу, которая объединила бы профессионалов нашей отрасли с целью улучшить систему фармаконадзора в Казахстане, основываясь на европейском опыте. Вместе со мной в реализации этой идеи участвует моя коллега – Раушан Агубаева. На сегодняшний день она является лидером группы: готовит встречи, разрабатывает их тематику, координирует действия ответственных за подготовку материалов для обсуждения, пишет протоколы встреч и тому подобное.

*Р.А.:* На сегодняшний день нами проведено семь встреч рабочей группы. На каждом ее заседании принимают участие от 13 до 24 человек. Самые активные – представители компаний Novartis, Sandoz KZ, Takeda, Astellas, Abbott, Santo, KazdinPharma, Actavis, Gedeon Richter LTD, Grindex, Sanofi, Boehringer Ingelheim, GlaxoSmith Kline. Судя по тому, с каким интересом они вникают в проблему, мы уверены, что в этих компаниях вопросам безопасности и эффективности лекарственных средств уделяется и будет уделяться самое пристальное внимание. Так как на сегодняшний день не все участники рабочей группы обладают полным объемом информации о фармаконадзоре, то их коллеги, более «продвинутые» в этом вопросе, проводят для них презентации, в ходе которых рассматриваются модули GVP, утвержденные в Евросоюзе.

Хочу сказать, что нашими главными советчиками, учителями и консультантами являются начальник отдела мониторинга побочного действия лекарственных средств НЦЭЛС, академик НАН РК Р.С. КУЗДЕНБАЕВА и эксперт этого же подразделения З.А. АЙТБАЕВА. Всеми нами уважаемая Раиса Салмаганбетовна – организатор и вдохновитель всей системы фармаконадзора Казахстана. У нее колоссальный опыт в этой сфере деятельности, поэтому все мы в буквальном смысле «ловим» каждое слово мэтра отечественной фармакологии. Эксперты оказывают неоценимую помощь в реализации наших планов. Без их участия и поддержки у нас мало что получилось бы.

***Н.Т.:* Какие вопросы обсуждаются на заседаниях рабочей группы?**

*Р.А.:* Основной темой для обсуждения в настоящее время является новое европейское законодательство, а именно GVP (Good Pharmacovigilance Practice) – Надлежащая практика фармаконадзора. Мы думаем, каким образом адаптировать эти европейские нормы к нашим условиям, какие новые законодательные акты,



*Михаил НИКОНОВ, руководитель медицинского отдела фармацевтической компании Janssen*

регулирующие систему фармаконадзора в Казахстане, предстоит разработать и принять отечественным законодателям. На сегодняшний день нами обсуждены и согласованы определения фармаконадзора для новых законов, разработан проект карты-сообщения о нежелательных явлениях в процессе применения препаратов. Самое важное для нас – разобраться в том, что из нового европейского законодательства можно внедрить в Казахстане уже сегодня.

***Н.Т.:* Да, и тут, возможно, нам всем придется менять менталитет. Уж очень прочна среди нас позиция – «Моя хата с краю».**

*М.Н.* Да, нам многое предстоит поменять в традиционном отношении к этой службе, которая в странах Евросоюза котируется очень высоко. Сегодня далеко не в каждой казахстанской фармкомпании есть сотрудник, который отвечает только за фармаконадзор. А если он есть в штате, то, как правило, делит эту функцию с другими, например, регистрацией ЛС, процесс которой отнимает практически все рабочее время. Перед этими сотрудниками стоит непростая и в чем-то деликатная задача: нужно поднять уровень ответственности своих коллег за предоставление своевременной и честной информации о возможных нежелательных реакциях на реализуемые препараты. С той же целью найти взаимопонимание через своих коллег с врачами и провизорами, убедить их, наконец-то, в необходимости честно и без боязни за последствия заполнять так называемые «Желтые карты», к чему призывает всех нас на каждой встрече наш уважаемый наставник, академик Раиса Кузденбаева. Не-

обходимо также повышать осведомленность пациентов в вопросах безопасности и эффективности ЛС, убедить, что сообщать обо всех нежелательных реакциях на применяемые ими препараты значит заботиться о собственном здоровье. Ведь большинство пациентов не читают инструкции по медицинскому применению препаратов и не обращают внимания на возникающие нежелательные явления, которые могут вызвать осложнения, угрожающие жизни. Сотрудники отдела мониторинга побочного действия лекарственных средств каждый день отслеживают сообщения о случаях нежелательных реакций на сайтах международных и европейских ассоциаций. Если эти препараты зарегистрированы у нас в стране, то публикуют эти данные на страницах специализированных СМИ, в первую очередь, в журнале «Фармация Казахстана». А в последующем принимаются соответствующие решения в целях предупреждения риска при применении лекарств. Но вопрос в том, доходит ли эта информация до рядовых потребителей лекарств? Необходимо создать понятную, достоверную систему информирования населения о побочных реакциях ЛС.

**Н.Т.:** Да, цели перед вашей рабочей группой поставлены глобальные.

**Р.А.:** Когда цели поставлены ясные, конкретные и, главное, важные для всего общества, то гораздо легче двигаться вперед. Для себя мы определили ряд первоочередных задач:

- Образовательная и просветительская. Необходимо понять и разъяснить участникам фармацевти-

ческого рынка, что такое мониторинг побочного действия лекарственных препаратов и фармаконадзор и для чего он нужен.

- Законодательная. Конечная цель – внедрение новой, адаптированной к европейским требованиям, системы фармаконадзора в РК.

- Повышение ответственности всех участников системы фармаконадзора. Это врачи, провизоры, пациенты, фармацевтические компании и государственные органы.

Если нам удастся объединить усилия всех фармацевтических компаний, работающих на рынке Казахстана, для становления и развития Фармаконадзора РК, то мы будем считать свою миссию выполненной. Уверены, что нам это удастся!

**М.Н.:** В конечном итоге нам хочется максимально приблизить систему фармаконадзора нашей страны к западным стандартам. К сожалению, сейчас есть серьезное отставание. Для решения этой проблемы нам надо объединить усилия представителей фармацевтической, медицинской и фармацевтической обществ, государственных органов. Безопасность лекарственных средств в итоге должна «внедриться» в сознание всех людей, а репортация нежелательных явлений должна быть нормой культуры поведения. Стать активным участником будущего фармаконадзора нашей республики может каждый из вас! Не упустите свой шанс!

Наталья ТОДОРОВА

## БЕЗОПАСНОСТЬ ЛЕКАРСТВ

### Цефтриаксон: анальгетический эффект

Однократный профилактический прием цефтриаксона перед операцией снижает интенсивность боли в постоперационном периоде. Таковы выводы исследования итальянских ученых, опубликованные в журнале Американского общества по изучению боли (American Pain Society) – The Journal of Pain. Предыдущие исследования доказали, что лекарственные препараты, усиливающие клиренс глутамата, могут быть эффективны в лечении хронической боли. В экспериментах на животных цефтриаксон – антибиотик группы цефалоспоринов – оказался способен уменьшать и висцеральную, и невропатическую боль. Цефтриаксон часто назначается в стационарах при подготовке пациентов к операции, чтобы снизить риск постоперационных инфекционных осложнений. Исследователи из Университета Сапиенза (University Sapienza) в Риме впервые решили проверить, оказывает ли предоперационное назначение цефтриаксона анальгезирующий эффект в постоперационном периоде. В исследовании приняли участие 45 пациентов, оперируемых по поводу туннельного синдрома запястья или сдавления локтевого нерва. Перед операцией одной трети пациентов ввели физраствор, второй трети – физраствор с добавлением цефтриаксона, третьей – физраствор с добавлением антибиотика цефазолина. Все инъекции были произведены за 1 ч. до операции. Реакция пациента на боль была измерена за 10 мин. до инъекций и спустя 4-6 ч. после операции. В течение первых 6 ч. постоперационного периода пациенты не получали никаких анальгетиков. Результаты исследования показали, что пациенты, которым вводили только физраствор или физраствор с добавлением цефазолина, реагировали на боль после операции точно так же, как и до инъекций. Однако у пациентов, получивших дозу цефтриаксона, чувствительность к боли заметно снизилась. Исходя из полученных данных, исследователи рекомендуют использовать цефтриаксон в качестве препарата выбора для профилактики инфекции после операции, связанной с выраженным болевым синдромом в постоперационном периоде.



labclinpharm.ru

УДК 616. 5: 579.8-577.18.079

**С.Я. ЖИГАЙЛО<sup>1</sup>, Л.Ю. БУРМАГИНА<sup>2</sup>, Н.Н. ВАЛЯЕВА<sup>3</sup>, Н.В. ОСТАПЧУК<sup>4</sup>,**  
*врач лаборант<sup>1</sup>, врач дерматовенеролог<sup>2</sup>, врач дерматовенеролог<sup>3</sup>, врач лаборант<sup>4</sup>, КГП «Рудненская  
 городская больница», Костанайская область*

## КУЛЬТУРАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА МИКОПЛАЗМЕННОЙ ИНФЕКЦИИ С ОПРЕДЕЛЕНИЕМ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ К АНТИБИОТИКАМ

Согласно рекомендациям отечественных и зарубежных специалистов, лечение воспалительных заболеваний уrogenитального тракта, ассоциированных с генитальными микоплазмами, проводится при обнаружении их в диагностически значимых титрах (более 10x4 ЦОЕ/мл) и при наличии клинических симптомов заболевания [2].



### АННОТАЦИЯ

В течение 2012 года было обследовано бактериологическим методом на *Mycoplasma genitalium* 288 обратившихся пациентов и на *Ureaplasma urealyticum* – 550. Положительный результат на микоплазму был в 54 случаях – 18% посеваемости, на уреоплазму – в 165 случаях (30%). Микоплазмозом чаще всего поражаются мужчины – в 60% случаев, а уреоплазмозом – женщины (в 60% случаев). Проведены исследования по определению чувствительности к антибиотикам; выявлено, что штаммы микоплазменной инфекции обладают наибольшей чувствительностью к макропену (90%), сумамеду (85%), джозамицину (80%), офлоксацину (80%).

**Ключевые слова:** культуральная диагностика, микоплазменная инфекция, микоплазма, уреоплазма.

### ВВЕДЕНИЕ

Микоплазменные инфекции это заболевания, передающиеся половым путем. Название «уреоплазма» происходит от способности возбудителя продуцировать фермент – уреазу, расщепляющую мочевины. Посеваемость данного микроорганизма у больных хроническим сальпингитом – 39,4%, бесплодием – 30%, у лиц с самопроизвольными выкидышами – 29,9%, у беременных, страдающих эндоцервицитом и эрозией шейки матки – 37,7%, у беременных с вагинитом – 50,8%, у беременных с пиелонефритом – 66,7%, у беременных и небеременных женщин без воспалительных заболеваний половых органов – 14,7% и 22,9% соответственно [1].

В уrogenитальном тракте человека обитает, по меньшей мере, 7 видов микоплазм, из них патоген-

ным потенциалом обладают *Mycoplasma hominis*, *Ureaplasma urealyticum*, *Mycoplasma genitalium* [3].

По мнению большинства исследователей, если присутствуют клинико-лабораторные признаки воспалительного процесса, протекающего в органах мочеполовой системы, а также в случае выявления *U. urealyticum* и/или *M. hominis* в количестве, превышающем 10 (4) КОЕ/мл, то рекомендуется применение антибиотиков с обязательным определением чувствительности пациента к конкретным препаратам.

*Mycoplasma genitalium*. Подвижна, разлагает глюкозу и растет на обогащенных питательных средах медленно. Самая мелкая из известных на сегодняшний день бактерий. Ее геном составляет 580 КВР, коллоидной формы; использует удлинённую терминальную структуру для прикрепления к поверхности клетки и обеспечивает скользкое движение, имеет белок MgPa [4].

*Mycoplasma*. Преимущественно инфицирует эпителий уrogenитального тракта. Повреждение ткани, индуцируемое *Mycoplasma genitalium*, лишь частично может быть отнесено на счет микоплазменных токсических и вредных метаболитов, таких как перекись водорода, супероксидаза.

*Ureaplasma urealyticum*. Разлагает мочевины, на поверхности агар образует очень малые колонии (0,01– 0,03 мм), за что ранее обозначалась как Т-микоплазма. При выделении от больных иногда растет медленно (48-72 часа). При защелачивании среды за счет разложения мочевины и накопления аммиака клетки *Ureaplasma urealyticum* быстро погибают. О наличии роста в бульоне судят по изменению цвета индикатора, так как среда даже при титре 10 × 7 – 10 × 8 остается прозрачной.

Уреаплазмы делятся на 2 вида: *Ureaplasma urealyticum* и *U. parvum*. Микоплазма и уреоплазма колонизируют у мужчин преимущественно уретру и крайнюю плоть, у женщин – влагалище, реже шейку матки и уретру. Их часто выделяют от здоровых людей. У 50% здоровых женщин выделяется *Ureaplasma urealyticum*, а *Mycoplasma genitalium* – у 20,8%. Распространенность *Mycoplasma genitalium* составила 20,8% среди пациентов с негонорейным уретритом и 5,9% – среди пациентов контрольной группы [4,5].

### ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Изучение вопроса эпидемиологической диагностики заболеваний, вызванных микоплазменной инфекцией, бактериальным методом с учетом антибиотико-

граммы для улучшения эффективности лечения пациентов.

### МЕТОДЫ И МАТЕРИАЛЫ

Для диагностики микоплазменной инфекции используют 3 метода исследования:

- культуральный;
- иммунологический (для выявления антигенов микоплазм и антител к ним);
- молекулярно-биологический.

Мы использовали культуральный метод исследования. Прописи питательных сред, используемых для выделения микоплазм и методики посева и культивирования, приведены в специальных руководствах [6].

При уrogenитальных инфекциях материалом исследования являются:

- центрифугат средней порции утренней мочи;
- соскобы со слизистой уретры;
- свод влагалища, цервикального канала;
- мазки-отпечатки тканей, органов, abortных и мертворожденных плодов.

При простатите исследуют секрет простаты, при бесплодии мужчин – сперму.

Достоинством культурального метода являются 100-процентная возможность получения чистой культуры для дальнейшего исследования выделенных штаммов, в частности, для проведения антибиотико-чувствительности. Недостатком является длительность исследования, сложность выделения некоторых патогенных штаммов, наличие «некультивируемых» микоплазм, не способных расти в отсутствие живых клеток [6].

Культуральная диагностика микоплазмоза и уреоплазмоза включает в себя 4 основных этапа:

- транспортировку исследуемого образца от больного до лаборатории в специальной транспортной среде;
- подращивание уrogenитальных микоплазм на жидких селективных средах;
- подтверждение положительных результатов микоплазмоза и уреоплазмоза путем посева на селективные плотные среды;
- определение антибиотико-чувствительности выделенных штаммов уrogenитальных микоплазм с использованием жидких селективных сред и с антибиотиками.

Во избежание ошибок диагностики микоплазменной инфекции используем два метода: выявление антигена микоплазм и культуральный. При необходимости отправляем биосубстрат на ПЦР-диагностику в Костанайский областной кожно-венерологический диспансер.

Посев исследуемого материала производили на плотные питательные среды. В такой среде *Mycoplasma genitalium* напоминает «яичницу-глазунью». *Mycoplasma genitalium* растет 3-5 дней, *Ureaplasma urealyticum* – 2-3 дня. На жидкой питательной сре-

де данные возбудители растут, меняя цвет с желтого на зеленый. Диагностический тест основан на ферментативной активности данных возбудителей. *Ureaplasma urealyticum* расщепляет мочевину, а *Mycoplasma genitalium* – аргинин или глюкозу, в зависимости от вида возбудителя.

В нашей лаборатории культуральным методом с помощью жидких питательных сред диагностируется *Mycoplasma genitalium* и *Ureaplasma urealyticum*. В качестве исследуемого материала используется содержимое влагалища, цервикального канала шейки матки, уретры, иногда моча и сперма.

Вагинальные образцы отбирали, удалив излишек слизи с экзоцервикса. Для взятия эндоцервикального образца используют пинцет и желобовидный зонд. У беременных женщин материал для посева брали с экзоцервикса.

Уретральные образцы отбирали после очищения наружного отверстия мочеиспускательного канала путем соскоба со слизистой оболочки ложкой Фолькмана, через три часа после последнего мочеиспускания. Для посева можно использовать первую порцию мочи. Сперму использовали путем прямой инокуляции.

### РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

В течение 2012 г. в микробиологической лаборатории Рудненской городской больницы было обследовано бактериологическим методом на *Mycoplasma genitalium* 288 обратившихся пациентов и на *Ureaplasma urealyticum* – 550. Положительный результат на микоплазму был в 54 случаях – 18% высеваемости, на уреоплазму – в 165 случаях, то есть в 30% высеваемости (таблица 1).

Таблица 1 – Высеваемость микоплазменных инфекций

№	Данные	M. genitalium	U. urealyticum
1	Всего обследовано	288	550
2	Из них положительных	52	165
3	Положительные результаты, в %	18%	30%

По нашим данным, микоплазмозом чаще всего страдают мужчины (в 60% случаев), а уреоплазмозом – женщины (в 60% случаев) (таблица 2).

Таблица 2 – Половой состав положительно обследованных пациентов на микоплазменные инфекции

№	Вид возбудителя	Женщины		Мужчины	
		Количество обследованных	%	Количество обследованных	%
1	<i>Ureaplasma urealyticum</i>	99	60	66	40
2	<i>Mycoplasma genitalium</i>	21	40	31	59,6

Следующий этап бактериологического исследования – определение антибиотикочувствительности диско-диффузным методом. Тест на антибиотикочувствительность проводили согласно общепринятым методикам [7,8]. В настоящее время для лечения воспалительных процессов, связанных с *Muco-*

*plasma genitalium*, применяются препараты тетрациклинового ряда, макролиды, фторхинолоны, амингликозиды.

Для постановки теста чувствительности уреоплазменной инфекции к антибиотикам нами был использован комплемент для определения чувствительности урогенитальных микоплазм к антибиотикам. Всего на микоплазменную инфекцию было сделано 364 анализа (на определение чувствительности к антибиотикам), уреоплазменную инфекцию – 560 анализов.

При проведении теста на определение чувствительности мы использовали антибиотики: сумамед, джозамицин, рулидон, макропен, офлоксацин, клиндамицин, доксициклин и контроль роста (таблица 3).

Таблица 3 – Чувствительность микоплазменной инфекции к антибиотикам

Вид антибиотика	Чувствительные		Слабочувствительные		Устойчивые	
	Абсолютное число	%	Абсолютное число	%	Абсолютное число	%
Сумамед	167	85	19	9	9	5
Джозамицин	158	80	30	15	7	3
Рулидон	30	15	148	75	17	8
Макропен	177	90	18	8	-	-
Офлоксацин	158	80	32	16	5	2
Клиндамицин	55	28	130	6	10	5
Доксициклин	150	75	45	-	-	-

Всего обследовано на чувствительность к микоплазменной инфекции 217 человек. У 2 человек нет роста флоры. Из таблицы 3 видно, что штаммы микоплазменной инфекции обладают наибольшей чувствительностью к макропену (90%), сумамеду (85%), джозамицину (80%) и офлоксацину (80%). Высокая чувствительность к доксициклину (75%), а рулидон и клиндамицин оказались менее чувствительны (15-28%).

От микоплазменной инфекции пролечено 162 пациента. 74 больным назначалась антибиотикотерапия с учетом чувствительности, подобранной бакпосевом. В этой группе эрадикация микоплазменной инфекции наблюдалась у 68 больных (92%), 88 больным проведено лечение без учета чувствительности. Эффект лечения наблюдался у 57 больных (64%).

### ВЫВОДЫ

Таким образом, вопросы эпидемиологической диагностики заболеваний, вызванных микоплазменной инфекцией, до сегодняшнего дня остаются недостаточно изученными. Учитывая рост числа штаммов микоплазменной инфекции, устойчивых к антибиотикам, назначение этиотропной терапии с проведением антибиотикограммы улучшает эффективность лечения на 28%.

Существует выраженная вариабельность в выборе врачами антибактериальных препаратов.

**ТҮЙІН**

**С.Я. ЖИГАЙЛО<sup>1</sup>, Л.Ю. БУРМАГИНА<sup>2</sup>,  
Н.Н. ВАЛЯЕВА<sup>3</sup>, Н.В. ОСТАПЧУК<sup>4</sup>,**

*зертханашы дәрігер<sup>1</sup>, дерматовенеролог дәрігер<sup>2</sup>,  
дерматовенеролог дәрігер<sup>3</sup>, зертханашы дәрігер<sup>4</sup>,  
«Рудный қалалық ауруханасы» КМК, Қостанай облысы*

**МИКОПЛАЗМАЛЫҚ  
ИНФЕКЦИЯНЫҢ АНТИБИОТИККЕ  
СЕЗІМТАЛДЫЛЫҒЫН  
АНЫҚТАУМЕН ЖҮРЕТІН  
КУЛЬТУРАЛДЫҚ ДИАГНОСТИКАСЫ**

2012 жыл бойынша *Mycoplasma genitalium* 288 науқас, *Ureaplasma urealyticum* 550 адам бактериологиялық әдіспен зерттелді. Микоплазмаға 54 жағдайда 18% өсу анықталса, уреоплазмаға 165 жағдайдың 30% өсу анықталды. Микоплазмозбен ер адамдардың 60% жағдайда жиі шалдықса, ал уреоплазмозбен әйелдер 60% жағдайда жиі зақымдалады екен. Антибиотиктерге сезімталдылығын анықтау бойынша зерттеулер жүргізілді, нәтижесінде микоплазмалық жұқпа макропенге (90%), сумамедке (90%), джозамицинге (80%), офлоксацинге (80%) жоғары сезімталдылығы анықталды.

**Кілт сөздер:** культуралдық диагностика, микоплазмалық жұқпа, микоплазма, уреоплазма.

**SUMMARY**

**S.YA. ZHIGAYLO<sup>1</sup>, L.Y. BURMAGINA<sup>2</sup>,  
N.N. VALYAIEVA<sup>3</sup>, N.V. OSTAPCIUC<sup>4</sup>,**

*physician assistant<sup>1</sup>, dermatovenerologist<sup>2</sup>,  
dermatovenerologist<sup>3</sup>, physician assistant<sup>4</sup>,  
Rudnenskii Hospital, Kostanay region*

**THE CULTURE  
DIAGNOSIS OF MYCOPLASMA  
INFECTION WITH THE DEFINITION  
OF SENSITIVITY  
TO ANTIBIOTICS**

During 2012, were examined by bacteriological method for *Mycoplasma genitalium* 288 applied to the patient and *Ureaplasma urealyticum* – 550. Positive for mycoplasma was in 54 cases – 18% of inoculation on ureaplasma – in 165 cases ( 30%). Mycoplasmosis most often affects men – 60%, and ureaplasmosis women – in 60% of cases. Studies were conducted on determining antibiotic susceptibility showed that strains of *Mycoplasma* infections have the greatest sensitivity to macropenu (90% ) SUMAMED (85%), josamycin (80%), ofloxacin (80%).

**Keywords:** culture diagnostics, mycoplasma infection, mycoplasma, ureaplasma.

**Литература:**

- 1 А.М. Дощанова. Консервативная гинекология. Клинические лекции – 2006 – с. 28-32.
- 2 Микоплазмы человека и микоплазменные инфекции. Клиническая лабораторная диагностика. / Раковская И.В. // 2005. – №3 – с. 25-34.
- 3 Роль микоплазм в урогенитальной патологии женщин и их половых партнеров / А.М. Савичева, В.Н. Прилепская, Е.В. Соколовский, В.И. Кисина. // Журнал акушерства и женских болезней. – 2008. – №1 – с. 11-22.
- 4 Роль генитальных микоплазм в воспалительных процессах урогенитального тракта у детей / М.Р. Рахматулина, И.С. Касаткина // Вестник последипломного медицинского образования. – 2009. – №1. – с. 33-34.
- 5 Приказ Минздрава СССР от 22.04.85 № 535 «Об унификации микробиологических (бактериологических) методов исследования, применяемых в клинико-диагностических лабораториях лечебно-профилактических учреждений».
- 6 Поляк М.С. Теория и практика определения чувствительности микроорганизмов к противомикробным препаратам диффузионным методом. / Клини. лаб. диагностика. – 2003. – № 1. – с. 25-32.; По определению чувствительности микроорганизмов к антибиотикам методом диффузии в агар с использованием дисков. // МУК МЗ СССР № 2675-80. – М., 1983. – с. 15.
- 7 Современные питательные среды в микробиологии. Методические рекомендации / Баймуратова М.А., Абдусаламова З.С. // Алматы – 2012 – с. 101.

**БЕЗОПАСНОСТЬ ЛЕКАРСТВ**

**Ламотриджин+окскарбазепин**

В исследовании у здоровых мужчин-добровольцев (n=13) при приеме окскарбазепина (600 мг дважды в день) и ламотриджина (200 мг один раз в день) AUC и C<sub>max</sub> окскарбазепина и его активного метаболита 10-моногидрокси-окскарбазепина существенно не отличались от таковых в группе здоровых мужчин-добровольцев, получавших только окскарбазепин (n=13). Аналогично AUC и C<sub>max</sub> ламотриджина были сходными как в группе, принимавшей сочетанно окскарбазепин и ламотриджин, так и в группе, получавшей только ламотриджин. Ограниченные клинические данные свидетельствуют о более высокой частоте возникновения головной боли, головокружения, тошноты и сонливости при одновременном применении этих противосудорожных средств по сравнению с отдельным приемом только ламотриджина или только окскарбазепина.

[rxlist.com](http://rxlist.com)



## ПИЕЛОНЕФРИТ БЕРЕМЕННЫХ

**Почки выполняют роль фильтра в организме и, учитывая современный образ жизни, испытывают колоссальные нагрузки, что нередко приводит к нарушению в их работе, в том числе к развитию пиелонефрита. По статистике, женщины страдают этим заболеванием в пять раз чаще, чем мужчины, и в 12% случаев заболевание развивается в период беременности по разным причинам.**



**П**иелонефрит по своей частоте превосходит все почечные болезни вместе взятые. Согласно статистике, в среднем 1% людей на земле ежегодно заболевает пиелонефритом.

### ЭТИОЛОГИЯ

Пиелонефрит – заболевание бактериальной природы, однако специфического возбудителя не существует. Пиелонефрит вызывают различные микроорганизмы – бактерии, вирусы, грибы. Наиболее часто этиологическим агентом пиелонефрита являются грамотрицательные и грамположительные условные патогены, многие из которых – часть нормальной микрофлоры человека. Наиболее значимыми возбудителями острого пиелонефрита являются *E. coli*, *Proteus spp.*, *P. aeruginosa*, *Enterobacter spp.*, *Staphylococcus spp.*, *Enterococcus faecalis*.

### ДИАГНОСТИКА

Острый пиелонефрит только у 17,6% больных является первичным, у 82,4% – вторичным. Поэтому алгоритм диагностики должен ответить на следующие вопросы: функция почек и состояние уродинамики, стадия, форма пиелонефрита. В алгоритм экстренных исследований включают анализ жалоб больного и сбор анамнеза, клинико-лабораторное обследование, комплексное ультразвуковое исследование с применением доплерографии, рентгенологическое исследование.

Улучшение качества диагностики острого пиелонефрита и уменьшение количества диагностических ошибок возможно только при использовании комплексного подхода, в основе которого лежат жалобы больного, анамнез заболевания и клинико-лабораторные данные. При установлении диагноза острый пиелонефрит на основании жалоб больного на повышение температуры, боли в поясничной области, наличие лейкоцитурии, бактериурии необходимо исключить нарушение уродинамики с помощью ультразвукового исследования (УЗИ) с доплерографией, экскреторной урографии (ЭУ).

Для пиелонефрита типична триада симптомов: повышение температуры, боль в поясничной области и расстройства мочеиспускания. Пиелонефрит может иногда проявляться только повышением температуры. В этих случаях можно поставить диагноз, используя лабораторную и инструментальную диагностику, то есть анализы крови, мочи, УЗИ, внутривенную урографию. Для получения правильных результатов анализа мочи необходимо собирать среднюю ее порцию при мочеиспускании и сдавать сразу после сбора.

Бессимптомная бактериурия, подтвержденная двумя последовательными посевами мочи (по мнению большинства исследователей) – показание к антибактериальной терапии препаратами, к которым установлена чувствительность *in vitro*. Большинству больных достаточно 7-дневного курса.

### АНТИБАКТЕРИАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ

Результаты лечения острого пиелонефрита зависят от правильности выбора метода лечения, своевременности дренирования почки и адекватности антибактериальной терапии. При остром пиелонефрите в начале лечения антибактериальная терапия всегда бывает эмпирической. Необходимо правильно подобрать антибиотик или рациональную комбинацию препаратов, дозу и способ введения. Стартовая эмпирическая терапия острого пиелонефрита должна быть своевременной, то есть максимальной ранней.

При пиелонефрите, в первую очередь, поражается межпочечная ткань почки. Следовательно, необходимо создать высокую концентрацию антибиотика в ткани почки. Для адекватной антибактериальной терапии важно выбрать антибиотик, с одной стороны действующий на «проблемные» микроорганизмы, с другой – накапливающийся в почках в необходимой концентрации. Поэтому можно назвать ошибкой назначение при остром пиелонефрите таких препаратов, как нитрофураны, нефторированные хинолоны, нитроксолин, тетрациклины, хлорамфеникол, концентрация которых в крови и тканях почки обычно ниже значений МПК основных возбудителей заболевания. Не могут быть рекомендованы для эмпирической монотерапии аминопенициллины (ампициллин, амоксициллин), цефалоспорины I поколения (цефалексин, цефазолин), аминогликозиды (гентамицин), так как резистентность основного возбудителя пиелонефрита – кишечной палочки – к этим препаратам превышает 20%.

Наиболее неблагоприятно воздействие антибиотиков в первом триместре беременности, когда идет закладка всех органов и систем ребенка. Поэтому, если возможно, лечение антибиотиками переносится на второй триместр. Если же такой возможности нет (то есть когда лечение необходимо срочно), врач назначает наименее токсичные антибиотики и строго контролирует состояние будущей мамы и малыша.

### ПИЕЛОНЕФРИТ ПРИ БЕРЕМЕННОСТИ

Пиелонефрит обнаруживают у 3-8% беременных (у 70% – односторонний, чаще справа, у 30% – двусторонний). При первой беременности пиелонефрит обычно начинается на четвертом месяце, при повторной – на шестом-седьмом. Пиелонефриты беременных развиваются вследствие снижения тонуса и перистальтики мочеточников и функциональной недостаточности пузырно-мочеточниковых клапанов. Происходит изменение гемодинамики почки: снижается кортикальный почечный кровоток, развивается фле-

бостаз в медуллярной зоне. Также играет роль сдавление мочеточников увеличенной маткой, особенно при анатомически узком тазе, многоводии, крупном плоде.

Большинство препаратов проникает через плаценту за счет диффузии и/или активного транспорта. Эффективность проникновения зависит от размера лекарственных частиц (вещества с низким молекулярным весом проникают быстрее), растворимости в липидах, степени ионизации и связывания с белком, а также от толщины плацентарной мембраны и скорости кровотока в плаценте. В целом, при увеличении срока беременности, прохождение лекарств через плаценту в кровоток плода и амниотическую жидкость увеличивается.

При беременности антибактериальная терапия должна быть безопасной для плода. В I триместре беременности применяют бензилпенициллин, оксациллин, ампициллин, фурадонин. Со II триместра возможно применение цефалоспоринов, эритромицина, нитроксолина. Эффекты фторхинолонов и нового поколения макролидов (азитромицина, рокситромицина) при беременности изучены мало. Абсолютно противопоказаны беременным стрептомицин (нефро- и ототоксический эффекты), левомицетин (миелотоксический эффект), тетрациклин (гепатотоксический эффект, нарушение формирования костной системы и зубов). Противопоказаны сульфаниламиды, так как на фоне их применения отмечены агранулоцитоз, гемолитическая желтуха у плода, врожденные уродства. У кормящих женщин в грудном молоке в невысокой концентрации накапливаются пенициллины, цефалоспорины, фурадонин. Эритромицин накапливается в молоке в концентрациях, в 20 раз превышающих содержание его в сыворотке крови матери. При лактации противопоказано применение аминогликозидов, левомицетина, тетрациклинов, сульфаниламидов, котримоксазола.

### МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ

Не следует сочетать бактерицидные препараты (например, пенициллины, цефалоспорины) с бактериостатическими (тетрациклины, макролиды) вследствие ослабления антибактериального действия.

Лечение острого пиелонефрита должно быть комплексным, включающим следующие аспекты:

- устранение причины, вызывающей нарушение уродинамики;
- антибактериальная, дезинтоксикационная, иммунорегулирующая и симптоматическая терапия;
- как диагностика, так и выбор метода лечения должны осуществляться в кратчайшие сроки.

Лечение острого пиелонефрита преследует цель сохранения почки, профилактики уросепсиса и возникновения рецидивов заболевания

Критерии эффективности антибактериального лечения – клинические (нормализация температуры тела, исчезновение болевых и дизурических явле-

ний, ликвидация лейкоцитурии) и бактериологические (отрицательные результаты бактериологического исследования мочи после лечения). При полном отсутствии положительной динамики клинических симптомов в течение 3 дней антибиотик подлежит замене. При сохранении бактериурии антибактериальную терапию продолжают со сменой антибиотика.

### ПРОФИЛАКТИКА ПИЕЛОНЕФРИТА

Важны своевременная ликвидация очагов инфекции, выявление бактериурии, назначение соответствующих антибактериальных препаратов. Необходима коррекция нарушений уродинамики.

Для профилактики первичного пиелонефрита необходима ликвидация в организме инфекционных очагов потенциальных источников гематогенного заноса микроорганизмов в почку. При вторичном – своевременное лечение тех урологических заболеваний, течение которых осложняется пиелонефритом, устранение всех причин, приводящих к нарушению оттока мочи из верхних мочевых путей.

У всех беременных в I триместре необходимо проведение бактериологического исследования мочи. При выявлении бактериурии назначают антибак-

териальную терапию пенициллинами или нитрофуранами. В дальнейшем исследование мочи проводят ежемесячно до родов.

В настоящее время спектр применяемых при пиелонефрите антибактериальных препаратов довольно широк и включает в себя антибиотики (полусинтетические пенициллины, цефалоспорины I, II, III поколения, аминогликозиды), сульфаниламиды, нитрофураны, производные налидиксовой и пипемидиновой кислот, хинолоны, фторхинолоны, растительные антисептики.

### АНТИБАКТЕРИАЛЬНЫЕ ПРЕПАРАТЫ ПРИ ПИЕЛОНЕФРИТЕ

При неосложненном, впервые выявленном пиелонефрите назначают полусинтетические пенициллины (ампициллин, амоксициллин), цефалоспорины I (цефалексин) или II поколения (цефаклор, цефуросим), сульфаниламиды (котримоксазол). При тяжелом, осложненном течении и при подозрении на госпитальную флору (в качестве возбудителя) предпочтительными являются цефалоспорины III поколения (цефотаксим, цефтазидим), карбопенициллины, аминогликозиды (гентамицин, тобрамицин, амикацин), карбопенемы (имипенем), фторхинолоны (офлоксацин, норфлоксацин, ципрофлоксацин).

При пиелонефрите беременных наиболее безопасным считается применение амоксициллина, ампициллина, цефалоспоринов I поколения. Для противоречивой терапии могут использоваться нитрофураны, производные налидиксовой кислоты и производные оксихинолина.

## БЕЗОПАСНОСТЬ ЛЕКАРСТВ

### Клинический опыт применения лансопразола

Клинический опыт применения лансопразола (Ланцид) позволил выявить ряд нежелательных явлений, наблюдавшихся у пациентов при амбулаторном режиме приема препарата и возникавших менее чем в 1% случаев.

Общие расстройства: астения, аллергические реакции, вздутие живота, боли в спине, груди, шее, тазу; отеки, лихорадка, гриппоподобный синдром, озноб.

Со стороны сердечно-сосудистой системы: стенокардия, аритмия, брадикардия, артериальная гипертензия, артериальная гипотензия, тахикардия, коллапс, синкопальные состояния, инфаркт миокарда. Со стороны эндокринной системы: сахарный диабет, гипотиреоз, тиреотоксикоз. Со стороны кроветворной и лимфатической системы: анемия, гемолиз, лимфаденопатия. Метаболические нарушения: авитаминоз, дегидратация, подагра, гипергликемия, гипогликемия, периферические отеки, потеря веса. Со стороны костно-мышечной системы: артралгии, артриты, мышечные судороги, миалгия, миастения, синовиты. Со стороны респираторной системы: астма, бронхит, диспноэ, кровохарканье, носовые кровотечения, икота, новообразования гортани, фарингит, пневмофиброз, пневмония, ринит, синусит, стридор. Со стороны кожных покровов: акне, аллопеция, контактный дерматит, кожный зуд, макулопапулезная сыпь, дистрофические изменения ногтей, потливость, крапивница, карцинома кожи. Со стороны урогенитального тракта: нарушения менструального цикла, дизурия, гинекомастия, импотенция, нефролитиаз, полиурия, боль в уретре, учащенное мочеиспускание, вагинит, проблемы со стороны репродуктивной функции у мужчин, симптомы дисфункции мужских половых желез (тестикул).

pharmakonalpha.com



**Перечень лекарственных средств, не соответствующих требованиям нормативных документов (сентябрь 2013 года)**

*Данная информация поможет Вам избежать покупки некачественных лекарственных средств*

Дата	Номер регистрационного удостоверения	Наименование продукции	Номер серии, размер партии	Завод-изготовитель	Наименование подразделения экспертного органа	Показатель несоответствия
1	2	3	4	5	6	7
16.07.2013	РК-ИМН-5 №008782 от 22.08.2011	Игла хирургическая атравматическая однократного применения, стерильная (шпательная), с длиной 30 мм, шовной нитью ПОЛИАМИД (Нейлон), условный номер USP8/0	20, размер партии – 136 уп.	ООО «МИКРОХИРУРГИЯ ГЛАЗА» и «КОНТУР», Россия	ТФ РГП НЦЭСЛ г. Усть-Каменогорск	Маркировка
16.07.2013	РК-ИМН-5 №008782 от 22.08.2011	Игла хирургическая атравматическая однократного применения, стерильная (шпательная), с длиной 30 мм, шовной нитью ПОЛИАМИД (Нейлон), условный номер USP9/0	20, размер партии – 111 уп.	ООО «МИКРОХИРУРГИЯ ГЛАЗА» и «КОНТУР», Россия	ТФ РГП НЦЭСЛ г. Усть-Каменогорск	Маркировка
16.07.2013	РК-ИМН-5 №008782 от 22.08.2011	Игла хирургическая атравматическая однократного применения, стерильная (шпательная), с длиной 30 мм, шовной нитью ПОЛИАМИД (Нейлон), условный номер USP10/0	20, размер партии – 441 уп.	ООО «МИКРОХИРУРГИЯ ГЛАЗА» и «КОНТУР», Россия	ТФ РГП НЦЭСЛ г. Усть-Каменогорск	Маркировка
13.08.2013	РК-ЛС-5 №016328 от 14.07.2010	Левомецитин-опти®, капли глазные, флакон-капельница, 15мл, №1, концентрация 0,25%	010713, размер партии – 32 523 уп.	ТОО «Лекос», Республика Казахстан	ТФ РГП НЦЭСЛ г. Караганда	pH
02.08.2013	РК-ЛС-5 №005061 от 28.02.2012	Эспумизан, капсулы, 40мг, упаковка контурная яичковая, №25	24509, размер партии – 9 000 уп.	Берлин-Хеми АГ (Менарина Групп), Германия	ТФ РГП НЦЭСЛ г. Шымкент	Описание
21.08.2013	РК-ЛС-5 №019338 от 06.11.2012	Фурадонин, таблетки, 50мг, упаковка контурная яичковая, №10	090113, размер партии – 11 000 уп.	Борисовский завод медицинских препаратов ОАО, Беларусь	ТФ РГП НЦЭСЛ г. Шымкент	Средняя масса
21.08.2013	РК-ЛС-5 №015621 от 15.02.2010	Нолицин®, таблетки, покрытые пленочной оболочкой, 400мг, упаковка контурная яичковая, №10	98128, размер партии – 100 уп.	КРКА д.д. Ново место, Словения	ТФ РГП НЦЭСЛ г. Шымкент	Однородность массы
27.08.2013	РК-ЛС-5 №015516 от 26.01.2010	АзитРус®, капсулы, 250мг, упаковка контурная яичковая №6	60713, размер партии 364уп.	ОАО «Синтез», Россия	ТФ РГП НЦЭСЛ г. Петропавловск	Описание
18.09.2013	РК-ЛС-5 №009405 от 23.09.2010	Глюкоза, раствор для инфузий, 5%, флакон, 250мл, №1	130813г-02, размер партии – 31 720 фл.	«Хуашидан» АК, Китай	ТФ РГП НЦЭСЛ г. Усть-Каменогорск	Маркировка

*Р.К. ТУРЫСБЕКОВА,  
начальник управления по оценке безопасности и качества лекарственных средств и изделий медицинского назначения  
Национального центра экспертизы ЛС, ИМН и МТ МЗ РК*

## БЕЗОПАСНОСТЬ ЛЕКАРСТВ

### Азитромицин. Риск жизнеугрожающих аритмий

Управлением по лекарственным средствам и продуктам питания США была размещена дополнительная информация относительно повышенного риска развития потенциально жизнеугрожающих нарушений ритма сердца ввиду способности удлинять интервал QT. Дополнительное предостережение к ранее известной информации связано с результатами недавно проведенного клинического исследования, опубликованного в журнале New England Journal of Medicine, в ходе которого сравнивался риск сердечно-сосудистой смерти у пациентов, получающих антибактериальную терапию азитромицином, амоксициллином, ципрофлоксацином, левофлоксацином и не получающих антибактериальную терапию. Результаты исследования были продемонстрированы повышенный риск сердечно-сосудистой смертности и смертности от иных причин у пациентов, получивших 5-дневный курс антибиотикотерапии с назначением азитромицина по сравнению с пациентами, получавшими амоксициллин, ципрофлоксацин или не получавших антибактериальные средства. Риск сердечно-сосудистой смертности в группе левофлоксацина был сопоставим с таковым в группе азитромицина.



rceth.by