



Уважаемые коллеги и читатели!

Ноябрьский номер журнала посвящен болезням XXI века. Тема, на наш взгляд, емко обозначает главные задачи, стоящие перед отечественным здравоохранением на ближайшие несколько лет.

Решаются вопросы, связанные с бесплатным обеспечением лекарственными средствами больных с редкими заболеваниями, внедряются скрининговые программы, проведен ряд уникальных операций, которые наглядно показали, что казахстанские врачи могут и умеют справляться с самыми сложными заболеваниями, например, с сахарным диабетом.

Об этом недуге рассказывает Р. Базарбекова, председатель Ассоциации эндокринологов Казахстана. Публикация приурочена к 14 ноября — Всемирному дню борьбы с диабетом.

Читателей заинтересует информация о международных форумах и конференциях, которые прошли в разных городах нашей страны.

Самым ожидаемым событием года можно назвать V Международный конгресс «Человек и Лекарство — Казахстан». Ученые и практикующие врачи из разных стран собрались в Алматы, чтобы обсудить широкий круг проблем, рассказать о научных открытиях, поделиться опытом, познакомиться с продукцией фармацевтических фирм, представленной на выставке.

Приятно, что почетным президентом конгресса «Человек и Лекарство — Казахстан» является академик НАН РК Раиса Кузденбаева, директор Фармакологического центра НЦЭС, ИМН и МТ.

Думаю, что врачам понравится разработанная ею Памятка «13 правил ответственного самолечения».

Весьма интересна информация об итогах скрининговой программы по раннему выявлению рака молочной железы и о разработке пилотной, направленной на выявление рака простаты. Также на страницах журнала — подбор профессиональной информации, предназначенной для всех участников фармрынка — производителей, дистрибьюторов, провизоров.

Хочу также напомнить, что мы ждем от читателей любых конструктивных предложений и замечаний, которые помогут улучшить наше профессиональное издание.

Оптимизма, здоровья и благоденствия!

Арнур НУРТАЕВ,
главный редактор журнала «Фармация Казахстана».

ГЛАВНЫЙ РЕДАКТОР

А.И. Нуртаев

ЗАМЕСТИТЕЛЬ ГЛАВНОГО РЕДАКТОРА

Ф.Э. Сулеева

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ

С.М. Адекенов	(Казахстан)
А.А. Аканов	(Казахстан)
В.Л. Багирова	(Россия)
Б.С. Байсеркин	(Казахстан)
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)

ОТВЕТСТВЕННЫЙ СЕКРЕТАРЬ

Н.У. Пернебекова

КОРРЕСПОНДЕНТ

Н.В. Тодорова

ДИЗАЙН И ВЕРСТКА

Г.Н. Нурмаханова

Г.Т. Албаева

ДИЗАЙН ОБЛОЖКИ

Г.Т. Албаева



АДРЕС РЕДАКЦИИ:

050004, РК, г. Алматы
пр. Абылай хана, 63, оф. 312
тел.: +7 (727) 273 03 73
факс: +7 (727) 273 55 00
e-mail: pharmkaz@dari.kz

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ

Г.Д. Бердимуратова
Н.А. Гунько
Р.С. Кузденбаева
В.Н. Локшин
Д.М. Сабденалиев
С.Е. Султанов
И.Р. Кулмагамбетов
З.Н. Сыбанкулова
А.У. Тулегенова
Е.К. Узыканов

ОТПЕЧАТАНО В ТИПОГРАФИИ

ТОО «VEDA PRESS»
РК, г. Алматы, пр. Абая, 68/74
тел.: +7 (727) 266 55 87
Подписано к печати 29. 11. 2012 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

Внимание соискателей: журнал входит в Перечень научных изданий, ре-
комендованных для публикации основных результатов диссертационных
исследований (решение Коллегии ВАК МОН РК от 17.04.2002 г.)
Мнение редакции и членов редакционного совета может не совпадать с точкой
зрения авторов.
Ответственность за рекламу несет рекламодатель.

СОДЕРЖАНИЕ

ОФИЦИАЛЬНЫЙ ОТДЕЛ	4
ЗДРАВООХРАНЕНИЕ СЕГОДНЯ	6
БОЛЕЗНИ XXI ВЕКА	
Сахарный диабет: консенсус найден.....	8
Вирусный гепатит: последний счет в пользу медицины.....	12
Скрининг – лучшая профилактика онкозаболеваний.....	16
СОБЫТИЕ	
Здоровое детство гарантирует активное долголетие.....	21
АНАЛИЗ. КОНЪЮНКТУРА. ПЕРСПЕКТИВЫ	
Засыпкина О. Специфика аптечного и дистрибьюторского секторов на фармрынках стран СНГ и Грузии.....	24
Засыпкина О. Макроэкономические показатели и прогноз развития систем здравоохранения и фармрынков стран СНГ и Грузии, 1 полугодие 2012 г.....	29
Засыпкина О. Фармрынок Казахстана, 1 полугодие 2012 г.: цифры и факты.....	31
МЕДТЕХНИКА	
Шадибеков С.А., Таукебаева Г.Б. Разновидности эндопротезов для ортопедии и травматологии.....	33
КАЧЕСТВО ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ	
Шнаукушта В.С., Байзакова К.К. Значимость доклинических исследований лекарственных препаратов при оценке безопасности их применения в клинической практике.....	36
ПАНОРАМА НОВОСТЕЙ	38
КОНФЕРЕНЦИИ. СИМПОЗИУМЫ. СЕМИНАРЫ	
Конгресс «Человек и Лекарство – Казахстан»: вновь аншлаги!.....	39
ФАРМПРАКТИКУМ	
Нургужин Т.С., Гуляев А.Е., Ермакбаева Б.А., Жаугашева С.К., Абуова Г.Т., Ан Э.А., Омаров Е.А. Результаты международного многоцентрового неинтервенционного клинического исследования эффективности и безопасности Аскорил Экспекторанта в лечении кашля.....	43
Зарипова Т.Д., Садырбаева Н.А., Зарипова Л.Н., Ахмедова С.Д., Утигалиев А.А. Применение хондроксида у больных остеоартрозом.....	49
Цой Л.С. Роль бета-лактамаз расширенного спектра действия (БЛРС) в усугублении проблемы антибиотикорезистентности и пути ее преодоления.....	51
СЕРТИФИКАЦИЯ	53
ПРОГРАММА «САЛАМАТТЫ ҚАЗАҚСТАН» В ДЕЙСТВИИ	
Кузденбаева Р.С. Ответственное самолечение.....	54
ПОИСК. ИССЛЕДОВАНИЯ. ЭКСПЕРИМЕНТЫ	
Абирова А.А., Садвакасова Д.Е., Турсунбаев К.К. Роль индивидуальной химиопрофилактики малярии.....	56
Кузденбаева Р.С., Салыкбаева Ж.К. Состояние гемопоэза при аутоиммунном тиреоидите.....	57
ФАРМӨНДІРІС	59
ФАРМПРОИЗВОДСТВО	60



ФАРМАЦЕВТИКАЛЫҚ ҚЫЗМЕТ САЛАСЫНДАҒЫ МЕМЛЕКЕТТІК ҚЫЗМЕТТЕР СТАНДАРТТАРЫН БЕКІТУ ТУРАЛЫ ҚАЗАҚСТАН РЕСПУБЛИКАСЫ ҮКІМЕТІНІҢ

2012 жылғы 8 қазандағы

№1262

ҚАУЛЫСЫ

2008 жылғы 4 желтоқсандағы Қазақстан Республикасы Бюджет кодексінің **34-бабына**, «Әкімшілік рәсімдер туралы» Қазақстан Республикасының 2000 жылғы 27 қарашадағы Заңының **9-1, 15-2-баптарына** және «Ақпараттандыру туралы» Қазақстан Республикасының 2007 жылғы 11 қаңтардағы Заңының **6-бабының 2), 3) тармақшаларына, 29-бабына** сәйкес Қазақстан Республикасының Үкіметі **ҚАУЛЫ ЕТЕДІ:**

1. Қоса беріліп отырған:

1) «Денсаулық сақтау саласындағы есірткі құрадарының, психотроптық заттар мен прекурсорлардың айналымына байланысты қызметке лицензия беру, қайта ресімдеу, лицензияның телнұсқаларын беру» **мемлекеттік қызмет стандарты;**

2) «Дәрілік заттардың, медициналық мақсаттағы бұйымдардың және медициналық техниканың өндірісіне байланысты фармацевтикалық қызметке лицензия беру, қайта ресімдеу, лицензияның телнұсқаларын беру» **мемлекеттік қызмет стандарты;**

3) «Аудан орталықтарынан шалғайдағы елді мекендерде фармацевтикалық білімі бар маман болмаған жағдайда дәрілік заттарды, медициналық мақсаттағы бұйымдарды бастапқы медициналық-санитариялық, консультациялық-диагностикалық көмек көрсететін

денсаулық сақтау ұйымдарындағы дәріхана пункттері арқылы және жылжымалы дәріхана пункттері арқылы өткізуді іске асыру үшін медициналық білімі бар мамандарды аттестаттау» **мемлекеттік қызмет стандарты;**

4) «Биологиялық белсенді заттарға клиникаға дейінгі (клиникалық емес) зерттеулер жүргізуге рұқсат беру» **мемлекеттік қызмет стандарты;**

5) «Дәрілік заттарды, медициналық мақсаттағы бұйымдарды және медициналық техниканы жарнама-лауға рұқсат беру» **мемлекеттік қызмет стандарты;**

6) «Фармакологиялық және дәрілік заттарға, медициналық мақсаттағы бұйымдар мен медициналық техникаға клиникалық зерттеулер және (немесе) сынаулар жүргізуге рұқсат беру» **мемлекеттік қызмет стандарты;**

7) «Қазақстан Республикасында тіркелген және тіркелмеген дәрілік заттарды, медициналық мақсаттағы бұйымдарды және медициналық техниканы әкелуді және (немесе) әкетуді келісу» **мемлекеттік қызмет стандарты** бекітілсін.

2. Осы қаулы алғашқы ресми жарияланғанынан кейін күнтізбелік он күн өткен соң қолданысқа енгізіледі.

Қазақстан Республикасының Премьер-Министрі
С. Ахметов

ПОСТАНОВЛЕНИЕ ПРАВИТЕЛЬСТВА РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН

от 8 октября 2012 года

№1262

ОБ УТВЕРЖДЕНИИ СТАНДАРТОВ ГОСУДАРСТВЕННЫХ УСЛУГ В СФЕРЕ ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

В соответствии со **статьей 34** Бюджетного кодекса Республики Казахстан от 4 декабря 2008 года, **статьями 9-1, 15-2** Закона Республики Казахстан от 27 ноября 2000 года «Об административных процедурах» и **подпунктами 2), 3) статьи 6, статьей 29** Закона Республики Казахстан от 11 января 2007 года «Об информатизации» Правительство Республики Казахстан **ПОСТАНОВЛЯЕТ:**

1. Утвердить прилагаемые:

1) **стандарт государственной услуги** «Выдача лицензий, переоформление, выдача дубликатов лицензии на деятельность, связанную с оборотом наркотических средств, психотропных веществ и прекурсоров в области здравоохранения»;

2) **стандарт государственной услуги** «Выдача лицензий, переоформление, выдача дубликатов лицензии на фармацевтическую деятельность, связанную с производством лекарственных средств, изделий медицинского назначения и медицинской техники»;

3) **стандарт государственной услуги** «Аттестация специалистов с медицинским образованием для осуществления реализации лекарственных средств, изделий медицинского назначения в отдаленных от районного центра населенных пунктах через аптечные пункты в организациях здравоохранения, оказываю-

щих первичную медико-санитарную, консультативно-диагностическую помощь, и передвижные аптечные пункты, в случае отсутствия специалиста с фармацевтическим образованием»;

4) **стандарт государственной услуги** «Выдача разрешения на проведение доклинических (неклинических) исследований биологически активных веществ»;

5) **стандарт государственной услуги** «Выдача разрешения на рекламу лекарственных средств, изделий медицинского назначения и медицинской техники»;

6) **стандарты государственных услуг** «Выдача разрешения на проведение клинических исследований и (или) испытаний фармакологических и лекарственных средств, изделий медицинского назначения и медицинской техники»;

7) **стандарт государственной услуги** «Согласование ввоза и/или вывоза зарегистрированных и незарегистрированных в Республике Казахстан лекарственных средств, изделий медицинского назначения и медицинской техники».

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

Премьер-Министр Республики Казахстан
С. Ахметов



ПРИКАЗ

№779

от 16.10 2012 г.

**О ЗАПРЕЩЕНИИ МЕДИЦИНСКОГО ПРИМЕНЕНИЯ
ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ**

В соответствии с Кодексом Республики Казахстан «О здоровье народа и системе здравоохранения», постановлением Правительства Республики Казахстан от 5 декабря 2011 года №1461 «Об утверждении Правил запрета, приостановления или изъятия из обращения лекарственных средств, изделий медицинского назначения и медицинской техники», в целях защиты здоровья и жизни граждан страны, ПРИКАЗЫВАЮ:

1. Запретить медицинское применение лекарственных препаратов:

«Гаразон» (бетаметазон/гентамицин), капли глазные/ушные во флаконе-капельнице по 5 мл, производства Шеринг-Плау Лабо Н.В., Бельгия, под регистрационным номером от 2 марта 2011 года РК-ЛС-5№003776;

«Нетромицин» (нетилмицин), раствор для инъекций 25 мг/мл - 2 мл, производства Шеринг-Плау Лабо Н.В., под регистрационным номером от 27 марта 2012 года РК-ЛС-5№003782;

«Нетромицин» (нетилмицин), раствор для инъекций 100 мг/мл - 2 мл, производства Шеринг-Плау Лабо Н.В., Бельгия, под регистрационным номером от 27 марта 2012 года РК-ЛС-5№004942.

2. Территориальным подразделениям Комитета контроля медицинской и фармацевтической деятельности МЗ РК в течение пяти календарных дней довести настоящий приказ:

до сведения Управлений здравоохранения областей и г.г. Астана и Алматы, Департаментов таможенного контроля областей и г.г. Астана и Алматы, медицинских и фармацевтических организаций, письменно оповестить производителей (их официальных представителей на территории Республики Казахстан) или дистрибьюторов;

до всех субъектов фармацевтической деятельности — через средства массовой информации и специализированные издания.

3. Производителям (их официальным представителям на территории Республики Казахстан) или дистрибьюторам в срок до десяти календарных дней оповестить субъекты, имеющие в на-

личии запрещенные к применению, реализации, подлежащие изъятию из обращения лекарственные средства.

4. Субъектам, у которых имеются в наличии указанные лекарственные средства, согласно пункту 1 настоящего приказа запрещенные к применению, реализации, подлежащие изъятию из обращения, в течение пяти календарных дней с момента получения информации сообщить территориальному подразделению по месту расположения о принятых мерах относительно выполнения указанного решения.

5. Владельцам регистрационных удостоверений или дистрибьюторам обеспечить сбор остатков указанных лекарственных средств, согласно пункту 1 настоящего приказа, с последующим их уничтожением согласно требованиям действующего законодательства.

6. Территориальным подразделениям в течение тридцати календарных дней с момента получения данного приказа провести соответствующие меры к выявлению и изъятию из обращения указанных лекарственных препаратов, согласно пункту 1 настоящего приказа, в отношении которых было вынесено решение о запрете обращения, и сообщить в течение трех календарных дней в уполномоченный орган.

7. Контроль за исполнением настоящего приказа возложить на заместителя Председателя Комитета контроля медицинской и фармацевтической деятельности Пак Л.Ю.

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

Основание: Письмо Представительства американской компании «Шеринг-Плау Сентрал Ист АГ» в Республике Казахстан от 4 октября 2012 года №822.

Председатель
Б. Байсеркин



ДЕФИЦИТА БЕСПЛАТНЫХ ЛЕКАРСТВ В КАЗАХСТАНЕ НЕ БУДЕТ

Модератор мероприятия, Вячеслав ЛОКШИН, президент Ассоциации международных фармацевтических фирм в РК, заявил, что в Казахстане активно развивается система здравоохранения. По его словам, бюджет этой сферы уже приближается к 4% от ВВП страны. Он отметил, что по этой части Казахстан является одним из лидеров стран СНГ. В республике стали доступны препараты для лечения туберкулеза, сахарного диабета и редких онкологических заболеваний.

«Есть препараты, курс которых достигает 15-20 тысяч долларов в год и более, это же касается редких заболеваний, таких как акромегалия, редкие онкологические заболевания.

Сегодня практически серьезным проблем с лекарственным обеспечением в регионе нет. Если есть какая-то нехватка средств, то есть дотация из республиканского бюджета», — сказал В. Локшин.

На закупку лекарств в этом году выделено около 700 миллионов долларов.

«Удалось обеспечить необходимыми медицинскими препаратами все госпитали и пациентов, находящихся на амбулаторном лечении. В отличие от прошлого года лекарства из списка гарантированного объема медицинской помощи на 100% покрываются за счет бюджета», — заявил Локшин.

Нурлан БАЛТАБЕКОВ, заместитель начальника Управления здравоохранения г. Алматы, разъяснил ситуацию с нехваткой лекарств в южной столице.

Раньше, по его словам, медикаменты отпускались с 50-процентной скидкой, поэтому их хватало. Когда стало известно, что лекарства будут отпускаться

В этом году возникли некоторые сложности с получением дорогостоящих лекарств, которые должны выдаваться больным в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи (ГОБМП), в связи с чем увеличился поток жалоб в Минздрав и управления здравоохранения на местах. Поэтому пресс-центром Министерства здравоохранения РК осенью этого года был организован ряд пресс-конференций, одна из которых прошла в Алматы.

в аптеках бесплатно (в рамках ГОБМП), желающих получить их стало гораздо больше.

Такая же ситуация сложилась в онкологии. Впервые в истории отечественной медицины для онкобольных и пациентов с редкими заболеваниями были закуплены за счет государства дорогостоящие лекарства. Однако выяснилось, что бесплатные лекарства, предназначенные для больных алматинцев, получают и приезжие. Таких пациентов из Киргизии, России, Узбекистана и регионов Казахстана — 20% от общего числа онкобольных. Поэтому алматинцы могут получать лекарства в городском онкодиспансере или в поликлиниках по месту жительства. Там выдадут все, что положено, так как в результате определенной работы выявлено реальное количество горожан, нуждающихся в бесплатных дорогостоящих лекарствах.

У людей, страдающих редкими заболеваниями (например, гемобластозом), есть опасения по поводу закупленных «СК-Фармация» отечественных генериков, в частности, «Иму-

тина». На этот вопрос ответил Арнур НУРТАЕВ, генеральный директор РГП «Национальный центр экспертизы лекарственных средств, изделий медицинского назначения и медицинской техники» МЗ РК:

— Препарат «Имутин» соответствует всем требованиям нормативной документации и не уступает ранее зарегистрированным аналогам. Это очень важно, и центр экспертизы уделяет большое внимание тому, чтобы новый препарат, который регистрируется, как минимум, не уступал по качеству аналогу.

Дело, по мнению чиновников, не в качестве, а в цене. Одна таблетка «Имутина» швейцарского производства стоит 5 413 тг., месячный курс (120 таблеток) обходится в 649 650 тг., годовой курс — 7 794 720 тыс. тг. Казахстанский «Имутин»: 1 таблетка стоит 3834 тг., месячный курс (120 таблеток) — 460 080 тг, годовой курс — 5 520 960 тг. Так что качественный казахстанский генерик государству обходится в 1,5 раза дешевле, чем швейцарский оригинальный препарат. Арифметика же чиновников про-



С 2012 ГОДА В РАМКАХ ГАРАНТИРОВАННОГО ОБЪЕМА БЕСПЛАТНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ЗАКУП ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ ДЛЯ БОЛЬНЫХ, СТРАДАЮЩИХ ОНКОГЕМАТОЛОГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ, ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ В ПОЛНОМ ОБЪЕМЕ ИЗ СРЕДСТВ РЕСПУБЛИКАНСКОГО БЮДЖЕТА.

СОЗДАН РЕГИСТР ОНКОГЕМАТОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ, ПОЛУЧАЮЩИХ ЛЕКАРСТВЕННЫЕ ПРЕПАРАТЫ НА АМБУЛАТОРНОМ УРОВНЕ БЕСПЛАТНО, ЧТО ПОЗВОЛЯЕТ ОТСЛЕЖИВАТЬ ФАКТИЧЕСКОЕ ПОЛУЧЕНИЕ КАЖДЫМ ПАЦИЕНТОМ ЛЕКАРСТВ, ГАРАНТИРОВАННЫХ ГОСУДАРСТВОМ.

ЕДИНЫМ ДИСТРИБЬУТОРОМ «СК-ФАРМАЦИЯ» ПРОВЕДЕНА ПРОЦЕДУРА ЦЕНТРАЛИЗОВАННОГО ЗАКУПА ХИМИОПРЕПАРАТОВ И ИХ ПОСТАВКИ.

В ПЕРЕЧЕНЬ ПРЕПАРАТОВ, ОТПУСКАЕМЫХ БЕСПЛАТНО НА 2012 ГОД, ДОПОЛНИТЕЛЬНО ВКЛЮЧЕНЫ ДОРОГОСТОЯЩИЕ ПРЕПАРАТЫ «НИЛОТИНИБ», «ДЕЦИТАБИН» И «ДАУНОРУБИЦИН».

ТОЛЬКО ПО ГОРОДУ АЛМАТЫ СУММА ФИНАНСОВЫХ СРЕДСТВ В 2012 ГОДУ НА ЗАКУП ОНКОГЕМАТОЛОГИЧЕСКИХ ПРЕПАРАТОВ УВЕЛИЧЕНА В 1,5 РАЗА (С 320 МЛН ТЕНГЕ В 2011 ГОДУ ДО 505,6 МЛН ТЕНГЕ В 2012 ГОДУ).

ста: закупить столько лекарств, чтобы хватило как можно большому количеству больных. На сегодняшний день в Казахстане более 600 больных лейкозием, а раковых больных, нужда-

ющихся в дорогих препаратах, в десятки раз больше.

Об этом говорит статистика. К примеру, на лечение 51-го больного редким заболеванием нужно 500 млн тенге бюджетных денег.

Один курс лечения — 4,5 млн тенге. То есть лечение трех больных с очень редкими заболеваниями, требующими дорогостоящих импортных лекарств, может «забрать» львиную долю бюджетных денег, выделенных на закуп лекарств в Алматы. Конечно, по закону, государство обязано лечить людей с редкими заболеваниями бесплатно. Однако даже в самых богатых странах — Америке, Германии, Англии — пациенты годами стоят в очереди на проведение дорогостоящих операций, например, по замене сустава.

Министерство здравоохранения РК взяло курс на создание условий для проведения сложнейших операций или лечение редких заболеваний в Казахстане, для этого приобретает оборудование и медикаменты.

Недавно проведенная астанинскими медиками уникальная операция по пересадке органов — показатель финансирования и роста качества услуг нашей медицины.

Медики просят казахстанцев не паниковать по поводу лекарств. Тендеры по закупу медикаментов на 2013 год уже начались. Нужно лишь немного подождать. ■

Фарида СУЛЕЕВА

НА ЗАМЕТКУ

ЯЗЫКОВАЯ ПОЛИТИКА И ЭЛЕКТРОННЫЕ РЕЦЕПТЫ

Продолжается обсуждение проекта Закона РК «О внесении изменений и дополнений в некоторые законодательные акты Республики Казахстан по вопросам государственной языковой политики».

По проекту, вся документация, исходящая из государственных органов, в обязательном порядке должна быть отправлена на казахском языке. Ведение учетно-статистической, финансовой, технической и иной документации в организациях Республики Казахстан, независимо от форм собственности, обеспечивается на казахском языке, при необходимости — на русском языке.

Все бланки, вывески, объявления, реклама, прейскуранты, ценники, другая визуальная информация должны будут излагаться на казахском языке, и лишь при не-

обходимости — на русском и (или) на других языках.

Вполне возможно, что электронные рецепты, которые уже в 2013 году заменят традиционные, будут выписываться либо только на государственном, либо на двух языках. ■



Вы устали сами переводить
МЕДИЦИНСКИЕ ТЕКСТЫ?

МЫ ВЫПОЛНИМ ЭТУ РАБОТУ ЗА ВАС!

Агентство медицинских языковых переводов

+7 701 225 29 12
+7 705 492 41 11

med-perevod@bk.ru
med-perevod@yandex.kz

Skype: ilmiraibragim



САХАРНЫЙ ДИАБЕТ: КОНСЕНСУС НАЙДЕН

В конце 2011 года на Земле насчитывалось 366 миллионов человек с сахарным диабетом (СД), что составляет 8,3% от всего населения планеты. К 2030 году ожидается увеличение количества больных до 522 миллионов человек, а это практически каждый десятый житель Земли. По данным ВОЗ, ежегодно в мире от СД умирает около четырех миллионов человек, производится более одного миллиона ампутаций нижних конечностей, более 600 тысяч человек полностью теряют зрение. Приблизительно полмиллиона больных нуждаются в гемодиализе и пересадке почек. В европейских странах на лечение СД и его осложнений уходит до 10-15% бюджета здравоохранения.

К разговору о проблемах СД мы пригласили заведующую кафедрой эндокринологии АГИУВ, председателя Ассоциации врачей эндокринологов Казахстана, д.м.н., профессора Р.Б. БАЗАР-БЕКОВУ.

Н.Т.: Римма Базарбековна, как обстоят дела с заболеваемостью СД в нашей стране?

Р.Б.: На начало 2012 года, по данным Национального регистра, в Казахстане было выявлено 207 935 больных СД, что составило 1,9% от всей взрослой популяции. Подавляющее большинство — 193 945 человек или 93,5% — больны СД второго типа. На долю СД1 приходится 6,5%, то есть 13 470 человек.

Н.Т.: Замечательная статистика по сравнению с цифрами заболеваемости СД в мире!

Р.Б.: Увы, она свидетельствует только о том, что СД среди нашего населения выявляется недостаточно. Впрочем, эта проблема

14 ноября вся планета отмечает Всемирный день борьбы с диабетом. Это заболевание стало общемировой проблемой. Не случайно ВОЗ присвоил ему статус «неинфекционной эпидемии».

характерна не только для нас. Огромное количество людей в мире не подозревают о наличии у них СД! Именно с этой целью — уточнить распространенность СД2 среди взрослой популяции страны — нами предпринят проект, получивший название ДИА-СКРИН, осуществленный при поддержке фармацевтической компании Servier.

Исследование было проведено в 7 городах Казахстана — Астане, Караганде, Алматы, Шымкенте, Таразе, Костаная и Актобе. В нем приняли участие 3 685 пациентов без предшествовавшего диагноза сахарный диабет, в возрасте от 40 до 86 лет, по различным причинам обратившиеся к врачам общей практики или терапевтам в участковые поликлиники. Им было предложено заполнить специальную анкету с целью выявления факторов риска СД2.

К факторам риска, по рекомендациям ADA, относятся все пациенты старше 45 лет, а из пациентов молодого возраста — те, у кого имеется ожирение, наследственная отягощенность по СД, гестационный диабет в анамнезе, имевшие вес при рождении более 4,5 кг, артериальная гипертензия, гиперлипидемия, выявленные ранее нарушенная толерантность к глюкозе или нарушение гликемии натощак, низкая физическая активность.

У 1507 пациентов (41%), прошедших анкетирование, были обнаружены вышеперечисленные факторы риска.

Дальнейшее обследование пациентов с обнаруженными факторами риска СД врачом эндокринологом позволило установить диагноз СД2 у 582 пациентов (39%).

Н.Т.: Что вас, как ученого и врача-практика, посвятившего себя эндокринологии, больше всего поразило в полученных в ходе этого проекта данных?

Р.Б.: Во-первых, высокая частота СД2 в группе риска — 39%. Во-вторых, в обследованной популяции она достигла 15%. Напомню, что официальная статистика говорит об 1,9%.

Таким образом, исследование ДИАСКРИН продемонстрировало недостаточную выявляемость СД2 в Казахстане. Его результаты подтвердили необходимость внедрения в практическое здравоохранение скрининга на диабет. Следует отметить, что в апреле 2011 года Минздрав РК утвердил разработанный Ассоциацией врачей эндокринологов Казахстана совместно с Республиканским центром инновационных технологий медицинского образования и науки и Алматинским государственным институтом усовер-



Рисунок 1.

шенствования врачей *Консенсус по диагностике и лечению СД*. В нем расписан буквально каждый шаг по выявлению и лечению таких больных.

В том, что проблема СД в Казахстане намного сложнее, чем кажется на первый взгляд, убедил нас и второй проект, осуществленный при поддержке фармацевтической компании SanofiAventis – «Осведомленность о гликозилированном гемоглобине в различных регионах Республики Казахстан».

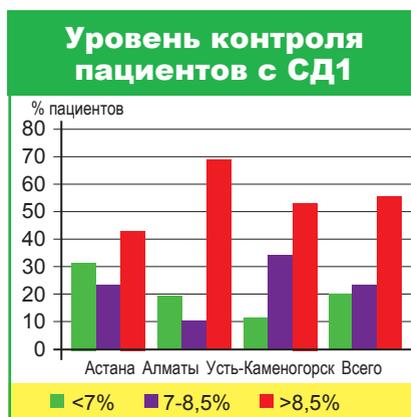
Гликозилированный гемоглобин (HbA1c) это интегральный показатель уровня глюкозы крови (гликемии) за предшествующие 3 месяца. Его определение при использовании стандартизованного метода позволяет осуществлять как диагностику СД, так и оценку уровня компенсации заболевания пациента.

Цель проекта – оценить уровень гликемии и адекватность сахароснижающей терапии у амбулаторных больных с СД1 и СД2 в отдельных городах Казахстана. Методом случайной выборки в трех городах – Алматы, Астане и Усть-Каменогорске – были обследованы 439 пациентов с СД в возрасте от 20 до 70 лет. Длительность заболевания составляла от 2 до 20 лет. Почти треть обследуемых – мужчины, 69% – женщины. У 142 в анамнезе СД1, у 297 – СД2.

У всех этих пациентов в день визита к врачу определялся уровень HbA1c. Затем были выделены и тщательным образом проанализированы данные из их амбулаторных карт: тип СД, длительность заболевания, специфические осложнения, сопутствующие заболевания, методы терапии СД. Скажу так: этот проект стал «проверкой на прочность» отечественной диабетологии. В его проведении активное участие приняли Ассоциация врачей эндокринологов, кафедра эндокринологии АГИУВ, эндокринологи из вышеупомянутых городов.

Результаты, полученные в ходе этого исследования, представлены на рисунках 2, 3.

Н.Т.: О чем говорят эти цифры?



Рисунки 2, 3.

Р.Б.: О том, что подавляющая часть больных СД в стране пребывают в состоянии хронической декомпенсации: целевого уровня HbA1c (<7%) достиг лишь 21% больных. То есть практически лишь у одного из пяти больных диабетом заболевание компенсировано. При этом в Астане этот показатель составил 32%, в Усть-Каменогорске – 12%.

Анализ сахароснижающей терапии больных СД1 типа выявил совершенно неожиданные результаты. Вопреки логике базис-болюсную инсулинотерапию получают не все, а только 95% пациентов с СД1. К нашему удивлению, оставшиеся 5% получают инсулиновые смеси, что абсолютно недопустимо и идет вразрез как с национальным, так и с международными протоколами (рис. 4).



Рисунок 4.

Теперь о том, что показали результаты исследования по больным СД2. Доказано, что все такие больные с момента установления диагноза обязательно должны получать медикаментозную сахароснижающую терапию. А у нас? Оказалось, что 7,7% больных СД2 не получают



« вообще никаких гипогликемизирующих препаратов, а 50% получают только пероральные сахароснижающие препараты (рис. 5), хотя известно, что успех в лечении диабета 2 типа в ряде случаев возможен только при комбинации пероральной терапии с препаратами инсулина.



Рисунок 5.

Н.Т.: Каковы были ваши дальнейшие шаги, чтобы исправить ситуацию, возникшую в ходе этих двух исследований?

Р.Б.: После этого мы обновили Консенсус по диагностике и лечению СД (о нем я уже говорила ранее) и приняли его третий вариант. Этот документ должен использоваться всеми врачами ре-

спублики, занимающимися лечением пациентов с СД.

Разработанный нами алгоритм лечения предполагает необходимость пошагового проведения сахароснижающей терапии.

Продолжительность каждого шага не должна ограничиваться тремя месяцами, как рекомендуют американские и европейские коллеги. Мы считаем, что продолжительность каждого шага в определенных случаях может быть продлена до 6 месяцев. Сахароснижающая терапия не должна быть слишком агрессивной, носить «интервенционный характер»; этот термин очень широко употребляется в зарубежной литературе, поскольку она небезопасна.

Н.Т.: То есть Вы за индивидуальный подход к лечению каждого больного СД?

Р.Б.: Да, без этого трудно достичь хороших результатов, поскольку у больных СД2 повышен риск кардиоваскулярной заболеваемости и смертности. Медикаментозная терапия СД, как стартовая, так и поддерживающая, должна назначаться с учетом исходного уровня HbA1c и предпочтений каждого конкретного пациента, что мы и прописали в

Алгоритме лечения больного СД (рис. 6).

Эта группа препаратов отличается не только тем, что снижает уровень гликемии, но также способствует снижению массы тела, устраняет жировую инфильтрацию печени, улучшает работу сердца, снижает АД, то есть обладает благоприятными сопутствующими эффектами.

Следует подчеркнуть, что на сегодняшний день пациенты с СД в Казахстане имеют возможность лечиться самыми современными препаратами. Осо-

ОЧЕНЬ ВАЖНО ПРАВИЛЬНО ВЫБРАТЬ СТАРТОВЫЙ ПРЕПАРАТ ДЛЯ БОЛЬНОГО С ВПЕРВЫЕ ВЫЯВЛЕННЫМ СД2. ЗДЕСЬ МЫ ПРЕДЛОЖИЛИ, ПРИЧЕМ ПЕРВЫМИ В СНГ, ИСПОЛЬЗОВАТЬ НЕ ТОЛЬКО ПРЕПАРАТЫ МЕТФОРМИНА, НО И ДРУГИЕ, В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ, ИЗ ГРУППЫ ИНКРЕТИНОВ – АГОНИСТЫ ГПП-1 И ИНГИБИТОРЫ ДПП-4.

Алгоритм лечения СД 2



Рисунок 6.



бенно мы горды тем, что доля современных инсулинов (аналогов человеческого) в общем объеме закупок составляет 48% (рис. 7). Это замечательный показатель! Он говорит о том, что наши больные лечатся наиболее эффективными и безопасными для них препаратами.

Важно отметить, что 15 сентября 2012 года на заседании совета экспертов по СД в Астане мы предложили, чтобы инкреторные препараты были внесены в *Список лекарственных препаратов, отпускаемых бесплатно в рамках ГОБМП.*

Н.Т.: Римма Базарбековна, излечим ли диабет? Нашли ли ученые причины его возникновения и возможность избавить больных СД от изнурительной процедуры: по несколько раз в день производить инъекции инсулина?

Р.Б.: Прежде чем ответить на этот вопрос, напомним, что существует два типа СД — 1 и 2. Первый развивается в результате деструкции, то есть разрушения β -клеток поджелудочной железы и, как правило, является следствием аутоиммунного процесса. При нем имеет место абсолютная недостаточность инсулина, что тре-

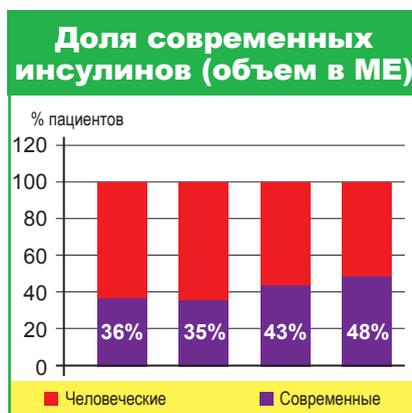


Рисунок 7.

бует пожизненного введения его извне в виде лекарственной формы. До последнего времени для лечения больных этой группы использовали только инъекции инсулина. Но теперь появилась другая возможность — введение инсулина с помощью инсулиновых насосов или помп. Больной освобождается от необходимости многократных подкожных инъекций.

Сегодня ученые пошли еще дальше, изучают возможность пересадки поджелудочной железы больному СД от здорового человека. И, в частности, у нас в 7-й клинической больнице г. Алматы 17 сентября этого года была проведена операция по пересадке пациентке с СД1 одновременно

почки и части поджелудочной железы. Ей всего 29 лет, но на фоне сахарного диабета у нее развилась диабетическая нефропатия с хронической почечной недостаточностью. Донором выступил родной брат пациентки. Операция уникальная, она состоялась благодаря главному врачу ГКП ГКБ №7, доктору медицинских наук, профессору Болатбеку Бимендиевичу БАЙМАХАНОВУ.

Н.Т.: Как сегодня чувствует себя ваша пациентка?

Р.Б.: Она уже выписалась, находится дома, чувствует себя хорошо.

Большие надежды мы, практикующие врачи эндокринологи, связываем с результатами исследований лауреатов Нобелевской премии 2012 года по медицине Джона ГАРДОНА из США и Синья ЯМАНАКА из Японии по индуцированным стволовым клеткам. Благодаря революционным открытиям этих ученых появилась возможность культивирования стволовых клеток. При подсадке их в организм человека из них могут развиваться любые органы организма, в том числе и β -клетки поджелудочной железы. ■

Наталья ТОДОРОВА



БЕЗОПАСНОСТЬ ЛЕКАРСТВ

Ограничения к применению клобетазола

Мазь клобетазола (Дермовейт) не следует использовать для лечения розовых угрей и перiorального дерматита. Также не следует наносить ее в область паха, лица и подмышечных впадин.

По данным [daily.med.nlm.nih.gov](http://daily.med.nlm.nih.gov/pharmakonalpha.com)
pharmakonalpha.com

Сведения о мутагенности монтелукаста

По данным микробиологического анализа мутагенности, теста V-79 с использованием клеток млекопитающих, метода щелочной элюции ДНК с использованием гепатоцитов крысы, теста, направленного на выявление хромосомных aberrаций с использованием клеток яичников китайского хомячка, метода учета хромосомных aberrаций *in vivo* в клетках костного мозга мышей, не было выявлено мутагенной и кластогенной активности монтелукаста.

Информация об онкогенной активности монтелукаста

При введении монтелукаста через желудочный зонд крысам линии Sprague-Dawley в течение двух лет в дозе 200 мг/кг/сут, а также мышам — в течение 92 недель в дозе 100 мг/кг/сут — не было отмечено онкогенных эффектов.

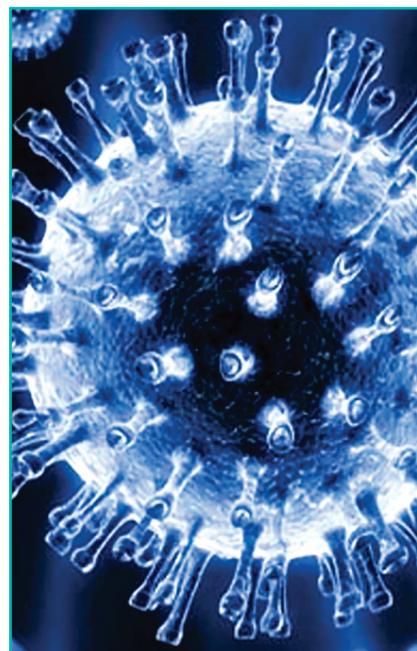
Расчетная экспозиция монтелукаста у крыс превышала приблизительно в 120 и 75 раз, у мышей — в 45 и 25 раз значения AUC при максимально допустимой суточной дозе монтелукаста для взрослых и детей соответственно.

По данным pharmakonalpha.com
rxlist.com



ВИРУСНЫЙ ГЕПАТИТ: ПОСЛЕДНИЙ СЧЕТ В ПОЛЬЗУ МЕДИЦИНЫ

В середине сентября в Астане прошел Первый съезд гепатологов Казахстана, в рамках которого состоялась международная научно-практическая конференция. Она предусматривала проведение симпозиумов, пленарных и секционных заседаний, мастер-классов по самым актуальным проблемам фундаментальных исследований и клинических аспектов современной гепатологии.



Казахстанские врачи и ведущие специалисты из стран ближнего и дальнего зарубежья обсудили целый спектр гепатологических проблем, хирургической и интервенционной гепатологии, трансплантации печени, клеточные технологии и другие проблемы современной гепатологии. В представительном форуме, главный труд по организации которого был взят на себя Национальным научным медицинским центром МЗ РК, приняли участие зарубежные специалисты — Азербайджана, Армении, Беларуси, Италии, Польши, России, Турции, Украины, Франции.

В общей сложности от 15 до 30 процентов населения планеты в настоящее время страдают от тех или иных заболеваний печени. Вирусные гепатиты — наиболее частая причина цирроза печени и других тяжелых осложнений (например, рака), приводящих к гибели таких па-

циентов, и это общемировая проблема. В зоне особого внимания современной гепатологии — вирусные хронические прогрессирующие заболевания, аутоиммунные болезни печени, алкогольная болезнь печени, неалкогольный стеатогепатит, генетические заболевания и др.

В Казахстане развитию гепатологической службы в последние годы стало уделяться много внимания. Наша страна — единственная на постсоветском пространстве, которая впервые внедрила национальную скрининговую программу среди населения, в том числе на диагностику вирусных гепатитов В и С, а также обеспечивает больных хроническим вирусным гепатитом бесплатными лекарственными препаратами. С 2011 года впервые внедрены скрининговые исследования на диагностику вирусных гепатитов В и С у детей с заболеванием крови, злокачественными новообразованиями, находящихся на

гемодиализе, имеющих в анамнезе оперативные вмешательства, переливание крови и ее компонентов. Ими уже охвачено около 280 000 детей. А с нынешнего года аналогичными исследованиями проверены «группы риска» среди взрослого населения, куда вошли медицинские работники — оперирующие врачи и медицинские сестры хирургического профиля, процедурного кабинета, скорой медицинской помощи, центров крови, патологоанатомической службы, судебные медицинские эксперты; больные с заболеванием крови и злокачественными новообразованиями. В 2012 году на эти скрининговые исследования — диагностику вирусных гепатитов В и С у детей и взрослых — было выделено более 2,1 млрд тенге. Обо всем этом проинформировал делегатов съезда вице-министр здравоохранения РК Эрик БАЙЖУНУСОВ.

«Болезни печени входят в десятку главных причин, из-за кото-



рых у нас люди умирают, — рассказал он на пресс-конференции, посвященной работе форума. — Среди заболеваний пищеварительного тракта, которые тоже имеют определенный вес в структуре смертности, заболевания печени, а именно цирроз, занимают первое место. В настоящее время в каждом регионе открыты гепатологические центры, через которые проходят все результаты скрининговых исследований. За счет этого будет расти количество выявленных больных вирусным гепатитом».

И такой, уже наблюдающийся в стране рост уровня заболеваемости гепатитами специалистов этой отрасли только радует, хотя он, естественно, ухудшает отечественную гепатологическую статистику. Ведь до сего дня ситуация с гепатитами в Казахстане, по мнению спикера гепатологического форума, главного гепатолога республики, д.м.н, профессора К.С. КАЛИАСКАРОВОЙ из Национального научного медицинского центра, больше напоминает классический «айсберг». В структуре основных причин смертности в РК за 2006-2011 годы болезней печени составляют 75 процентов всех летальных исходов из-за болезней органов пищеварения!

В своем докладе «Гепатология Казахстана — проблемы и пути решения» ведущий гепатолог страны поведала зарубежным коллегам о том, что хронические вирусные гепатиты у нас введены в *Список социально значимых заболеваний*, противовирусную терапию получают все категории граждан (дети и взрослые) с диагнозами ХГ — в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи, за счет средств республиканского бюджета. Алгоритм ведения больного с хроническим вирусным гепатитом (ХВГ) оговорен специальным приказом министра здравоохранения РК №92 «Правило обследования и лечения больных вирусными гепатитами», и это сегодня — настольная книга каждого гепатолога страны.

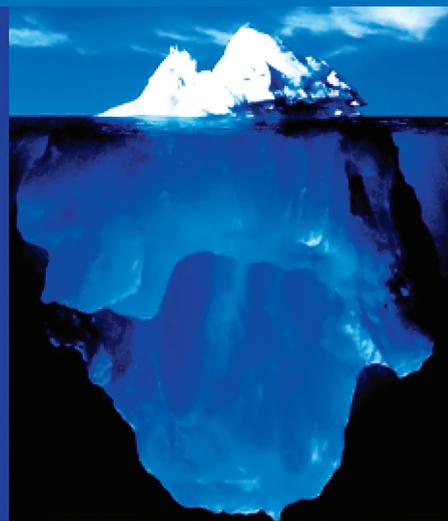
Пути решения проблемы гепатитов в Казахстане К. Калиаскарова видит в выделении номенклатуры «гепатолог» и вне-

Феномен «АЙСБЕРГА» в гепатологии Казахстана

официальные данные



истинные цифры



дрении аккредитованных программ дополнительного профессионального образования по гепатологии (открываемым в регионах кабинетам гепатологии катастрофически не хватает подготовленных кадров), создании в республике профильного гепатологического регистра, ведении Единого республиканского листа ожидания на трансплантацию печени в рамках Республиканского координационного центра трансплантации, который нам также жизненно необходимо открыть в ближайшее время.

Знакома аудитории с основными обновлениями в современной гепатологии, известный эксперт республики в этой отрасли Александр Витальевич НЕРСЕСОВ из Казахского НИИ кардиологии и внутренних болезней добавил «в актив» отечественной гепатологии еще несколько прове-

денных в 2011-2012 годах, весьма существенных для улучшения положения дел в отрасли, мероприятий. Это уже упомянутое предыдущими докладчиками открытие во всех регионах страны гепатологических кабинетов, на которые возложены учет, наблюдение и проведение противовирусной терапии (ПВТ), внедрение клинических рекомендаций, разработанных на основе рекомендаций EASL, AASLD и APASL. Впервые на территории СНГ наши пациенты с ХВГ стали обеспечиваться ПВТ в соответствии с общепринятыми стандартами, т.е. Reg-IFN + RBV в рамках ГОБМП. Стал применяться метод непрямой эластометрии для оценки стадии заболеваний печени, внедрен метод ЭЛВРВ пищевода при ПГ. И проблема дефицита соответствующих кадров стала понемногу решаться. На базе КазНИИ кар-



ЕЖЕГОДНО ВО ВСЕМ МИРЕ БОЛЕЕ МИЛЛИОНА СМЕРТНЫХ СЛУЧАЕВ ПРИХОДИТСЯ НА ГЕПАТИТ В И БОЛЕЕ ПОЛУМИЛЛИОНА – НА ГЕПАТИТ С, КОТОРЫЙ ПРИОБРЕТАЕТ СЕГОДНЯ ТАКЖЕ ХАРАКТЕР ЭПИДЕМИИ. НЕ ОБОШЛА ЭТА ПРОБЛЕМА СТОРОНОЙ И НАШУ СТРАНУ. ПОЭТОМУ ПРОВЕДЕНИЕ (ПРИЧЕМ, ВПЕРВЫЕ В ИСТОРИИ ОТЕЧЕСТВЕННОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ) СЪЕЗДА ГЕПАТОЛОГОВ, КАК ОТМЕЧАЛИ ВСЕ УЧАСТНИКИ ЭТОГО ФОРУМА, ВЫЗВАЛО БОЛЬШОЙ ИНТЕРЕС У МЕДИЦИНСКОЙ ОБЩЕСТВЕННОСТИ СТРАНЫ, СТАЛО ЗНАЧИМЫМ СОБЫТИЕМ ДЛЯ ВСЕЙ ОТРАСЛИ.



« диологии и внутренних болезней теперь проводятся тематические курсы усовершенствования по избранным вопросам гепатологии. В ННЦХ им. А.Н. Сызганова осуществлены четыре успешных трансплантации печени. Комитетом по контролю за медицинской и фармацевтической деятельностью МЗ РК зарегистрирован ингибитор протеазы БОЦЕПРЕВИР, которым успешно лечат в мире больных ВГ. Плюс ко всему стали доступными для наших специалистов исследования полиморфизма гена IL288, «отвечающего» за эту патологию.

Судя по выступлениям приехавших на гепатологический форум в Астану светил мировой и постсоветской гепатологии, проведенные в казахстанской отрасли преобразования попали «в струю» тех перемен, которые происходят сегодня в мировой гепатологии. То, о чем говорили в своих выступлениях спикеры форума, а именно профессор Д.Т. АБДУРАХМАНОВ из Клиники нефрологии, внутренних и профессиональных заболеваний Первого Московского государственного университета им. И.М. Сеченова, подробно остановившийся на «Современных возможностях и перспективах противовирусной терапии ХГС»; доктор медицины из Италии, профессор Luigi E. ADINOLFI, рассказавший о безопасности и эффективности применения лейкоцитарного альфа-интерферона (LeIFN-a) у первичных больных гепа-

титом С, трудно поддающихся лечению или при непереносимости других интерферонов; профессор из Стамбула, посвятивший свой доклад тройной терапии ХВГ, и другие авторитетные ученые, судя по реакции и вниманию зала, не было в новинку казахстанским гепатологам.

А организованная на хорошем добротном уровне работа съезда помогла им значительно расширить профессиональные знания о ХВГ. Симпозиумы сменялись мастер-классами, вынесенные на обсуждение проблемы гепатологии детально обсуждались на секционных заседаниях, каждый из участников смог за это время получить ответы на все свои вопросы. Интерактивную форму общения с аудиторией выбрала для своего доклада президент Ассоциации гепатологов Азербайджана Гульнара АГАЕВА. Как на заседании парламента, на каждом кресле в зале были установлены датчики для ответов на задания спикера, которая для анализа взяла случаи из собственной клинической практики. От одной анкеты к другой, от результатов одного авторитетного международного исследования к другому, от слайда к слайду, тем самым расширяя представления коллег о том, как правильно проводить противовирусную терапию при вирусном гепатите, подобрать дозу для ПБТ, какие факторы влияют на благоприятный исход заболевания и т.д.

В рамках съезда была проведена презентация аппарата

FibroScan, о котором сегодня мечтают все наши гепатологи. Ее провел один из ведущих гепатологов Франции, MD Julien VERGNIOL. Для участников съезда был организован мастер-класс, на котором демонстрировалась работа этого чудо-аппарата французской фирмы Echosens в клинической практике. Обучение провела ПИРОГОВА Ирина Юрьевна — известный гепатолог России, доктор медицинских наук из Челябинской государственной медицинской академии Росздрава, сделавшая также обстоятельный доклад — «Диагностика фиброза печени у больных хроническими гепатитами В и С».

На очень актуальной теме остановилась в своем сообщении «Болезни печени и беременность: особенности течения и клиническая тактика» наша землячка, доктор медицинских наук, профессор Людмила Константиновна ПАЛЬГОВА, ныне работающая в Санкт-Петербурге на кафедре гастроэнтерологии и диетологии Северо-Западного Государственного медицинского университета имени И.И. Мечникова. Как считают организаторы форума, состоявшийся на съезде обмен опытом, обсуждение клинических наблюдений, получение новых знаний будут способствовать тому, чтобы в казахстанской гепатологии активнее стали внедряться лучшие достижения мировой гепатологической науки и практики. ■

Наталья ТОДОРОВА



БЕЗОПАСНОСТЬ ЛЕКАРСТВ

Монтелукаст: риск развития тромбоцитопении и поражений печени

США. Монтелукаст является блокатором лейкотриеновых рецепторов и применяется в США для профилактики и длительного лечения бронхиальной астмы. В послерегистрационном периоде появились данные, свидетельствующие о вероятности развития у больных, принимающих монтелукаст, тромбоцитопении.

В связи с этим Управление по контролю пищевых продуктов и лекарственных средств США (FDA) приняло решение о внесении соответствующих предостережений в инструкцию по его применению.

ЯПОНИЯ. На основании новых данных, подтверждающих наличие риска развития тромбоцитопении и гепатита, в т.ч. фульминантного, нарушений функции печени и желтухи, связанных с лечением монтелукастом, Министерство здоровья, труда и социального обеспечения Японии (PMDA) рекомендовало дополнить инструкцию по его применению новыми предостережениями. Специалистам в области здравоохранения было рекомендовано отменять препарат в случае развития этого серьезного осложнения на фоне лечения данным препаратом и проводить корректирующую терапию.

По данным: *Безопасность лекарств и фармаконадзор. - 2011. - № 1. - С. 23*

fda.gov
pmda.gov.jp



SANOFI

**МИРОВОЙ ЛИДЕР В ОБЛАСТИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ,
НАЦЕЛЕННЫЙ НА ПОТРЕБНОСТИ ПАЦИЕНТОВ,**
разрабатывает, развивает и предлагает решения
в вопросах защиты здоровья.

Присутствуя в 100 странах и насчитывая около 110 000 сотрудников, Санофи работает для сохранения здоровья, улучшения качества жизни и **удовлетворения** потребностей в области здравоохранения **7 миллиардов жителей Земли.**

Санофи занимает прочные позиции в 6 основных направлениях роста: **развивающиеся рынки, вакцины, безрецептурные препараты, сахарный диабет, инновационные препараты и ветеринария.** Благодаря приобретению компании Genzyme, Санофи укрепила свои позиции в области биотехнологий и редких заболеваний.

Мы неустанно трудимся, чтобы жизнь всех людей менялась к лучшему день ото дня. В этом нам помогает наше присутствие во всем мире и постоянное стремление улучшать доступ пациентов к инновационным лекарственным средствам и здравоохранению.



СКРИНИНГ – ЛУЧШАЯ ПРОФИЛАКТИКА ОНКОЗАБОЛЕВАНИЙ

Ежегодно в октябре во всех странах проходит месячник осведомленности о раке молочной железы. Сегодня этой болезнью страдает, как минимум, каждая десятая женщина в мире.



Каким будет исход заболевания — благополучным или летальным — во многом зависит от того, смогут ли врачи той или иной страны на ранней стадии распознать рак и начать его лечить. Это относится и к любой другой онкопатологии, которая в структуре смертности землян входит в тройку лидеров. С 2008 года в Казахстане проводятся скрининговые исследования на предмет раннего обнаружения основных видов онкозаболеваний.

О работе в этом направлении рассказывает Алма ЖЫЛКАЙ-ДАРОВА, руководитель специализированного консультативно-диагностического отдела Казахского НИИ онкологии и радиологии, кандидат медицинских наук:

— Проект стартовал именно с рака молочной железы, поскольку это одна из самых серьезных проблем отечественной онкологии. Поэтому для нас важно, что приоритет в общей медицине, а именно в онкологии, отдается ранней диагностике и проведению скрининговых исследований. Это дает возможность

выявить заболевание на доклинической стадии, когда человек, считающий себя абсолютно здоровым, через год-два приходит к нам с запущенной стадией рака.

На ранней стадии опухоль хорошо реагирует на лекарственное, лучевое, хирургическое и прочие виды лечения, которые применяются при онкологических заболеваниях. Однако самое важное, что только при выявлении рака на ранних стадиях мы можем дать человеку с таким диагнозом возможность вылечиться, вернуться к нормальному ритму жизни.

Н.Т.: Недавно рак воспринимался казахстанцами как приговор, не подлежащий обжалованию. Как обстоят дела с лечением онкозаболеваний сейчас?

А.Ж.: В настоящее время ситуация с лечением онкозаболеваний в Казахстане кардинально изменилась. Много специфических видов лечения, мы используем в повседневной практике самые современные методики диагностики. Но самое главное остается неизменным — время,

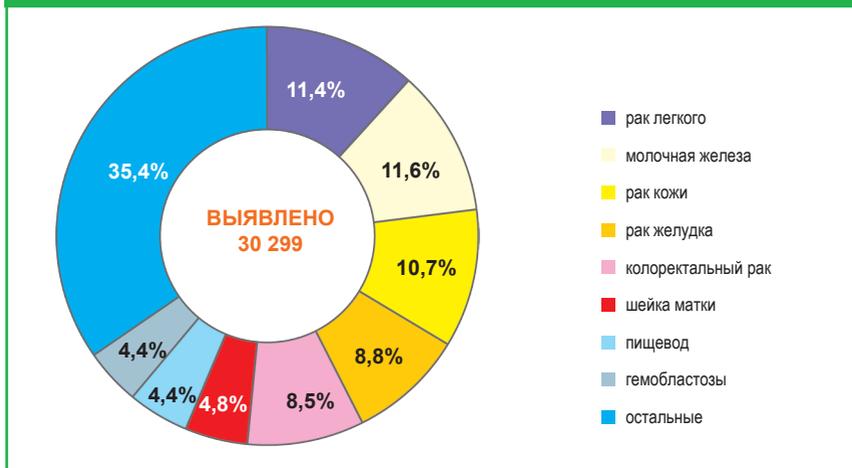
когда больной пришел к врачу. Чем раньше приходит, тем более эффективное и сохранное лечение можно провести, тем больше шансов на полное выздоровление.

Скрининговые исследования на онкозаболевания взяты на вооружение национальными онкологическими службами многих развитых стран уже давно. Они показали свою эффективность. Более того, многие из них рекомендованы ВОЗ как обязательный компонент в общественном здравоохранении страны. Наша национальная программа по скринингу стартовала с рака молочной железы (РМЖ), рака шейки матки (РШМ), а в Европе такие обследования проводятся более 30 лет. Именно скрининговые программы значительно изменили структуру онкозаболеваемости и смертности в европейских странах. Естественно, после этого произошла переоценка ценностей по отношению и к другим видам лечения онкозаболеваний.

Н.Т.: Вы говорите, что благодаря скринингу в Европе изме-



Структура основных форм злокачественных новообразований в РК за 2011 г.



нилась в лучшую сторону статистика по онкозаболеваемости. Есть какие-то цифры по Казахстану?

А.Ж.: Пока об этом говорить рано, не прошло и пяти лет, как мы начали работу. Любое подобное мероприятие переживает несколько этапов. Первый — становление, на котором мы сей-

час находимся. Надо заложить основу целой системы, новой для нашего отечественного здравоохранения. Тем более, это касается не только медицинской отрасли, но и всех слоев общества. Это государственные структуры, неправительственные организации, социум. Важно изменить отношение населения к своему

здоровью. Важно не столько получать информацию, сколько изменить собственное поведение. Государство дает бесплатную возможность пройти скрининг, мы объявляем об этом повсюду, приглашаем. Однако не все люди приходят к нам. В основном, мало знают об этом заболевании, считают, что это им не нужно, у них масса других проблем. Некоторые по-прежнему думают, что поликлиники — сплошные очереди, и не хотят терять время. А ведь под проведение скринингов у нас даже структура поликлиник поменялась! Созданы специальные подразделения, которые работают только со здоровым населением, занимаются проведением скрининговых исследований.

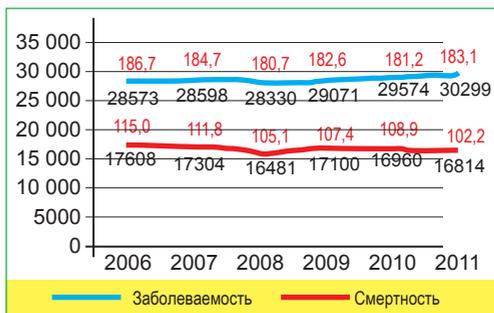
Понятно, что в стране пока нет таких центров, как, допустим, в Японии, Корее или Грузии. Главное, что есть возможность пройти исследование: выделяются штаты, идет финансирование, закупается специальное оборудование. Для проведения скрининговых осмотров специально оснащаются медицинские организации, проводится обучение медработников.

На этой теме хочу остановиться подробнее. Для начала мы пытаемся обратить «в свою веру» медицинских работников первичного звена, к которым в первую очередь обращается человек, почувствовавший недомогание. Нужно повысить их информированность об онкозаболеваниях, программах профилактики и раннего выявления рака, которые внедряются в нашей стране.

К примеру, со следующего года вводим в некоторых регионах вакцинацию против вирусов папилломы человека, являющихся прямой причиной развития рака шейки матки. Однако даже среди медработников весьма неоднозначное отношение к этому виду вакцинации.

Среди врачей бытует мнение, что профилактика — это лишь соблюдение заповеди «Не пей, не кури». Но ведь есть и другой ее вид, вторичная профилактика, то есть выявление заболевания на ранней стадии.

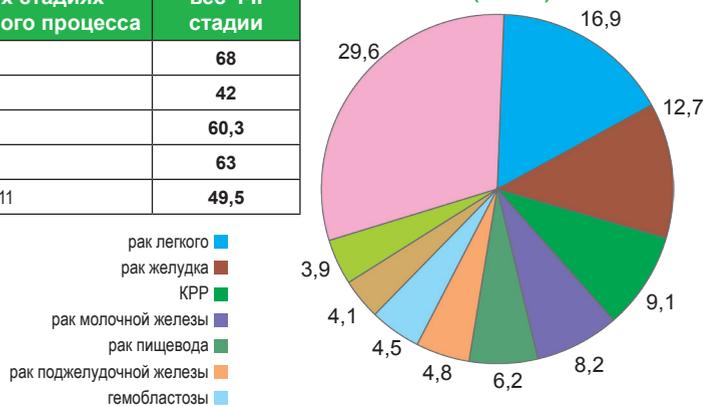
Заболеваемость и смертность от злокачественных новообразований в Казахстане



Ежегодный прирост пациентов со злокачественными новообразованиями (ЗН) — 5% согласно Национальному онкологическому регистру (соответствует мировой тенденции роста онкологических заболеваний)
В 2011 г. впервые выявлено 30 299 больных
Состоит на диспансерном учете 148062 больных со злокачественными новообразованиями

Выявляемость на ранних стадиях опухолевого процесса	Удельный вес I-II стадии
Франция	68
Россия	42
Южная Корея	60,3
Израиль	63
Казахстан, 2011	49,5

Структура смертности (2011 г.)



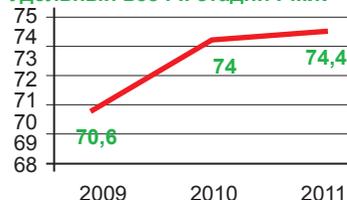
Заболеваемость раком молочной железы (РМЖ) в РК

	2009 г.	2010 г.	2011 г.
%, удельный вес от всех ЗН	11,3	11,3	16,0
Заболеваемость, %	20,5	20,6	21,3

Впервые выявленные больные РМЖ



Удельный вес I-II стадии РМЖ



« **Н.Т.** Получается, что ежегодные профосмотры аналогичны тем, что на Западе давно стали нормой для жителей тех стран, где есть страховая медицина? Но у нас очень трудно убедить людей прийти на профосмотр, не предусмотрены индивидуальные приглашения с помощью обзвона, нет объявлений.

А.Ж.: Да, проблемы есть. Для того чтобы изменить отношение человека к своему здоровью, нужна отдельная информационная программа, направленная на определенные целевые группы. Она очень затратная. Наши скрининги, думаю, могут заложить основу для нее. Поэтому важно отработать профосмотры до мелочей. Допустим, надо обеспечить современным оборудованием все организации, которые задействованы в этом процессе, обучить специалистов работать на нем. А как их обучать, если они пока не видели этого оборудования?

Подобные вопросы возникают постоянно в ходе работы. Их надо решать и создавать эффективно действующую, работоспособную систему, чтобы сформировать у населения культуру прохождения скрининговых исследований.

Н.Т.: Но начало-то положено?
А.Ж.: Да, уже и положительные тенденции ощущаются. Надеюсь, что статистика за 2012 год покажет, что уровень онкозаболеваемости в республике изменился, как и структура смертности от онкозаболеваний. Но для этого нужно много работать.

В прошлом году РМЖ вышел на первое место по распространенности среди населения. Мы реалисты и понимаем, что результат получили не только благодаря скринингу, но и другим факторам. Главное, что болезнь вовремя выявляется, и врачи могут помочь женщинам справиться с ней. В скрининге мы видим еще много резервов, анализируем их, обсуждаем. Так, в настоящее время обследуем женщин не всех возрастов, а только тех, среди которых наиболее часто встречается, допустим, РМЖ. То есть действуем в силу сегодняшних возможностей.

ВОЗ рекомендует обследовать всех женщин от 50 до 70 лет, но пока проходят скрининг женщины от 50 до 60 лет. Мы хотели бы расширить возрастной контингент, но это дело завтрашнего дня.

Н.Т.: В ходе скрининга у женщины выявлены проблемы. Что дальше?

А.Ж.: Если обнаружилась злокачественная форма образования, то речь пойдет об экстренном вмешательстве в процесс, подключаются наши хирурги, рентгенологи, онкологи. Важно не упустить время. Поэтому уже со следующего года одними из индикаторов процесса скрининга станут два важных показателя: время первичного приглашения женщины на обследование и время начала лечения. Пока мы эту позицию не рассматриваем. В процессе становления важнее построить всю цепочку, наладить взаимодействие всех звеньев. Потому что раньше первичная медицинская помощь и онкология не взаимодействовали друг с другом.

Н.Т.: Нужны единомышленники?

А.Ж.: Конечно. На базе ПМСП в рамках проекта созданы спе-

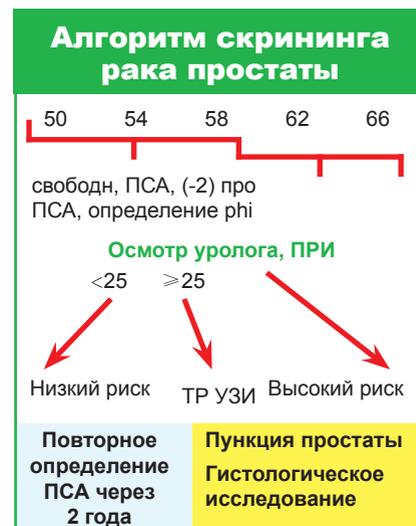
циализированные подразделения — отделения профилактики и социально-психологической помощи, а на базе онкодиспансеров формируем специальное подразделение, которое занимается скрининг-анализом, мониторингом и взаимодействием по скринингу. Точки соприкосновения уже найдены, сейчас пытаемся эти подразделения вписать в единую схему работы.

Тогда уже сможем отслеживать весь процесс: сколько времени ушло от начала обследования до того момента, когда пациентка ушла на лечение, т.е. до окончания каждого конкретного скринингового случая.

Есть еще один момент. Если у женщины рак не обнаружен, но выявлена предопухоловая патология, она нуждается в регулярном диспансерном наблюдении того же онколога, другого специалиста, чтобы вовремя определить перерождение процесса. Для таких случаев создается еще одна структура — маммологические кабинеты при поликлиниках.

Маммологическая служба сейчас интенсивно развивается. Аналогичные структуры создаются для динамического наблюдения пациентов с предопухоловыми изменениями, выявленными во время других скринингов. К примеру, кабинеты колопроктологов.

Н.Т.: Много говорится о женском репродуктивном здоровье, а вот на мужское только сейчас





начинают обращать внимание. Делается что-либо в этом направлении?

А.Ж.: Да, постепенно начинаем создавать мужские смотровые кабинеты при поликлиниках. Нужно подобрать персонал, обучить специалистов, оснастить эти кабинеты оборудованием. У нас есть план мероприятий в рамках Программы развития онкологической помощи населению, в котором расписано: где, когда, сколько мужских смотровых кабинетов будет открыто.

Рак простаты в Казахстане на 6-м месте по уровню онкологической заболеваемости среди мужского населения. В этом году в Восточном Казахстане внедрен пилотный проект по раннему выявлению рака простаты, а со следующего года он расширится еще до пяти регионов: Павлодарская, Западно-Казахстанская, Кызылординская области, города Алматы и Астана. Там очень высокий уровень смертности от рака предстательной железы.

Н.Т.: Насколько, по сравнению с 2008 годом – началом скрининговых исследований на рак в Казахстане, изменилась методика их проведения?

А.Ж.: Она постоянно меняется, расширяется, улучшается. Если мы говорим о раке молочной железы, то в первые годы были важны организационные моменты проведения маммографического исследования. Сейчас идем по пути эффективности, повышения качества этих исследований. Вводим европейские стандарты, например, двойную читку маммограммы. Теперь ее должен читать не один рентгенолог, а двое специалистов. Причем один из них должен специализироваться только на маммограммах. Желательно, чтобы это был специалист онкологического диспансера.

Первые годы маммография проводилась на уровне ПМСП, все сделанные снимки так и оставались без движения. Онкологу отправлялись только с подозрением на рак.

С прошлого года снимки, независимо от результатов, должны отправляться в онкологиче-



ский диспансер для того, чтобы их просмотрел рентгенолог, специализирующийся только на маммографии.

Теперь мы не отличаемся от европейских стран по методике проведения маммографического скрининга, она у нас одна и та же. Есть хорошие результаты. Например, в Алматы за прошлый, 2011г., в ходе скрининга было выявлено 35 случаев РМЖ, а за 9 месяцев этого года – 67.

Рост есть, в том числе из-за того, что некоторые случаи были пропущены на первом этапе обследования. Следовательно, можно говорить о повышении качества скрининговых исследований.

В перспективе при каждом областном диспансере должна появиться такая же служба, которая уже образована при КазНИИ онкологии и радиологии, то есть специализированный консультативно-диагностический отдел (СКДО). Пока их руководители являются совместителями, но в перспективе это должно быть самостоятельное подразде-

ление. Специалисты СКДО изучают снимки, полученные в ходе скрининга. Есть мультидисциплинарная группа, в состав которой входят рентгенолог, маммолог, онколог и другие специалисты. Они коллегиально рассматривают сложные для диагностики и лечения случаи, решают вопрос о необходимости операции и т.д. Это своего рода консилиум, который и принимает решение в каждом конкретном случае.

Н.Т.: Насколько люди осознали необходимость скрининговых исследований? Как в его необходимости убеждают женщин врачи?

А.Ж.: За этот год планируем 95-процентный охват целевой аудитории. Хотя по некоторым регионам идет сужение целевой группы, как видно по отчетам с мест за 9 месяцев. Значит, изначально планировалось охватить большее число женщин.

Естественно, идет миграция населения, особенно это характерно для столицы, запада стра-





ны, что тоже надо учитывать, говоря о результатах скрининга.

Самая большая проблема в том, что не всегда по месту жительства живут те люди, кто зарегистрирован. Когда мы получаем из регионов результаты скрининга и сравниваем их с результатами переписи населения, выясняется, что скринингом охвачено всего 50 процентов целевой группы. А ведь чем больше женщин охватим этим обследованием, тем больше случаев рака сможем выявить и предотвратить.

Н.Т.: В этом проекте многое зависит от межсекторального взаимодействия. Как у вас складываются отношения с исполнительной властью на местах, НПО?

А.Ж.: Мы напрямую зависим в своей работе от общества, результаты скрининга во многом зависят от информированности населения, и в данном случае неправительственные организации играют большую роль. Например, женские общественные организации, а также те, кто работает с социально уязвимыми слоями населения. Для нас важ-

но, чтобы в каждой их инициативе звучал призыв к ответственности граждан за свое здоровье!

А что касается местных исполнительных органов, то тут есть взаимопонимание. В отдаленных сельских пунктах нет маммографов. Чтобы обследовать женщин целевой группы этого населенного пункта, нужна помощь акимов.

Например, акимы районов Алматинской области предоставляют автотранспорт для организованного вывоза женщин из отдаленных сельских округов для прохождения маммографии. Также поступают власти Западно-Казахстанской, Карагандинской и других областей.

Но есть определенное непонимание со стороны работодателей и трудящихся. Не все руководители отпускают своих работниц на маммографию. Если у сотрудников есть страховые полисы, то им невыгодно обнаруживать онкологическое заболевание: вдруг работодатель постарается избавиться от них? Онкологические заболевания являются исключением из программы добровольного страхования работо-

дателем работников, так как вся онкопатология лечится в нашей стране за счет государственных средств. Следует отметить, что некоторые производственные процессы, в частности, в нефтегазовой отрасли, являются факторами риска развития рака. Поэтому хочется понимания и взаимодействия с работодателями по вопросам охраны здоровья работниц этих вредных производств.

Необходимо включить в перечень обязательного профосмотра прохождения скрининговых осмотров по раннему выявлению рака. С другой стороны, никаких рычагов воздействия на население у нас пока нет.

Если мы все-таки перейдем к системе страховой медицины, то у человека появится ответственность, в том числе и финансовая, за свое здоровье. А пока мы надеемся только на здравый смысл наших сограждан и прилагаем все усилия, чтобы донести до них информацию о необходимости раннего скрининга. ■

Наталья ТОДОРОВА



БЕЗОПАСНОСТЬ ЛЕКАРСТВ

Опыт пострегистрационного применения валацикловира

В ходе клинического применения валацикловира (Валтрекс) был выявлен ряд нежелательных явлений, которые не были обнаружены в процессе клинических испытаний. К сожалению, имеющаяся информация не позволяет сделать выводы о частоте развития данных эффектов и указать точную причину их развития. Приведенные ниже нежелательные явления характеризуются сочетанием следующих свойств: тяжестью, большим количеством сообщений о них, а также высокой вероятностью связи их развития с приемом валацикловира.

Расстройства со стороны мочевыделительной системы: почечная недостаточность, боль в области почек (может быть ассоциирована с почечной недостаточностью).

Гематологические расстройства: тромбоцитопения, апластическая анемия, тромботическая тромбоцитопеническая пурпура, гемолитико-уремический синдром.

Кожные проявления: многоформная эритема, сыпь, фотосенсибилизация, аллопеция.

По данным [dailymed.nlm.nih.gov
pharmakonalpha.com](http://dailymed.nlm.nih.gov/pharmakonalpha.com)

Взаимодействие лекарственных средств:

Троспия хлорид + метформин

Троспия хлорид выводится почками путем канальцевой секреции и клубочковой фильтрации. В исследованиях *in vitro* не выявлено клинически значимое метаболическое взаимодействие троспия хлорида с другими ЛС. Тем не менее, некоторые препараты, которые выводятся через почки, могут взаимодействовать с троспия хлоридом, конкурируя за почечную канальцевую секрецию. Так, в исследованиях у здоровых добровольцев было показано, что одновременный прием 500 мг метформина (в форме таблеток немедленного высвобождения) 2 раза в день с 60 мг троспия хлорида пролонгированного высвобождения снижает системную экспозицию троспия хлорида: AUC_{0-24} — в среднем на 29%; C_{max} — на 34%.

По данным [rxlist.com
pharmakonalpha.com](http://rxlist.com/pharmakonalpha.com)



ЗДОРОВОЕ ДЕТСТВО ГАРАНТИРУЕТ АКТИВНОЕ ДОЛГОЛЕТИЕ

В седьмом по счету съезде педиатров Казахстана приняли участие более 300 делегатов. Это практикующие врачи со всех регионов, преподаватели медицинских вузов нашей страны, видные деятели науки, депутаты мажилиса Парламента, представители неправительственных организаций. На педиатрический форум, который совпал с 80-летием Научного центра педиатрии и детской хирургии МЗ РК, прибыли гости из Азербайджана, Беларуси, Киргизии, России, Таджикистана и других стран СНГ, а также дальнего зарубежья.

За два дня работы были обсуждены и сверены позиции специалистов по самым актуальным проблемам современной педиатрии, а именно: организация неонатологической службы, онкогематология, детская хирургия, включая такое востребованное ее направление, как кардиохирургия, профилактика и иммунизация детского населения, внедрение Стратегии ВОЗ по интегрированному ведению болезней детского возраста и др.

Как обеспечить детей качественной, доступной, инновационной медицинской помощью? Своим опытом на этот счет поделились с казахстанскими педиатрами коллеги из постсоветских республик, а также из Европы. Это профессор Университетской клиники им. Гете, кавалер Федерального Креста «За заслуги» Федеративной Республики Германии, наш земляк, уроженец Центрального Казахстана и выпускник Карагандинского медицинского института Валентин ГЕРАЙН, его коллега из Дебреценского медуниверситета Венгрии, профессор Ласло МАРОДИ. В числе участников алматинского фо-



С позиции геронтологии предложил коллегам взглянуть на проблему здоровья детей профессор Университетской клиники им. Гете, доктор медицины Валентин ГЕРАЙН, делегат прошедшего в Алматы VII съезда педиатров Казахстана. Чтобы хватило здоровья на всю жизнь, нужно научиться беречь его смолоду.

рума педиатров был заявлен выдающийся детский хирург из России Леонид РОШАЛЬ, но, к сожалению, он не смог к нам приехать. Но в президиуме алматинского форума — корифей казахстан-

ской детской хирургии, академик НАН РК Камал Саруарович ОРМАНТАЕВ, благодаря своему таланту хирурга спасший десятки тысяч хрупких детских жизней. И отнюдь не в роли «свадебного



«генерала», а в качестве модератора секционного заседания, с которым он отлично справился. Ормантаев и своим видением о перспективах развития детской хирургии в Казахстане поделился, и в очередной раз, несмотря на торжественность момента, упрекнул топ-менеджеров отечественного здравоохранения в неразумных, на его взгляд, экспериментах в сфере высшего медицинского образования! Существует 14 тысяч заболеваний человека, даже всех названий не запомнишь! Только в педиатрии сегодня — 26 специальностей. Разумно ли закрывать в такой ситуации педфаки? Наши дети должны лечиться у высокоспециализированных грамотных врачей, уверен мэтр казахстанской педиатрической науки и практики и готов отстаивать свою точку зрения с любой трибуны.

Участовали в работе педиатрического форума депутаты Мажилиса Парламента РК. Айткуль Байгазиевна САМАКОВА воз-

главляет Социальный совет при фракции НДП «Нур-Отан», известный всем астанчанам детский врач Надежда Михайловна ПЕТУХОВА — член Комитета по социально-культурному развитию. Их присутствие придало сугубо профессиональному разговору высокое государственное звучание.

«Охрана здоровья детей, численность которых составляет треть нашего населения, является основным приоритетом здравоохранения в Казахстане», — сказала на съезде Айткуль Самакова. Она напомнила, что самой первой международной конвенцией, к которой присоединился суверенный Казахстан, была Конвенция ООН о правах ребенка. Здоровье школьников и подростков стало отдельной подпрограммой в Государственной программе развития здравоохранения республики «Саламатты Қазақстан». В рамках ее реализации предусмотрен дородовый скрининг беременных и целый комплекс мер по укреплению здо-

ровья подрастающего поколения. Это и улучшение состояния дел с материнской и детской смертностью, заболеваниями костно-мышечной системы детей, профилактика инфекционных, вирусных заболеваний, в том числе гепатитов. Решены вопросы лекарственного обеспечения детей, больных гемофилией. Необходимые для лечения этого заболевания препараты, очень дорогостоящие, вошли в Государственный реестр ЛС, и Казахстан, с гордостью проинформировала г-жа Самакова, вышел на первое место среди стран СНГ по лекобеспечению детей, больных гемофилией.

Директор департамента науки и человеческих ресурсов Минздрава РК Мурат Койшибаевич ТЕЛЕУОВ проинформировал коллег, что бюджет Министерства здравоохранения вырос за годы независимости страны в 10 раз и составляет уже почти 4 процента от ВВП Казахстана. В стране построено более 500 объектов здравоохранения. За последнее десятилетие младенческая смертность в республике снизилась практически на 15 процентов, а с переходом на рекомендованные ВОЗ критерии смертности и живорождения детская смертность снизилась почти на 38 процентов. В стране принята отраслевая программа развития онкологической помощи, в том числе и детям. Впервые в Казахстане были успешно проведены трансплантации гемопоэтических стволовых клеток детям с тяжелыми заболеваниями крови. В крупных городах республики созданы и функционируют детские кардиохирургические отделения, оснащенные по всем мировым стандартам диагностическим и лечебным оборудованием.

В ходе пленарного заседания в первый день работы форума были заслушаны доклады директора Научного центра педиатрии и детской хирургии, профессора С.Г. НУКУШЕВОЙ. Отдельным вопросом в повестку дня педиатрического форума было вынесено обсуждение состояния и перспектив развития неонатологии — относительно нового для отечественной педиатрической отрасли направления. Были обсуждены

Контрактно-исследовательская компания ТОО «KAZ RESEARCH GROUP»



ПРЕДЛАГАЕТ СЛЕДУЮЩИЕ ВИДЫ УСЛУГ:

- ▶ Организация и проведение международных, локальных клинических исследований в Казахстане.
- ▶ Управление проектом, координация работы проектной группы.
- ▶ Создание документов исследования, организация проведения медицинского мониторинга, обработки данных, статистического анализа и составления клинического отчета.
- ▶ Получение разрешений официальных инстанций и подача регистрационных документов.
- ▶ Аутсорсинг по фармакологическому надзору.
- ▶ Организация и проведение тренингов, семинаров.

г. Алматы, ЖК «Алтын-Орда»,
ул. Ходжанова, 81, кв. 80.
mailto: kaz_rg@mail.ru



**+7 (727) 317 84 01,
262 31 36**



проблемы ранней неонатальной смертности и возможность ее снижения, где проблемой остаются летальные исходы у маловесных, глубоко недоношенных детей, о чем говорили алматинские неонатологи. Карагандинцы поделились своим опытом в преодолении кардиоваскулярных нарушений у новорожденных детей, перенесших гипоксию. Большое внимание вопросам кардиохирургической помощи детям с врожденными пороками сердца было посвящено и в специально изданном к съезду педиатров журнале «Педиатрия и детская хирургия». Все три выпуска его легли в делегатские портфели, и этой информации нет цены для практикующего где-то в регионе врача педиатра. Полезным для специалистов этого профиля будет, несомненно, опыт российских, белорусских и других коллег из стран СНГ, которым они щедро делились за время работы форума педиатров.

Самым подробным образом были обсуждены также вопросы детской кардиохирургии, которой было посвящено отдельное секционное заседание, а также детской онкогематологической службы в Казахстане. Во всех этих направлениях современной педиатрии казахстанским здравоохранением сделан огромный прорыв.

В крупных городах республики созданы и функционируют детские кардиохирургические отделения, оснащенные соответствующим мировым стандартам диагностическим и лечебным оборудованием. Активно развивается интервенционная кардиохирургия, позволяющая выполнять операции на сердце с минимальным травматизмом и риском для больных детей. Впервые в нашей стране на базе двух ведущих детских клиник – НЦ педиатрии и детской хирургии и НЦ материнства и детства – детям с тяжелыми заболеваниями крови была успешно проведена трансплантация гемопоэтических стволовых клеток. Большие надежды врачи связывают с решением создать в республике банк доноров костного мозга.

Пожалуй, ни одна патология детского организма не осталась вне программы педиатрического форума. Согласно проведенным в республике профилактическим осмотрам, на первом месте по распространенности среди детей стоят заболевания органов пищеварения. Разве можно об этом умолчать на форуме детских врачей? Развитию казахстанской детской гастроэнтерологии посвятили свое выступление ученые А.К. МАШКЕЕВ и

М.Н. ШАРИПОВА из НЦ педиатрии и хирургии. Не менее остро стоит вопрос в педиатрической практике с острой почечной недостаточностью у детей, о чем говорила в своем докладе исследователь из Казахского национального медицинского университета А.Б. КАНАТБАЕВА.

В рамках съезда был проведен мастер-класс по вопросам диагностики и лечения муковисцидоза, его провели российские специалисты из Детского центра по лечению муковисцидоза, находящегося в Санкт-Петербурге. Профессор А.В. ОРЛОВ подробно рассказал о подходах в лечении этого редкого и очень сложного, дорогостоящего орфанного заболевания, поделился российским опытом оказания помощи таким ребятишкам.

Заболевания органов дыхания, неврологические нарушения, аутоиммунные заболевания. На каждый вопрос из своей повседневной практики делегат съезда мог получить ответ от коллег по цеху как казахстанских, так и зарубежных. Этим и ценны подобные форумы. Педиатрические съезды уже прочно вошли в обиход казахстанских детских врачей, и седьмой по счету не стал исключением. ■

Наталья ТОДОРОВА

ПРЕДСТАВЛЯЕМ НОВУЮ ВЕРСИЮ DARI.KZ

РГП на ПХВ «Национальный центр экспертизы лекарственных средств, изделий медицинского назначения и медицинской техники» работает над новой версией корпоративного сайта www.dari.kz, усовершенствовав его платформу, навигацию и наполнение.

Наш ресурс станет удобней для пользователей, что позволит максимально быстро найти всю интересующую информацию. Появятся новые, не задействованные ранее сервисы:

- Обновится раздел Государственного реестра. Коммерческая версия программы будет перенесена на сайт с возможностью ежедневного обновления и поиска по различным условиям.
- Обновится раздел «Законодательство фармации» для более удобного поиска по различным критериям и скачивания документов на казахском и русском языках.
- В раздел «Экспертные работы» добавится функция электронной записи на прием в единое окно для сдачи документов, а также для информирования заявителей по электронной почте об изменении данных по заявлениям на сайте.
- В раздел «Сертификация» будет добавлена функция поиска по выданным сертификатам со-

ответствия ЛС и ИМН, а также сведений по продукции, не соответствующей требованиям нормативных документов.

- Появится раздел «Блог генерального директора», где можно задавать вопросы руководителю предприятия, получать ответы, публиковать замечания и предложения по организации работы Центра, его подразделений и служб.

Уважаемые посетители!

Тестовая версия сайта – dari.softdeco.net

Если Вы заметили ошибки в контенте сайта или хотите внести предложения по улучшению его новой версии, то можете отправить нам сообщение по адресу director@dari.kz или через специальную форму на сайте.

Мы с удовольствием рассмотрим каждое обращение.



О. ЗАСЫПКИНА
ЦМИ «Фармэксперт»,
г. Москва

СПЕЦИФИКА АПТЕЧНОГО И ДИСТРИБЬЮТОРСКОГО СЕКТОРОВ НА ФАРМРЫНКАХ СТРАН СНГ И ГРУЗИИ



ФАРМДИСТРИБУЦИЯ

Как подтверждают многочисленные исследования, результаты которых приводились в наших предыдущих отчетах, одной из характерных черт фармацевтического сектора региона СНГ является крайняя импортозависимость. Ни в одной из рассматриваемых ниже стран доля локальной продукции в стоимостном выражении не достигла 50%. В натуральных показателях лишь в некоторых из стран потребность в медикаментах наполовину удовлетворена за счет собственных производств. При этом перед всеми странами региона стоит задача лекарственного обеспечения населения, численность которого в совокупности превышает 127 млн чел.

Медикаменты — особая категория товара, оборот которой строго регламентирован законодательством на всех этапах това-

В ходе исследования проанализированы дистрибьюторский и аптечный секторы фармацевтических рынков следующих стран: Беларусь, Казахстан, Украина, Молдова, Кыргызстан, Узбекистан, Азербайджан, Армения, Грузия.

(Исследуемый период: МАТ/06/2012)

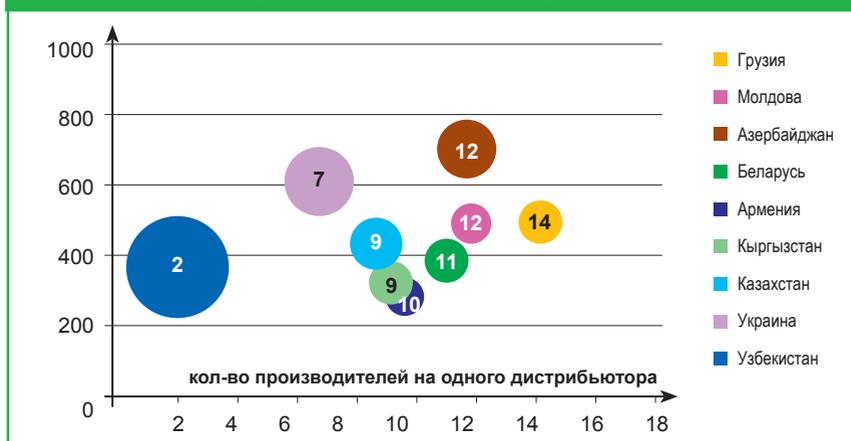
ропроводящей «цепочки». Этап дистрибуции, который является промежуточным звеном в цепочке движения ЛС от производителя к потребителю, исходя из вышеперечисленных фактов, можно причислить к важнейшим.

Трудно точно назвать число компаний, которые на сегодняшний день занимаются фармдис-

трибуцией на территории СНГ. Объемный взгляд на развитие дистрибьюторского сектора на рассматриваемой территории представлен на рисунке 1.

Максимальное количество фармпроизводителей на одного дистрибьютора (в среднем 14:1) отмечено в Грузии (рис. 1). Наиболее развито дистрибьюторское звено в Узбекистане, где

Рисунок 1. Соотношение производителей и дистрибьюторов* в странах СНГ



*Размер «пузырьков» прямо пропорционален кол-ву дистрибьюторов.

Источник: оценка ЦМИ «Фармэксперт» на основе данных из открытых источников



соотношение «производители: дистрибьюторы» составляет 2:1.

В ходе данного исследования были проанализованы ведущие дистрибьюторы следующих стран: Беларусь, Казахстан, Украина, Молдова, Армения, Кыргызстан, Узбекистан, Азербайджан, Грузия. Сводный рейтинг включал 90 компаний (ТОР 10 по каждой стране в зависимости от учитываемых параметров). Лидеры рейтинга в разбивке по странам приведены в таблице 1.

Ассортиментный ряд дистрибьюторов достаточно вариативен. Он определяется, в первую очередь, развитостью и степенью насыщения фармрынка, спросом (с учетом национальных особенностей), а также политикой каждой компании. Большинство игроков оказывает услуги по регистрации, маркетингу и продвижению продукции на рынке. Соотношение лекарственного и нелекарственного ассортимента в прайс-листах также диктуется рыночным спросом с учетом политики компании и экономического состояния региона. На тер-

ритории стран СНГ так же, как и в России, практикуется эксклюзивная дистрибуция. Существуют также различия в географии партнерских взаимоотношений (например, некоторые дистрибьюторы предпочитают работать только с продукцией европейских производителей или производителей из Азии, или географический охват их партнерств максимально широк).

Как показывает анализ ведущих дистрибьюторов, большинство из них имеет более чем 15-летнюю историю, а некоторые из лидеров рынка ведут свою историю еще со времен СССР. Таким образом, некоторым из них уже более 90 лет (напр., «Белфармация» – в Беларуси, «Дори-Дармон» – в Узбекистане). Свое место среди ТОР 10 смогли также завоевать и сравнительно молодые компании, вышедшие на рынок после 2000 г. (АвтоMed – в Азербайджане, «Астерия» – в Армении, AquaMedTek – в Кыргызстане). Эта тенденция характерна для сравнительно небольших рынков с высокими темпами роста.

Государственные и частные активы в различной степени вовлечены в эту сферу деятельности. Рынки с интенсивным госрегулированием характеризуются сильными позициями госпредприятий в сегменте дистрибуции. К примеру, белорусский рейтинг дистрибьюторов возглавляет РУП «Белфармация» с долей рынка около 30%. Помимо организации централизованных закупок предприятие осуществляет поддержку локальных производителей в Республике Беларусь. Гарантом устойчивости структуры выступает наиболее развитый розничный канал сбыта.

Консолидацию частных и государственных усилий на условиях равноправного партнерства в дистрибьюторском секторе можно наблюдать на примере казахстанского ТОО «СК-Фармация».

Создание Единого дистрибьютора с целью обеспечения централизации закупок ЛС, ИМН и медтехники в стране в рамках ГОБМП¹ (путем открытых торгов) было сопря-



Таблица 1. Лидеры рейтинга фармдистрибьюторов региона СНГ (в разбивке по странам)

Страна*	Позиция в рейтинге								
	№ 1			№ 2			№ 3		
	Дистрибьютор	Местоположение головного офиса	Доля рынка, (% , USD)	Дистрибьютор	Местоположение головного офиса	Доля рынка, (% , USD)	Дистрибьютор	Местоположение головного офиса	Доля рынка, (% , USD)
Украина	БадМ ООО	Днепропетровск	22	Оптим-Фарм СП ООО	Киев	17	Альба Украина ЗАО	Киев	13
Казахстан	Медикус-Центр СКГП ТОО	Алматы	18	Медсервис	Алматы	14	Стофарм	Костанай	11
Беларусь	Белфармация РУП	Минск	30	Доминантафарм ОДО	Минск	8	Искамед ООО	Минск	7
Азербайджан	Avromed	Баку	38	Lider Farm	Баку	18	Riad Farma	Баку	16
Узбекистан	Pharmed, ХК	Ташкент	17	Асклепий	Ташкент	15	Дори-Дармон ОАО	Ташкент	12
Грузия	Aversi	Тбилиси	40	PSP	Тбилиси	24	GPC	Тбилиси	18
Молдова	Dita Estfarm, S.R.L.	Кишинев	22	Tetis International	Кишинев	17	Vinapex	Кишинев	12
Армения	Натали фарм ООО	Ереван	21	Альфа-Фарм ООО	Ереван	16	Вага-Фарм	Паракар-Таиров	13
Кыргызстан	Неман-Фарм	Бишкек	25	Эляй	Бишкек	20	Ротафарм	Бишкек	9

*Страны ранжированы по объему фармацевтического рынка.
Источник: ЦМИ «Фармэксперт»

¹ ГОБМП – гарантированный объем бесплатной медицинской помощи.



« жено с принятием Кодекса РК «О здоровье народа и системе здравоохранения» в 2009 г.

Впрочем, эти примеры являются, скорее, исключением среди разнообразных частных компаний, оперирующих в дистрибьюторском секторе.

В отличие от РФ, где в последнее время многие компании стремятся перейти к открытому ведению бизнеса (публикуют финансовую отчетность, предоставляют данные аналитическим компаниям), на остальной территории региона СНГ компаний, готовых к прозрачности, насчитываются единицы. Удачным примером в этом отношении может служить лидер азербайджанского сектора дистрибуции АвтоMed (доля рынка превышает 35%). Политика прозрачности дает ощутимое конкурентное преимущество в условиях наиболее динамично развивающегося фармрынка в СНГ. Высокая импортозависимость региона (более 90% розничного фармрынка) ставит игроков в особые условия взаимодействия с иностранными партнерами. Таким образом, сотрудничество, выстроенное на основе современных мировых концепций менеджмента, служит ключом к успеху и в сфере фармдистрибуции.

Но и этот случай, скорее, исключение из правил. При анализе сектора дистрибуции медикаментов в СНГ создается ощущение информационного вакуума. Многие игроки довольно успешно ведут свой бизнес, не имея собственных интернет-сайтов. Таким компаниям нужно отдать должное: в XXI в. умудряются быть успешными в таких условиях, безусловно, высокое искусство.

Столь мощное территориально-экономическое образование, как СНГ, целесообразно рассмотреть в разрезе современных интеграционных процессов, ведущих к появлению межнациональных² игроков рынка. Ярким примером является межнациональная ГК «Катрен», интересы которой представлены на крупнейших рынках СНГ — в России³, Украине, Казахстане и Беларуси. Эта дистрибьюторская компания стала самой большой в регионе СНГ по географическому охвату благодаря удачно реализованной политике экспансии. На крупнейших рынках СНГ (Казахстан, Украина, Беларусь⁴) были выбраны партнеры — Эмити Интернэшнл, Вента и Доминантафарм соответственно. Все перечисленные компании входят в TOP 10 национальных дистрибьюторов в сво-

их странах. Таким образом, на сегодняшний день совокупная доля рынка ГК «Катрен» на территории КУБ составляет 8,5%, а доля на всей территории СНГ (без учета России) — 6,5%.

В эпоху внедрения мировых стандартов в странах СНГ, как и в России, в фокусе оказались вопросы GMP. Аспекты качества производства вытеснили на второй план другие, не менее значимые практики, на которых строится вся фармацевтическая мощь — GCP, GLP, GDP, GPP. На сегодняшний день внедрение и практическое применение стандартов GDP⁵ в каждой из рассматриваемых стран находится на различных стадиях. В большинстве стран эти стандарты регламентированы национальными нормативными правовыми актами, в большей или меньшей степени коррелирующими с международными стандартами. В то же время есть и компании, получившие сертификат соответствия международному стандарту GDP. Например, ООО «БаДМ» (Украина), PSP (Грузия), «РихПанГалФарма» (Молдова), «Ламброн-Фармимпекс» (Армения). Таким образом, во многих странах отмечается тенденция внедрения международных стандартов качества

АПТЕЧНЫЕ СЕТИ И АПТЕКИ

Годовой товарооборот ЛС через розничный сектор СНГ и Грузии на сегодняшний день превышает 5,7 млрд USD. Территорию, население которой в совокупности составляет 127 млн чел., обслуживают 42 тыс. предприятий розничной торговли ЛС. Аптечный бизнес в каждой из рассматриваемых стран имеет свою специфику. При всех сравнениях следует иметь в виду различия между странами: численность населения, географическое положение, социально-экономическое развитие и государственное устройство.

Для выявления этих особенностей были проведены оценки стран СНГ (за исключением РФ) и Грузии по следующим параметрам:

- Объем и степень насыщения розничного сектора.

Рисунок 2. Годовой розничный товарооборот и количество SKU в странах СНГ



Источник: ЦМИ «Фармэксперт» — Аудит розничных продаж ЛС в странах СНГ и Грузии

² Будем использовать этот термин для разграничения с международными корпорациями в привычном понимании.

³ Рейтинги российских фармдистрибьюторов публикуются в ежеквартальном режиме в электронном аналитическом издании ЦМИ «Фармэксперт» INPHARMACIA Аналитика фармрынка России.

⁴ Здесь и далее рынки этих стран в совокупности будут обозначены как КУБ.

⁵ От англ. Good Distribution Practice — Правила надлежащей дистрибьюторской практики.

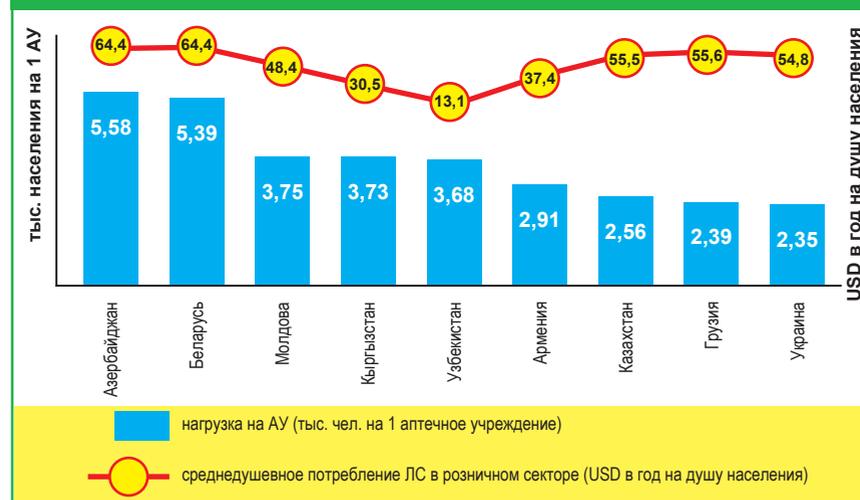


Рисунок 3. Численность аптечных учреждений и фармацевтического персонала в странах СНГ



Источник: ЦМИ «Фармэксперт», данные открытых источников

Рисунок 4. Нагрузка на аптечные учреждения и среднедушевое потребление ЛС в странах СНГ



Источник: ЦМИ «Фармэксперт», данные открытых источников

• Количество аптечных учреждений и нагрузка на одно учреждение.

• Среднедушевое потребление ЛС.

- Обеспеченность кадрами.
- Соотношение числа частных и государственных аптек.
- Крупные аптечные сети.

Для объективной оценки розничного сектора в странах СНГ в первую очередь были проанализированы такие показатели, как объем медикаментов⁶, реализуемых через

розничный сектор за годовой период, и широта ассортимента, определяемая по количеству SKU⁷ (рис. 2).

Наиболее развитым розничным фармрынком по объему, степени насыщения и широте ассортимента представляется фармрынок Украины (рис. 2). Наименьшим по объему и степени насыщения можно считать розничный фармрынок Кыргызстана.

Максимальное количество аптек на всей рассматриваемой

территории отмечено в крупных странах с населением более 10 млн чел. (Украина, Узбекистан, Казахстан). В странах с населением менее 4 млн чел. (Армения и Молдова) этот показатель имеет наименьшее значение. В странах с населением 4-10 млн чел. (Грузия, Беларусь, Азербайджан и Кыргызстан) число аптек колеблется в диапазоне 1,5-1,8 тыс. (рис. 3).

Отметим различия в кадровом обеспечении аптечных предприятий практически на всей рассматриваемой территории. Очевидно, что основой для адекватного обеспечения специалистами в этой отрасли является создание образовательной базы. Так, в Украине и Казахстане специалистов с высшим фармацевтическим образованием выпускают 5 и 4 специализированных факультета соответственно. В остальных странах работают по одному фармфакультету.

Важным показателем доступности ЛС для населения и развития розничного сектора является число жителей, обслуживаемых одной аптекой. Так, максимальная нагрузка на одно аптечное учреждение (АУ) прослеживается в странах с высоким уровнем среднедушевого потребления ЛС (Азербайджан и Беларусь, рис. 4), где услугами одной торговой точки пользуются в среднем более 5 000 чел.

Актуальной проблемой в большинстве стран является региональный дисбаланс в распределении АУ. В Кыргызстане, Армении и Казахстане наблюдается концентрация аптечных учреждений в центральных городах и крупных населенных пунктах, что создает трудности в обеспечении населения отдаленных регионов. Высокие требования к открытию и низкая рентабельность постоянных АУ снижают привлекательность таких районов для предпринимателей. Так, к примеру, в Казахстане для решения этой пробле-

⁶Категория продукта: ЛС, включая гомеопатические препараты. В потребительских ценах.

⁷SKU (Stock Keeping Unit) – ассортиментная позиция, включающая торговое наименование и форму выпуска ЛС и являющаяся единицей складского учета



Таблица 2. Диверсификация компаний в системе товародвижения фармпродукции в странах СНГ* и Грузии

Страна	Аптечная сеть	Аффилированный дистрибьютор
УКРАИНА	Мед-Сервис Групп ООО	нет
	Фармация ОКП	нет
	Украинский аптечный холдинг	нет
КАЗАХСТАН	MS Help	Медсервис Плюс
	Медикус-Центр	Medicus Center TOO
	Europharma	Ак Ниет TOO
БЕЛАРУСЬ	Белфармация	Белфармация РУП
	Здоровье ПЛАНЕТА	Интерфармакс ГК
	Аптека Искамед	Искамед ООО
АЗЕРБАЙДЖАН	Zefaran	нет
УЗБЕКИСТАН	Дори-Дармон АК	Дори-Дармон АК
	Pharmed, ХК	Фармед Саноат
	Асклепий	Асклепий
ГРУЗИЯ	Aversi	Aversi
	Paulatim Summa Petuntur	PSP
	Красная А	GPC
МОЛДОВА	Farmacia Familiei	DITA ESTFARM, S.R.L.
	Hippocrates	Tetis International
	Ориент	Vinamex
АРМЕНИЯ	Альфа-Фарм ООО	Альфа-Фарм ООО
	Натали фарм ООО	Натали фарм ООО
	Агата фарм	нет
КЫРГЫЗСТАН	Неман-Фарм	Неман-Фарм
	Бимедфарм	Бимедфарм
	Айболит	Фарм-Трейд

*Страны ранжированы по объему фармацевтического рынка.

Источник: ЦМИ «Фармэксперт», данные открытых источников

мы планируется ввести передвижные аптечные пункты.

Однако в целом аптечный бизнес является довольно рентабельным во всех рассматриваемых странах. Об этом может свидетельствовать соотношение государственных и частных активов в аптечном ритейле в странах СНГ. В странах со свободным регулированием рынка (Армения, Азербайджан, Грузия, Казахстан, Кыргызстан) на долю частных аптек приходится более 90% общего числа АУ. В странах

с жестким госрегулированием (РБ) на долю частных аптек приходится около 16% общего количества АУ. Следует также принимать во внимание наличие локальных нормативных правовых актов, регламентирующих деятельность аптек. Законодательство в этой сфере за последние годы во всех странах претерпело значительные изменения. На сегодняшний день оно в той или иной степени коррелирует с мировыми стандартами надлежащей аптечной практики (GPP).

В СНГ достаточно распространена вертикальная интеграция бизнеса. Примеры крупных аптечных сетей, являющихся самостоятельными структурами или дочерними предприятиями дистрибьюторских компаний, представлены в таблице 2.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Дистрибьюторский и аптечный секторы в странах СНГ находятся в тесной взаимосвязи, ввиду чего развиваются параллельно. Специфика региона (социально-экономическое состояние, законодательная база, потребности рынка) определяет индивидуальные особенности развития в каждой стране. В ходе данного исследования удалось выявить схожие характеристики указанных секторов фармрынка:

- Преобладание частных активов в сфере фармдистрибуции и розничной реализации ЛС практически во всех странах.

- Тенденция внедрения международных стандартов качества в обоих секторах.

- В дистрибьюторском секторе есть примеры выхода отдельных компаний на международный уровень.

- Дистрибьюторы на территории СНГ существуют как оптовые компании; некоторые также развивают собственные розничные каналы сбыта. Многие имеют собственные крупные аптечные сети.

- Наличие сетевого и индивидуального аптечного бизнеса.

- В аптечном секторе отмечается разнообразие форм собственности и хозяйствования. Существует также многообразие форм и форматов торговли: открытая и закрытая выкладка, аптечные пункты, аптечные киоски, передвижные аптеки, аптеки при лечебных учреждениях и др.

- В распределении аптек следует отметить региональный дисбаланс с концентрацией в крупных населенных пунктах практически во всех странах. Актуальна проблема оснащения квалифицированными кадрами практически во всех странах. ■



МАКРОЭКОНОМИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ И ПРОГНОЗ РАЗВИТИЯ СИСТЕМ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И ФАРМРЫНКОВ СТРАН СНГ И ГРУЗИИ

1 ПОЛУГОДИЕ 2012 г.

КАДРОВО-КОЕЧНЫЙ ФОНД СИСТЕМ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В СТРАНАХ СНГ И ГРУЗИИ

Для оценки состояния систем здравоохранения был рассчитан коэффициент кадрово-коечного фонда (ККФ), отражающий соотношение общего количества врачей всех специальностей к общему числу больничных коек для каждой страны. Этот показатель в динамике за 5 лет представлен на рисунке 1.

Как видно из рисунка 1, проблема кадрового состава в системе здравоохранения остается актуальной. В целом отмечается положительная динамика в увеличении количества врачей на всей территории СНГ. Самые высокие показатели отмечены в странах Закавказья – Грузии, Армении и Азербайджане. Максимальное значение коэффициента ККФ отмечено в Грузии, в которой в 2010 г. началась масштабная реформа системы здравоохранения с целью внедрения международных стандартов. Реформа, преимущественно, нацелена на развитие госпитального сектора, увеличение количества ЛПУ, развитие системы медицинского страхования, а также внедрение электронного образования. По показателю прироста коэффициента ККФ Грузия занимает 2-е место после Азербайджана,

¹ % к 1 пол. 2011 г., если не указано иное.

² %, май 2012/май 2011.

³ % USD, июнь 2012/июнь 2011.

⁴ %, июнь 2012/дек. 2011.

⁵ %, 1 кв. 2012/1 кв. 2011.

⁶ %, 1 кв. 2012/1 кв. 2011.

⁷ %, янв.-май 2012/ янв.-май 2011.

⁸ %, 2 кв. 2012/2 кв. 2011.

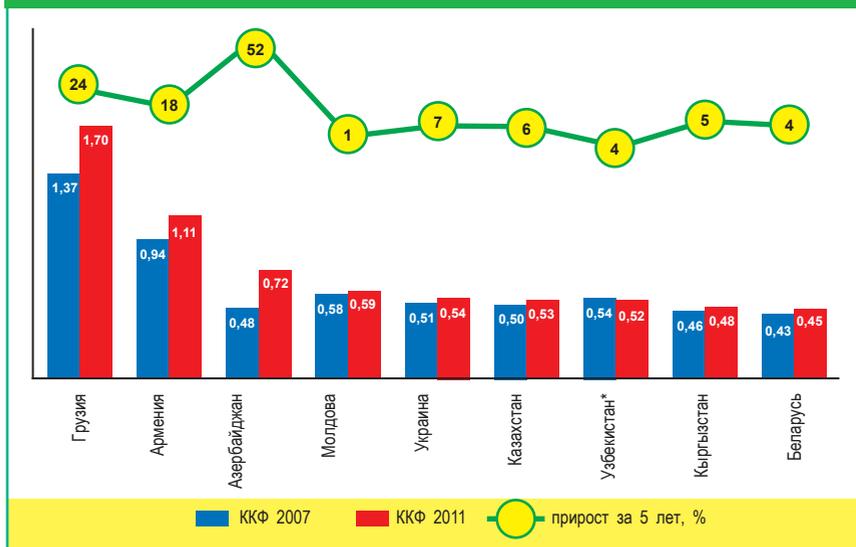
Представлены основные показатели экономической и социальной статистики за отчетный период – январь-июнь 2012 г., полученные из различных источников. Приведены также данные о количестве врачей и медучреждений в динамике, динамике объемов фармрынков стран СНГ, прогнозы социально-экономического развития стран СНГ и фармрынков соответствующих стран на 2012-2014 гг.

Таблица 1. Основные показатели экономической статистики, 1 пол. 2012 г.¹

Страна	ВВП, в постоянных ценах	Розничный товарооборот	Среднемесячная номинальная заработная плата с учетом ИПЦ ²	Уровень девальвации ³	ИПЦ ⁴	
					все товары и услуги	непродовольственные товары
Армения	104,7	102,0	108,4	13	99,6	101,8
Азербайджан	101,5	109,2	108,4	-2	97,9	99,9
Беларусь	102,9	109,5	119,5	68	110,5	106,9
Грузия	н/д	н/д	н/д	-1	101,3	н/д
Казахстан	105,6 ⁵	112,6	112,0	2	102,7	101,8
Кыргызстан	94,4	110,2	116,3	4	100,9	104,0
Молдова	101,0 ⁶	101,6 ⁷	104,3	6	101,0	101,0
Украина	103,9 ⁸	116,0	117,8	0,3	100,1	н/д
Узбекистан	108,1	112,5	н/д	10	н/д	н/д

Источник: Межгосударственный статистический комитет СНГ
www.cisstat.com; www.geostat.ge

Рисунок 1. Коэффициент ККФ в странах СНГ и Грузии, 2007-2011 гг.



*Последние актуальные данные за 2008 г.

Источник: ЦМИ «Фармэксперт», www.cisstat.com, www.geostat.ge

где реформа системы здравоохранения, сфокусированная на централизации лечебных учреждений, началась в 2009 г. В остальных странах региона СНГ можно отметить сохранение кадрового и коечного дефицита при умеренной положительной динамике развития систем здравоохранения.

ПРОГНОЗ РАЗВИТИЯ ФАРМРЫНКА КАЗАХСТАНА НА 2012-2014 гг.

Приведенные ниже сводные прогнозные данные на 2012-2014 гг. по динамике ВВП, уровню инфляции, численности населения, уровню безработицы и т.д. для Казахстана рассчитаны на основании последних данных Международного валютного фонда⁹. С методикой расчета можно ознакомиться в сносках. Приводится также прогноз развития фармацевтического рынка Казахстана в 2012-2014 гг. на основе расчетов ЦМИ «Фармэксперт». ■

Таблица 2. Прогнозные показатели на 2012 г.

Страна	ВВП, в постоянных ценах (% изменения) ¹⁰	Инфляция, в средних потребительских ценах ¹¹ (% изменения)	Численность населения ¹² , млн чел.	ВВП на душу населения, в текущих ценах ¹³ , тыс. USD	Уровень безработицы ¹⁴ , % от общей численности трудоспособного населения	Рост объема фармрынка ¹⁵ , % USD
Казахстан	5,6	7,9	16,47	12,15 max	6	19

Список аббревиатур:

ВВП – валовый внутренний продукт.

ИПЦ – индекс потребительских цен.

ККФ – кадрово-коечный фонд.

Таблица 3. Прогнозные показатели на 2013 г.

Страна	ВВП, в постоянных ценах (% изменения)	Инфляция, в средних потребительских ценах (% изменения)	Численность населения, млн чел.	ВВП на душу населения, в текущих ценах, тыс. USD	Уровень безработицы, % от общей численности трудоспособного населения	Рост объема фармрынка, % USD
Казахстан	5,9	7,2	16,48	13,66 max	6	15

Таблица 4. Прогнозные показатели на 2014 г.

Страна	ВВП, в текущих ценах, % USD	Инфляция, в средних потребительских ценах (% изменения)	Численность населения, млн чел.	ВВП на душу населения, в текущих ценах, тыс. USD	Уровень безработицы, % от общей численности трудоспособного населения	Рост объема фармрынка, % USD
Казахстан	6,1	6,6	16,50	15,29 max	6	13

⁹ Опубликованы в World Economic Outlook Database, April 2012.

¹⁰ % изменения ВВП в постоянных ценах год к году; базисный год зависит от конкретной страны. При расчете ВВП на основе расходов суммируются все расходы в ценах покупателя (включая экспорт товаров и услуг в ценах f.o.b.) за вычетом импорта товаров и услуг в ценах f.o.b./SNA 1993/.

¹¹ % изменения средних потребительских цен год к году.

¹² Для целей переписи населения в общую численность населения конкретной страны включается все население, охватываемое переписью. В широком смысле общая численность может включать в себя либо всех жителей страны либо всех, кто присутствовал в стране на момент переписи / Principles and Recommendations for Population and Housing Censuses, Revision 1, paragraph 2.42/

¹³ ВВП на душу населения рассчитывается на основе текущего курса доллара США. Величина ВВП в национальной валюте конвертируется в USD, а затем полученное число делится на численность населения.

¹⁴ Уровень безработицы может быть определен на основе национальной методики, гармонизированной методики МОТ или гармонизированной методики ОЭСР. Уровень безработицы в соответствии с гармонизированной методикой расчета ОЭСР представляет собой численность безработных в процентном отношении к общей численности трудоспособного населения (общая численность занятого и незанятого населения). /OECD Main Economic Indicators, OECD, monthly/. По определению МОТ, безработными считаются граждане, в настоящий момент не имеющие работы, но желающие и способные работать за плату, доступные для выполнения работы и находящиеся в активном поиске работы /ILO, http://www.ilo.org/public/english/bureau/stat/res/index.html/.

¹⁵ ЦМИ «Фармэксперт».

max - максимальный показатель

ФАРМРЫНОК КАЗАХСТАНА

1 ПОЛУГОДИЕ 2012 г.: ЦИФРЫ И ФАКТЫ

В исследовании использованы следующие аналитические базы данных ЦМИ «Фармэксперт»: аудит розничных продаж, больничных закупок и отпуск ЛС и БиЛО в Казахстане.

АНАЛИЗИРУЕМЫЕ КАТЕГОРИИ ПРОДУКТОВ: лекарственные средства, включая гомеопатические препараты.

АНАЛИЗИРУЕМЫЙ ПЕРИОД: январь-июнь 2012 г.

ПЕРИОД СРАВНЕНИЯ: январь-июнь 2011 г.

ВАЛЮТА: USD (оптовые цены).

ДОЛЯ (% , USD): доля рынка каждой из анализируемых стран в общем объеме розничного фармрынка региона (без учета фармрынка РФ) за указанный период.

АНАЛИТИЧЕСКАЯ СПРАВКА

В 1 полугодии 2012 г. объем фармрынка стран СНГ и Грузии составил 3,23 млрд USD (1,39 млрд упаковок). По сравнению с аналогичным периодом прошлого года прирост составил 17% в стоимостном и 7% в натуральном выражении. В большинстве мониторируемых стран фармрынок в целом продемонстрировал положительную динамику в стоимостном и натуральном выражении. Наибольшие показатели роста отмечены на рынках Азербайджана, Молдовы и Казахстана. Отрицательная динамика зафиксирована в Беларуси и Приднестровье, а также (в натуральном выражении) в Грузии.

Положительный прирост доли внутренней продукции зафиксирован в странах с относительно высокой долей локальной продукции (более 25% в стоимостном выражении) – Узбекистане, Беларуси и Украине. Незначительный прирост доли внутренней продукции отмечен также в Армении (доля локаль-

ной продукции в этой стране на сегодняшний день составляет 5% в стоимостном выражении). Основным драйвером развития в анализируемом периоде стали Rx-препараты. Во всех странах

зарегистрирован положительный прирост доли таких препаратов, причем максимум был достигнут в Беларуси, где OTC-препараты занимают 61% рынка в стоимостном выражении.

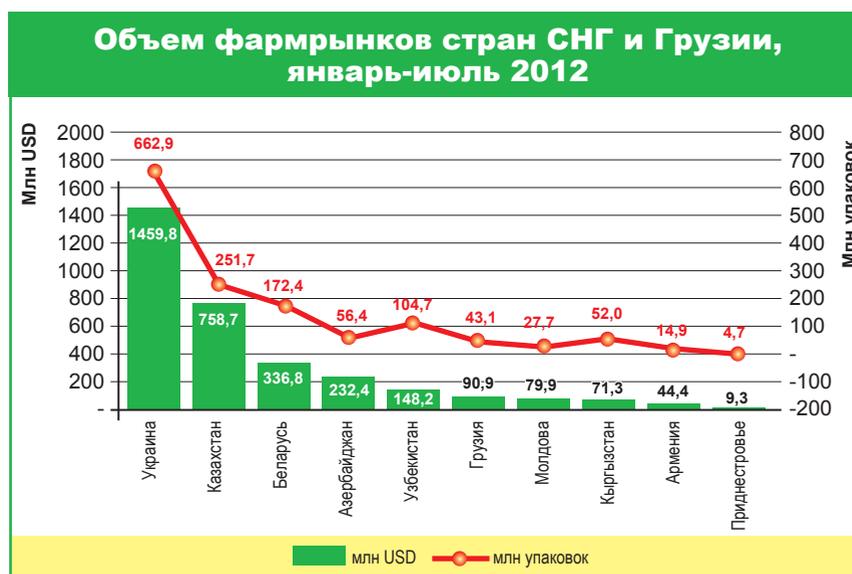


Рисунок 1. Ранжирование фармрынков стран СНГ и Грузии по объему продаж, январь-июль 2012 г.

Источник: ЦМИ «Фармэксперт» — Аудит розничных продаж, больничных закупок и отпуск ЛС по БиЛО в странах СНГ и Грузии



Таблица 1. TOP 5 фармкорпораций Казахстана по доле рынка в стоимостном выражении, январь-июнь 2012 г.

Страна	Динамика рынка (%), янв.-июнь 2012 / янв.-июнь 2011	Доля локальной продукции (%), USD), янв.-июнь 2012	№ 1			№ 2			№ 3			№ 4			№ 5		
			Корпорация	Доля, %	Прирост продаж, %	Корпорация	Доля, %	Прирост продаж, %	Корпорация	Доля, %	Прирост продаж, %	Корпорация	Доля, %	Прирост продаж, %	Корпорация	Доля, %	Прирост продаж, %
Казахстан	27	8,9	Sanofi-Aventis	6,2	10	Санто / Polpharma*	5,2	11	Bayer Healthcare	4,9	24	Pfizer	4,7	44	Roche	4,2	155

* Локальная компания.

Источник: ЦМИ «Фармэксперт» — Аудит розничных продаж, больничных закупок и отпуск ЛС по БиЛО в странах СНГ и Грузии

Таблица 2. TOP 5 фармкорпораций в Казахстане по доле рынка в натуральном выражении, январь-июнь 2012 г.

Страна	Динамика рынка (%), янв.-июнь 2012 / янв.-июнь 2011	Доля локальной продукции (%), упаковка), янв.-июнь 2012	№ 1			№ 2			№ 3			№ 4			№ 5		
			Корпорация	Доля, %	Прирост продаж, %	Корпорация	Доля, %	Прирост продаж, %	Корпорация	Доля, %	Прирост продаж, %	Корпорация	Доля, %	Прирост продаж, %	Корпорация	Доля, %	Прирост продаж, %
Казахстан	17	29,5	Санто / Polpharma	16,9	9	Б3МП*	11,7	26	Ирбитский ХФЗ	5,6	118	Фарм-Центр	3,3	162	Teva Pharmaceutical Industries	2,1	18

* Борисовский завод медпрепаратов

Источник: ЦМИ «Фармэксперт» — Аудит розничных продаж, больничных закупок и отпуск ЛС по БиЛО в странах СНГ и Грузии

Таблица 3. TOP 5 торговых марок в Казахстане по доле розничного фармрынка в стоимостном выражении, январь-июнь 2012 г.

Страна	Динамика рынка (%), янв.-июнь 2012 / янв.-июнь 2011	TM	№ 1			№ 2			№ 3			№ 4			№ 5		
			Доля, %	Прирост продаж, %	TM	Доля, %	Прирост продаж, %	TM	Доля, %	Прирост продаж, %	TM	Доля, %	Прирост продаж, %	TM	Доля, %	Прирост продаж, %	
Казахстан	27	Превенар	3,6	34	Пегинтрон	1,4	38	Актовегин	1,1	65	Герцептин	1,1	83	Таксотер	1,1	6	

Источник: ЦМИ «Фармэксперт» — Аудит розничных продаж, больничных закупок и отпуск ЛС по БиЛО в странах СНГ и Грузии

Таблица 4. TOP 5 торговых марок в Казахстане по доле розничного фармрынка в натуральном выражении, январь-июнь 2012 г.

Страна	Динамика рынка (%), янв.-июнь 2012 / янв.-июнь 2011	TM	№ 1			№ 2			№ 3			№ 4			№ 5		
			Доля, %	Прирост продаж, %	TM	Доля, %	Прирост продаж, %	TM	Доля, %	Прирост продаж, %	TM	Доля, %	Прирост продаж, %	TM	Доля, %	Прирост продаж, %	
Казахстан	17	Цефазолин	4,9	-1	Аскорбиновая к-та	4,5	20	Ампициллин	3,0	-22	Кальция глюконат	2,6	56	Цитрамон	2,4	18	

Источник: ЦМИ «Фармэксперт» — Аудит розничных продаж, больничных закупок и отпуск ЛС по БиЛО в странах СНГ и Грузии



С.А. ШАДИБЕКОВ, Г.Б. ТАУКЕБАЕВА
РГП на ПХВ «Национальный центр экспертизы лекарственных средств,
изделий медицинского назначения и медицинской техники» МЗ РК, г. Алматы

РАЗНОВИДНОСТИ ЭНДОПРОТЕЗОВ ДЛЯ ОРТОПЕДИИ И ТРАВМАТОЛОГИИ



В настоящее время тотальное эндопротезирование крупных суставов, в том числе двустороннее, стало безальтернативным методом лечения дегенеративно-дистрофических заболеваний, дающее возможность восстановить опороспособность нижней конечности, избавить пациента от боли, хромоты и вернуть его к активному образу жизни. Сегодня это наиболее активно развивающаяся область ортопедической хирургии.

Эндопротезирование изменило хирургическую практику, стало пусковым моментом в улучшении качества жизни больных, открыло новые перспективы восстановления подвижности сустава. В связи с увеличением продолжительности жизни эндопротезирование сустава широко применяется в медицинской реабилитации пожилых людей со свежими медиальными переломами шейки бедренной кости, а также с другими заболеваниями и повреждениями суставов, при которых восстановить функцию сустава практически невозможно. Современная медицина позволяет проводить операции по замене суставов любой сложности.

Эндопротезирование чаще всего применяется при заболеваниях, которые привели к потере функции суставов, а именно:

- неправильно сросшиеся переломы, ложные суставы, образовавшиеся после переломов;
- некроз головки бедра;
- болезнь Бехтерева с преимущественным поражением

суставных конечностей;

- артрозы, возникшие в результате врожденных аномалий развития (дисплазии и гипоплазии суставов);
- ревматоидный полиартрит;
- дегенеративно-дистрофический артроз и артрит;
- посттравматический артроз;
- остеоартроз;
- переломы суставов без возможности восстановления суставов;
- иные заболевания суставов.

Эндопротез сустава — внутреннее устройство, замещающее функцию сустава.

Эндопротезирование сустава может быть неполным или полным. Неполное эндопротезирование заключается в замене на эндопротез части сустава. Оно называется еще однополюсным. Полное или тотальное эндопротезирование сустава представляет собой полную замену сустава на эндопротез. Перед операцией производится тщательный подбор эндопротеза с учетом возраста, состояния пациента, вида и стадии заболе-

вания. В большинстве случаев операции проходят хорошо и почти в 100% случаев позволяют достигнуть восстановления функции сустава.

ВИДЫ ЭНДОПРОТЕЗОВ

Первые эндопротезы изготавливались из титана. Они помогали избавиться от боли и вернуть способность ходить, но их двигательные возможности были ограничены. Современные усовершенствованные протезы делают из других металлов, керамики или полимеров и делят на четыре категории по парам трения. Первая пара трения — металл-полиэтилен.

Эндопротезы суставов, прежде всего, различаются по анатомическому признаку. В настоящее время практически любой сустав организма можно заменить искусственным.

В зависимости от того, замещается ли сустав полностью или частично, различают тотальные эндопротезы и полупротезы (однополюсные, одномышечковые и т.п.). По типу фиксации эндо-



Металл/полимер



Керамика/полимер



Металл/металл



Керамика/керамика

вертлужной чашей. В целях обеспечения плавности движения поверхность в месте соединения должна выдерживать определенные нагрузки.

Полиэтилен

Полиэтилен используется для изготовления ортопедических имплантатов на протяжении нескольких десятилетий.

Керамико-керамическая пара трения

Керамические импланты показали отличную износостойкость, что делает их пригодными для долгосрочного функционирования.

Металл-металлическая пара трения

Металлические импланты разработаны для соответствия требованиям активного образа жизни. Эти импланты представляют собой металлический шар, который скользит по металлической чашке, обеспечивая износостойкость.

Металл-полиэтилен

Первая самая простая пара трения — это металл-полиэтилен. Это не обычный полиэтилен. Здесь скрыты серьезные технологии его обработки. Он специально отпрессован и отформован так, чтобы не было никаких пузырьков воздуха, инородных частиц. Цепочки полиэтилена уложены очень компактно, равномерно, имеют перекрестные связи. Достигается это путем дополнительного гамма-облучения. В таком случае полиэтилен не окисляется, образуются дополнительные связи, он становится более прочным.

Металлическая головка может быть выполнена из кобальт-хрома, нержавеющей стали или титана. Наиболее качественными считаются головки из кобальт-хрома. У них более гладкая поверхность. Это обеспечивает больший объем движений. Ко второй паре трения относится сочетание «металл-металл».

Металл-металл

Головка металлическая, тоже кобальт-хром. Вкладыш с внешней стороны имеет пластиковую основу. Полиэтилен, опять же, высокомолекулярный. Внутренняя поверхность вкладыша представлена металлической вставкой также из кобальт-хрома.

Эта пара трения более прочная, имеет большую износостойкость по сравнению с металл-полиэтиленом, со временем в ней образуется меньшее количество продуктов разрушения.

Такие металлические эндопротезы, как правило, устанавливают мужчинам, так как они выдерживают более высокую степень нагрузок. Специально для женщин разработали суставы из керамики.

Керамика

Пара трения керамика-полиэтилен. Керамическая головка хороша тем, что у нее очень высокие характеристики по трению, получается очень гладкая поверхность. Проблема в том, что по сравнению с металлической головкой хрупкость ее гораздо выше. Следующая пара трения — керамика-керамика. Керамика последнего поколения, которая решила очень многие проблемы. Эта пара трения, наверное, самая правильная. За ней будущее, так как нет никаких продуктов износа.

СРОК СЛУЖБЫ ЭНДОПРОТЕЗА

Срок службы эндопротеза — один из основных параметров для врача травматолога и пациента. Сколько прослужит протез у конкретного пациента, сказать очень сложно. Имеются статистические данные, основанные на регистрации результатов лечения и наблюдения пациентов, которым заменены определенные суставы конкретными моделями эндопротезов.



В среднем тотальный эндопротез тазобедренного сустава адекватно функционирует в течение 10 лет в 95-97% случаев. Далее вероятность замены су-

◀ протезы делят на цементные, бесцементные и гибридные.

Шарнир эндопротеза может быть связанным и несвязанным. По парам трения в эндопротезах (наиболее характерно для тазобедренных эндопротезов) различают следующие их виды.

Полиэтиленовые, керамические или металлические

В случае тазобедренного сустава это то место, где головка бедренного компонента смыкается с



става увеличивается на 1% в год. Например, по этой схеме через 15 лет стабильных эндопротезов останется 90-92%, а через 20 лет — в 85-87% случаев.

Таким образом, на срок службы эндопротеза влияет колоссальное количество факторов, таких как анатомический тип эндопротеза, пара трения в шарнире, особенности установки в операционной, индивидуальные особенности больного (перелом костей и перелом бедра в прошлом), состояние его здоровья, наличие вредных привычек, особенности и интенсивность эксплуатации и др. Лабораторные испытания показывают, что средний срок эксплуатации эндопротезов — 10-15 лет. На практике сроки варьируются, врач назначает замену строго индивидуально.

Любой протез нужно менять, и к этому нужно быть готовым. Некоторые пациенты по 30-35 лет ходят с одним эндопротезом, и никаких проблем у них не возникает. Поэтому все сроки достаточно условны.

Эндопротезирование суставов сегодня — самый востребованный и эффективный способ восстановления функции конечностей. Ежегодно десятки тысяч человек возвращаются к обычному образу жизни благодаря эндопротезированию. Последние достижения современной медицины в хирургии позволяют хирургам-ортопедам осуществлять операции с эндопротезированием при лечении поврежденных суставов и использовать высококачественные эндопротезы.

На сегодняшний день эндопротезы применяют как для тазобедренного сустава, так и для коленного и плечевого, есть эн-

допротезы для пальцев кистей. Способ крепления эндопротезов может быть цементируемый или нецементируемый. Тип комплектации эндопротезов врач подбирает сам, при этом учитывает пожелания пациента. Эндопротез, как и любая конструкция, изнашивается в зависимости от интенсивности использования — от 11,5 до 20 лет. После этого срока следует провести ревизию (повторную операцию эндопротезирования) для его замены.

ТРАДИЦИОННОЕ МИРОВОЗЗРЕНИЕ И МЕДИЦИНСКАЯ ПРАКТИКА

Клинический опыт и интуиция — необходимые составляющие врачебного искусства. Однако ни один клиницист не может иметь достаточного опыта, чтобы свободно ориентироваться во всем многообразии клинических ситуаций. Не отрицая огромной важности личного опыта, научно обоснованная медицинская практика исходит из следующего. В настоящее время врачи проводят операции по замене суставов довольно часто. Во многих случаях замена суставов является единственным решением данной проблемы, и специалисты, проводящие операции, блестяще справляются с поставленной задачей.

Потребность в данных операциях в Казахстане и в мире составляет более миллиона человек в год. Рост числа операций эндопротезирования крупных суставов по РК имеет тенденцию к повышению. В настоящее время открылись специализированные отделения эндопротезирования в НИИ травматологии и ортопедии МЗ РК г. Астаны и ГКБ №4 г. Алматы, также опера-

ции эндопротезирования проводятся в отделениях экстренной травматологии областных центров РК. Значительные успехи в разработке и внедрении в медицинскую практику последних достижений хирургии, травматологии и ортопедии (с появлением на рынке Казахстана продукции ведущих производителей мира) позволяют хирургам-ортопедам использовать в своей работе высококачественные импланты, применять эндопротезирование как самый эффективный способ лечения заболеваний и повреждений суставов. В настоящее время в Государственном реестре лекарственных средств, изделий медицинского назначения и медицинской техники МЗ РК зарегистрировано более 20 видов эндопротезов производства Ирландии, Швейцарии, Японии, Франции, Германии, Италии и России. Данный способ лечения заболеваний суставов получил широкое распространение благодаря положительным итогам оперативного вмешательства. Однако не стоит забывать о необходимости профилактики заболеваний суставов, вследствие чего эндопротезирование остается единственным способом избавления от этого недуга.

В Казахстане необходимо расширить проведение качественных операций по эндопротезированию суставов. Это привлечет дополнительные средства для развития клиник, будет содействовать укреплению их материально-технической базы, внедрению новых методов исследования и лечения, повышению профессионального уровня врачей и подъему местной фармацевтической промышленности. ■



БЕЗОПАСНОСТЬ ЛЕКАРСТВ

Применение инфликсимаба при сердечной недостаточности

Инфликсимаб (Ремикейд) в дозах более 5 мг/кг противопоказан пациентам с сердечной недостаточностью средней и тяжелой степени. Были проведены рандомизированные клинические исследования инфликсимаба у пациентов с сердечной недостаточностью средней и тяжелой степени (III/IV класс по NYHA). Назначение инфликсимаба в дозе 10 мг/кг сопровождалось увеличением смертности и возрастанием числа госпитализации пациентов в связи с декомпенсацией сердечной недостаточности.

*По данным dailymed.nlm.nih.gov,
pharmakonalpha.com*



В.С. ШНАУКШТА, К.К. БАЙЗАКОВА

РГП на ПХВ «Национальный центр экспертизы лекарственных средств, изделий медицинского назначения и медицинской техники» МЗ РК, г. Алматы

ЗНАЧИМОСТЬ ДОКЛИНИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ ПРИ ОЦЕНКЕ БЕЗОПАСНОСТИ ИХ ПРИМЕНЕНИЯ В КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ



Как и во многих странах мира, в Республике Казахстан здоровье населения отнесено к факторам обеспечения национальной безопасности, поэтому действующим законодательством запрещаются производство, хранение, реализация и применение в медицинской практике лекарственных средств без поэтапного прохождения государственной регистрации.

Обязательным условием при государственной регистрации является проведение экспертизы досье лекарственного средства. В последнее время возрастают требования по предоставлению данных в отношении качества и безопасности препаратов.

Один из методов всестороннего изучения безопасности лекарственного средства — это доклинические исследования на животных. Важной особенностью таких исследований является то, что результаты представляют не только научную ценность, но и лежат в основе решений, принимаемых государственными регулирующими органами по допуску лекарственных средств к клиническим исследованиям или медицинскому применению.

Консолидированным документом, регулирующим все аспекты проведения доклинического изучения лекарственных

средств в Республике Казахстан, являются *Правила проведения доклинических (неклинических) исследований биологически активных веществ* (приказ Министерства здравоохранения Республики Казахстан №745 от 19 ноября 2009 г.).

Доклинические исследования включают в себя *in vitro*- и *in vivo*-исследования, в ходе которых изучаются различные дозы тестируемого вещества, для получения данных о фармакодинамических и фармакокинетических свойствах. Большинство нежелательных побочных эффектов лекарственных препаратов выявляется в доклиническом токсикологическом исследовании. Исследования с участием людей можно начинать, если данные, полученные в ходе доклинических исследований, доказывают, что препарат может применяться для лечения заболевания, если препарат достаточно безопасен и

исследования не подвергают людей ненужному риску.

Целью всех фармакологических исследований является определение терапевтической эффективности препарата, а также его влияние на основные системы организма. В процессе изучения фармакодинамики вещества устанавливают не только его специфическую активность, но и возможные побочные реакции, связанные с фармакологической активностью. Действие исследуемого препарата на здоровый и больной организм различается, поэтому фармакологические испытания проводятся на моделях соответствующих заболеваний или патологических состояний.

При доклиническом изучении токсичности фармакологических свойств устанавливают характер и выраженность возможного повреждающего воздействия препаратов на экспериментальных животных. В ток-



психологических исследованиях выделяют три этапа:

1) изучение острой токсичности вещества при однократном введении;

2) определение хронической токсичности соединения, которое включает в себя повторное введение препарата на протяжении 1 года, а иногда и более;

3) установление специфической токсичности препарата — цитотоксичность, эмбриотоксичность, аллергенность и др.

Изучение повреждающего действия исследуемого препарата на организм экспериментальных животных позволяет определить, какие органы и ткани наиболее чувствительны к данному веществу, и на что следует обратить особое внимание при клинических испытаниях. Однако данные экспериментального исследования на животных не гарантируют полностью безопасность препарата для человека. Между животными имеются существенные видовые различия в интенсивности обмена веществ, активности ферментных систем, чувствительности рецепторов и т.д. Для установления общепризнанных закономерностей действия исследуемого препарата на живой организм и исключения влияния видовых особенностей на чувствительность к изучаемому средству исследование фармакологической активности и токсичности проводят на нескольких видах животных.

Принципы оценки активности препаратов, предназначенных для активной иммунизации человека, основаны на определении степени иммунологического ответа у экспериментальных животных, иммунизированных данными препаратами. Специфическую активность препаратов, предназначенных для активной иммунизации, оценивают по устойчивости вакцинированных животных к специфическому инфекционному агенту или токсину и по уровню специфических антител в крови.

Острая токсичность — вредное воздействие препарата,

проявляющееся после его однократного применения или повторного введения через короткие (не более 6 часов) интервалы в течение суток. Целью изучения острой токсичности является определение переносимых, токсических и летальных доз фармакологического вещества и причин наступления гибели животных. Метод осуществления токсичности в остром опыте определяют при однократном введении не менее чем на двух видах животных. Общее количество грызунов, использованных в эксперименте, должно обеспечить возможность вычисления основного параметра острой токсичности — ЛД 50.

Безопасность лекарственного средства обычно исследуют при нескольких путях введения. Один из них обязательно тот путь, при котором была показана терапевтическая активность, рекомендованный для клинического применения. При исследовании острой токсичности используются также патоморфологические исследования, которые представляют собой результаты макро- и микроскопического исследования органов животных, получавших новый препарат и препарат сравнения. Определяется также влияние фармакологического вещества на гематологические показатели. Эксперимент осуществляется на двух видах животных после однократного введения препарата в дозе, которую предполагается вводить человеку, или в максимальной дозе, которая при определении ЛД 50 не вызвала гибели животных, а также после многократного введения.

Хроническая токсичность определяется при введении препаратов повторно и в больших дозах. Продолжительность введения определяется предполагаемым курсом клинического применения. После окончания введения изучаемого вещества проводят максимально полное обследование экспериментальных животных с помощью гематологических, биохимических и патоморфологических исследований.

Определение местного действия лекарственного средства дополняет изучение токсичности в остром и хроническом опытах.

При изучении алергизирующих свойств оценивают способность лекарственного средства вызывать, при введении в организм, состояние повышенной чувствительности (гиперчувствительность, сенсбилизация), в основе которой лежат различные иммунопатологические механизмы.

Основная задача доклинического изучения влияния потенциальных лекарственных средств на иммунную систему состоит в том, чтобы в эксперименте на животных доказать или исключить возможность развития иммунотоксического действия, вызванного фармакологическим средством или его метаболитами.

Все исследования должны быть проведены с соблюдением правовых и этических норм использования животных в эксперименте.

Таким образом, нельзя недооценивать роль доклинических исследований, которые очень важны для оценки вероятности развития и характера побочных эффектов. ■

ЦЕЛЬЮ ХРОНИЧЕСКИХ ФАРМАКОТОКСИКОЛОГИЧЕСКИХ ЭКСПЕРИМЕНТОВ ЯВЛЯЕТСЯ ХАРАКТЕРИСТИКА СТЕПЕНИ ПОВРЕЖДАЮЩЕГО ДЕЙСТВИЯ ФАРМАКОЛОГИЧЕСКОГО ВЕЩЕСТВА ПРИ ЕГО ДЛИТЕЛЬНОМ ВВЕДЕНИИ, ВЫЯВЛЕНИЕ НАИБОЛЕЕ ЧУВСТВИТЕЛЬНЫХ ОРГАНОВ И СИСТЕМ ОРГАНИЗМА, А ТАКЖЕ ИССЛЕДОВАНИЕ СТЕПЕНИ ОБРАТИМОСТИ ВЫЗЫВАЕМЫХ ИМ ПОВРЕЖДЕНИЙ.



ТРИ ЛУЧШИХ МЕДИЦИНСКИХ ОТКРЫТИЯ 2012 ГОДА

Опрос проводился сотрудниками Кливлендской клиники (крупнейшей в США). На первом месте — открытие, связанное с бариатрическими операциями. Данный вид операций используется при лечении ожирения, то есть больным уменьшают желудки.

Второе место досталось прибору по устранению головных болей при мигренях. Устройство размером с лесной орех имплантируется в ткани верхней челюсти над одним из верхних «зубов мудрости» таким образом, что электрод устройства оказывается вблизи от нервов в области носовой перегородки. Включается с помощью дистанционного пульта.

Третьим важнейшим открытием в медицине был назван прибор для диагностирования рака кожи. Устройство, напоминающее небольшой ручной фен для волос, позволяет быстро и безошибочно диагностировать даже самые мелкие меланомные опухоли кожи (это наиболее опасная разновидность рака кожи).

В ЯРОСЛАВЛЕ СТРОИТСЯ НОВОЕ ФАРМПРЕДПРИЯТИЕ

Израильская Teva Pharmaceutical, одна из крупнейших в мире фармацевтических компаний, построит в Ярославле завод по производству лекарственных препаратов. Об этом сообщил на пресс-конференции 12 ноября заместитель губернатора Ярославской области Игорь Елфимов.

Teva Pharmaceutical стала седьмым резидентом ярославского кластера фарминдустрии. Планируется выпуск около 1 миллиарда таблеток в год. Ассортимент — более 130 препаратов для лечения кардиологических и неврологических заболеваний. Строительство пройдет в несколько этапов. Первую очередь рассчитывают завершить к концу 2014 года.

АКУШЕР ПОЛУЧИЛ \$50 000 ЗА КРОВАТЬ

Житель Астаны Марат Сулейменов предложил женщинам рожать в вертикальном положении и спроектировал мебель, которая позволяет им разрешиться от бремени лежа на спине или на боку, полусидя и даже на четвереньках. Технология, разработанная врачом-инженером, обогатила его на 7,5 миллионов тенге (50 000 долларов).

Сулейменов выиграл конкурс инновационных бизнес-планов NIF\$50K, победителю которого полагался крупный денежный приз.

УРВК-1М — так называется модель кровати. По словам изобретателя, ее производство на 30% дешевле зарубежных аналогов.

ЕВРОКОМИССИЯ РАССМОТРИТ ВОПРОС ОГРАНИЧЕНИЯ ПРИМЕНЕНИЯ АНТИБИОТИКОВ

По мнению представителей Комитета Европарламента по вопросам здравоохранения, странам ЕС в ближайшее время грозит возврат в преантибиотиковую эру. Для решения этой проблемы было предложено принять новое руководство по рациональному применению антимикробных средств, которое предусматривает ряд мер, направленных на более избирательное назначение антибиотикотерапии и существенное ограничение применения антимикробных препаратов, которые, по данным ВОЗ, наиболее часто вызывают развитие антибиотикорезистентности.

Также, в новом руководстве ужесточены условия использования антибиотиков в ветеринарии. Например, существенно ограничено использование антибиотиков III и IV поколений, развитие резистентности к которым может иметь тяжелые последствия для здравоохранения.

В РОССИИ ПРЕСЕЧЕНА ПОПЫТКА ФАЛЬСИФИКАЦИИ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ

В Ростовской области полицейские Центрального федерального округа разоблачили несколько нелегальных цехов по производству поддельных лекарственных средств. Эту продукция под видом импортной до сих пор можно встретить на аптечных прилавках.

Фальсификат изготавливали нелегальные мигранты в антисанитарных условиях, с использованием просроченных компонентов по «шпаргалкам» рецептов. Сырье поставлялось из Украины и Китая. С виду подделки практически не отличались от настоящих препаратов, их стоимость доходила до двадцати тысяч рублей за ампулу.

ЕС НАЧАЛ ФИНАНСИРОВАНИЕ ПРОЕКТА ПО ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИЮ РЕДКИХ ГЕНЕТИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Как сообщает пресс-служба Еврокомиссии, ЕС выделил грант в 12 млн евро на разработку новых способов диагностики и лечения редких генетических заболеваний в рамках седьмой рамочной программы ЕС (Seventh Framework Programme for research and technological development).

Для достижения заявленных целей в октябре 2012 г. был запущен 5-летний проект NEUROMICS (Integrated European Project on Omics Research of Rare Neuromuscular and Neurodegenerative Diseases — Интегрированный Европейский проект инновационных исследований редких нейромышечных и нейродегенеративных заболеваний). Его возглавил Олаф Рейс (Olaf Riess), профессор кафедры медицинской генетики Института генетики человека Университета Тюбингена.



КОНГРЕСС

«ЧЕЛОВЕК И ЛЕКАРСТВО – КАЗАХСТАН»: ВНОВЬ АНШЛАГ!

Форум состоялся при официальной поддержке Министерства здравоохранения РК, Комитета контроля медицинской и фармацевтической деятельности, Ассоциации представителей фармацевтических фирм в РК.

Международный научный форум с каждым годом становится все популярнее среди медицинской общественности Казахстана и стран СНГ.

Перед участниками нынешнего были поставлены следующие цели:

- внедрение современных методов диагностики и лечения в повседневную врачебную практику;
- обмен знаниями между практикующими врачами;
- ознакомление с лучшим зарубежным и отечественным опытом о тактике ведения наиболее распространенных патологий, методами современной диагностики, применением лекарственных средств на основании доказательной медицины.

На форуме врачи и ученые вновь «прошлись» по самым болезненным точкам различных отраслей отечественного здравоохранения: кардиологии, пульмонологии, эндокринологии, гастроэнтерологии, неврологии, педиатрии. Также обсудили проблемы антибиотикотерапии и другие актуальные вопросы современной медицины. С научной программой конгресса была тесно связана выставка современных лекарственных средств, новых информационных технологий и медицинского оборудования, изделий медицинского назначения и специализированных изданий.

Конгресс «Человек и лекарство – Казахстан» прочно во-



«Актуальные вопросы диагностики и лечения в клинике внутренних болезней» – под такой тематикой в Алматы и Шымкенте прошел V конгресс «Человек и лекарство – Казахстан».

шел в отечественную систему обучения и переобучения медицинских работников страны. Как подчеркнул на церемонии открытия форума Валихан АХМЕТОВ, ректор Алматинского института повышения квалификации врачей, здесь медики могут получить не только сертификаты, но и интересную информацию из первых уст.

В стране по поручению Президента РК создается независимый Центр оценки знаний медицинских работников и студентов по международным стандартам, о чем напомнила аудитории Лариса ПАК, заместитель предсе-

дателя Комитета контроля медицинской и фармацевтической деятельности Минздрава РК. Возможность же обучения на таких конгрессах, где собираются лучшие теоретики и практики зарубежной и отечественной медицины и фармацевтики, как говорится, дорогого стоит.

– Новые лекарственные технологии сегодня буквально врываются в нашу жизнь, – заявил профессор Вячеслав ЛОКШИН, президент Ассоциации международных фармацевтических производителей в РК, член оргкомитета Конгресса, – и подобные форумы позволяют быть в курсе



В.Н. Локшин



Р.С. Кузденбаева

« всех происходящих в отрасли событий. Сегодня, как никогда, важен мультидисциплинарный подход к заболеваниям и персонализированный подход к больному. Наш конгресс объединяет представителей всех медицинских специальностей, у них есть возможность сверить свои подходы. Предоставлена дискуссионная площадка для обсуждения самых актуальных проблем современного здравоохранения, таких как рост антибиотикорезистентности у больных и связанная с этим необходимость упорядочить в аптеках отпуск препаратов без рецептов, повышение лекарственной грамотности граждан.

Повышению осведомленности населения о ЛС посвятила свое выступление спикер пленарного заседания Раиса Салмаганбетовна КУЗДЕНБАЕВА, академик НАН РК, почетный президент конгресса «Человек и лекарство – Казахстан», директор Фармакологического центра НЦЭС, ИМН и МТ.

Отправная точка разговора – Поручения Президента страны правительству и минздраву о повышении лекарственной грамотности населения и внедрения ЗОЖ. Национальный центр ЭЛС, ИМН и МТ разработал собственный План реализации Поручения Президента РК, в рамках которого всем интернет-пользователям стал доступен *Государственный реестр регистрации ЛС, допущенных к обращению на территории Республики Казахстан*.

Раиса Кузденбаева более подробно остановилась на проблемах,

с которыми можно столкнуться, выполняя Поручение Главы государства о всеобщей лекарственной грамотности населения.

– В последнее время появился термин «ответственное самолечение», утвержденный ВОЗ, – сказала Раиса Салмаганбетовна. – Мы же употребляли термин «самолечение». Для потребителя такой способ лечиться дешевле и доступнее: не нужно идти к врачу за рецептом. Достаточно пойти в аптеку и купить лекарство по своему усмотрению, руководствуясь, в первую очередь, семейным бюджетом, затем советами провизора, друзей, родственников. Поэтому самолечение стало чрезвычайно популярным способом поправить здоровье. Явным минусом также становятся ошибки при лечении, они наносят ощутимый вред больному. Нет ЛС, которые не имели бы тех или иных противопоказаний, и их должен учитывать врач при назначении препарата. Но о побочных эффектах представители фармфирм, предлагающие врачам ознакомиться со своими лекарственными средствами, предпочитают не говорить. Теперь с этой информацией можно познакомиться на нашем сайте, и каждый желающий узнает, какие побочные эффекты, где, на каком континенте были обнаружены у того или иного препарата. Сейчас применяется единая *Инструкция о медицинском применении ЛС*, в которой есть вся информация о лекарственном средстве. Надо только внимательно ее прочитать как врачам, так и самим больным.

Мы, специалисты Центра, внимательно изучаем тексты этих инструкций, чтобы они были максимально полными и объективными. Большой проблемой остаются лекарственные препараты для детей: большая часть медикаментов не проходит специальных клинических испытаний на детях. Рекомендуется просто поделить таблетку или дозу на части, что, конечно же, неправильно. Бесконтрольный прием антибиотиков также большая проблема, и мы ее намерены широко обсудить в ходе этого конгресса. То есть проблем, с которыми может столкнуться человек при лечении, очень много.

Например, полипрагмазия, когда препараты больному дают горстями. А ведь никто и представления не имеет, какие при этом химические процессы происходят в его организме.

В целях информирования населения специалистами Фармакологического центра были разработаны «13 правил ответственного самолечения», в которых пошагово расписаны все действия, ведущие к эффективному и безопасному применению лекарственных препаратов.

Участникам мероприятия Раиса Салмаганбетовна предоставила методическое пособие «Рациональное применение лекарственных средств. Ответственное самолечение». Теперь медицинские работники на местах могут начать повышение лекарственной грамотности населения не с общих призывов, а конкретных рекомендаций специалистов.

Такой самоконтроль и бдительность ощутимо помогут больному, если учесть, что периодически на наших рынках появляются контрафактные ЛС.

Об этой проблеме на каждом конгрессе рассказывает Юрий ОРЛОВ, директор по безопасности зоны «Евразия» компании Sanofi (Москва).

В этот раз участникам показали видеоматериалы, демонстрирующие результаты рейдов в ходе закрытия лжепредприятий по производству лекарств. Действуют они в основном на территории России и Украины. Появляются с завидной регу-



лярностью, трудятся с размахом, поэтому контролирующим и фискальным органам работы хватает. Ущерб, наносимый ими фармацевтическим компаниям, исчисляется в 600 миллиардов долларов. Но самое страшное то, что страдают больные люди. В погоне за сверхприбылью аферисты не гнушаются подделывать препараты для онкобольных. Подпольный завод по производству фальсификата обнаружили ревизоры в Ростове-на-Дону. Видеоматериалы ошеломляют! 50 процентов препаратов, реализуемых через Интернет — поддельные. Всемирная сеть — самый доступный и пока практически ненаказуемый путь для мошенников делать миллионы на этом грязном бизнесе.

На пленарном заседании были рассмотрены многие аспекты терапевтической практики сегодняшнего дня. Актуальным для этого времени года стало сообщение на тему «Современные аспекты терапии гриппа и ОРВИ», сделанное В. ЦЫРКУНОВЫМ, заведующим кафедрой инфекционных болезней Гродненского университета. Освежив в памяти коллег теоретические знания, профессор Цыркунов подробнее остановился на интересных случаях из личной клинической практики. Он, в частности, рассказал, что ежегодно в Беларуси проводится вакцинация против гриппа, но процент заболевших остается на прежнем уровне. Рассказал также об апробации некоторых лекарственных средств, хорошо зарекомендовавших себя при лечении ОРВИ.

Эта тема получила развитие в докладе «Лечение кашля при ОРВИ и гриппе», который сделала на пленарном заседании Ирина КЛЯЧКИНА, профессор, доцент кафедры пульмонологии Государственного института усовершенствования врачей МО РФ (Москва).

Респираторная инфекция и сопутствующие ей симптомы детально рассматривались в ходе работы секции, посвященной клинической пульмонологии и достижениям современной антибиотикотерапии.

«Респираторные инфекции в практике терапевта: стандарты и инновации» — так обозначил проблему А.Ф. ШЕПЕЛЕНКО, профессор Первого Московского медицинского университета им. И.М. Сеченова. «Кашель в клинике внутренних болезней» — тема выступления Ирины КОЗЛОВОЙ, главного внештатного пульмонолога РК, профессора Медицинского университета «Астана». Дамиля НУГМАНОВА (завкафедрой семейной медицины КазНМУ им. С. Асфандиярова, президент Ассоциации семейных врачей Казахстана) рассказала коллегам о терапевтических подходах в лечении системного заболевания ХОБЛ.

Самым серьезным образом обсуждались кардиологические проблемы. Слушатели смогли послушать блестящие лекции кардиологов с мировым именем, известных московских профессоров Аркадия ВЕРТКИНА и Мехмана МАМЕДОВА.

Блестящий лекторский дуэт из Москвы был дополнен лекцией «Лечение пациента со стенокардией — эффективность простых решений» Елены НЕСУКАЙ, украинского академика.

невролога РК, завкафедрой дерматовенерологии Медицинского университета «Астана», наглядно показал, как много нужно обсудить представителям этой службы. Сопоставить собственные взгляды на современную дерматовенерологию с мнением коллег из СНГ позволил приезд в Алматы известных российских ученых.

А. ДУХАНИН (кафедра молекулярной фармакологии и радиобиологии Национального исследовательского медицинского университета им. Н.П. Пирогова, Москва) сделал сообщение на тему «Рациональный выбор препаратов для терапии акне». И. ХАМАГАНОВА (кафедра кожных болезней и косметологии того же института) рассказала о терапии аллергодерматозов. Л. КОТРЕХОВА, доцент кафедры дерматологовенерологии НИИ медицинской микологии им. П.Н. Кашкина из Санкт-Петербурга, поведала коллегам о совершенствовании лечения поверхностных микозов.

Всем медицинским миром обсуждались проблемы детства на специальной секции «Новые клинические рекомендации для педиатров», современные воз-

ГОСУДАРСТВО НАПРАВЛЯЕТ ОГРОМНЫЕ УСИЛИЯ НА СОЗДАНИЕ СОБСТВЕННОЙ ФАРМИНДУСТРИИ, ВЫДЕЛЯЕТ НЕОБХОДИМЫЕ СРЕДСТВА НА ОБЕСПЕЧЕНИЕ НАСЕЛЕНИЯ ЛЕКАРСТВЕННЫМИ ПРЕПАРАТАМИ В РАМКАХ ГОБМП. ПОЭТОМУ ОНО ВПРАВЕ ТРЕБОВАТЬ, ЧТОБЫ КАЖДЫЙ ТЕНГЕ ИЗ ЭТОЙ СТАТЬИ РАСХОДОВ ТРАТИЛСЯ РАЗУМНО, С МАКСИМАЛЬНОЙ ПОЛЬЗОЙ ДЛЯ НАРОДА.

Интересным было выступление Жанеты ПЕТРУЛИОНИЕНЕ, профессора из Литвы, на тему «Роль корректоров метаболизма в лечении сердечной недостаточности. Современные исследования».

Впервые на конгрессе представлена возможность встретиться и профессионально пообщаться врачам-дерматологам. Круглый стол «Новые направления терапии в дерматологии», прошедший под кураторством профессора Г. БАТПЕНОВОЙ, главного нештатного дерматове-

неврологии, проблемы клинической гастроэнтерологии.

Говорили о разных аспектах современного здравоохранения, находящихся на стыке различных медицинских дисциплин. Примером тому стал круглый стол с нестандартным названием — «Один пациент — два врача. Современный подход кардиологов и неврологов к терапии коморбидных состояний». В этом же формате анализировались нейродегенеративные заболевания. Интересная поле-



«мика развернулась вокруг темы «Специфическая или неспецифическая терапия».

Дискуссия, посвященная применению в современной медицинской практике антибиотиков, была содержательной и продуктивной. Самый животрепещущий вопрос озвучил профессор Г. ПИЧХАДЗЕ, заведующий кафедрой фармакологии КазНМУ им. С. Асфендиярова, председатель Республиканского научного общества фармакологов. Он заявил: «Резистентность к антибиотикам растет настолько стреми-

тельно, что скоро врачам вообще нечем будет лечить больных!».

Гурама Михайловича поддержали многие. Профессионалы за то, чтобы в казахстанских аптеках наконец-то запретили продавать лекарства без рецептов.

Казахстанский конгресс «Человек и Лекарство», в пятый раз собравший самых пытливых, стремящихся к профессиональному совершенствованию специалистов, стал ярким событием в медицинском мире. Его ждут, полученными на нем знаниями делятся с коллегами на местах.

Популярность международного форума свидетельствует о том, что врачи, фармацевты, ученые и медицинские работники с нетерпением будут готовиться к следующему.

А то, что он проводился под эгидой Министерства здравоохранения РК, как и другие международные форумы этой осени — лучшее подтверждение тому, что взят курс на качественно новое развитие отечественной медицины на государственном уровне. ■

Наталья ТОДОРОВА

В ЦЕЛЯХ ПОВЫШЕНИЯ ЛЕКАРСТВЕННОЙ ГРАМОТНОСТИ НАСЕЛЕНИЯ



Проблемам фальсификации ЛС, деятельности Фармаконадзора в Республике Казахстан был посвящен на конгрессе не только круглый стол, но и пресс-конференция. На вопросы журналистов отвечали Ардак ТУЛЕГЕНОВА (НЦЭС, ИМН и МТ) и Ю. ОРЛОВ (компания Sanofi).



Встреча организована в целях ознакомления представителей СМИ с мероприятиями, проводимыми медиками в рамках Поручений главы государства, обозначенных в его программной статье «Социальная модернизация Казахстана: Двадцать шагов к Обществу Всеобщего Труда».

Ардак ТУЛЕГЕНОВА, директор Фармакопейного центра НЦЭС, ИМН и МТ, заявила, что в Казахстане за последние годы на аптечных прилавках практически нет фальсифицированных лекарств. Во-первых, за всеми препаратами, ввозимыми в республику, установлен жесточайший контроль.

Во-вторых, мошенникам невыгодно ввозить фальсифицированные лекарства в Казахстан из-за ограниченного рынка сбыта.

По официальной статистике, на сегодняшний день — 0,1% фальсификата. Она также сообщила присутствующим, что подделывают чаще всего препараты, широко разрекламированные крупными фармфирмами. Но за тем, чтобы фальшивые ЛС не попадали в продажу, строго следят службы безопасности фирм-производителей.

Об этом рассказал Юрий ОРЛОВ, директор по безопасности зоны «Евразия» компании Sanofi (Москва).

Он сообщил, что в последнее время фальсифицированные лекарства встречаются в Киргизии, Таджикистане и Узбекистане. В Казахстане мошенникам невыгодно их реализовывать. Фальшивые лекарства для онкологических больных, изъятые в ходе резонансного дела в Ростове-на-Дону в 2011 году, дошли только

до Астрахани. В Казахстане их следов не обнаружено.

Далее, отвечая на вопросы журналистов, Ю. Орлов разъяснил, как научиться обычному потребителю хотя бы визуально (по этикетке, упаковке) отличить настоящее лекарство от фальсификата. Многие фирмы практикуют прокат в телеэфире специальных обучающих видеороликов для потребителей, показывая все подробности упаковки своего оригинального продукта.

Модераторы еще раз напомнили присутствующим, что следует полнее освещать в прессе все вопросы, касающиеся лекарственной грамотности населения, а лекарственные препараты покупать только в аптеках по рецепту врача. ■

Фарида СУЛЕЕВА



Т.С. НУРГОЖИН, А.Е. ГУЛЯЕВ, Б.А. ЕРМЕКБАЕВА, С.К. ЖАУГАШЕВА, Г.Т. АБУОВА, Э.А. АН, Е.А. ОМАРОВ
ЧУ «Центр наук о жизни» Назарбаев Университета, г. Астана; Карагандинский государственный медицинский университет; Южно-Казахстанская государственная фармацевтическая академия; Медицинский центр «Коктем-3», г. Костанай; Представительство фармацевтической компании «Гленмарк», г. Алматы

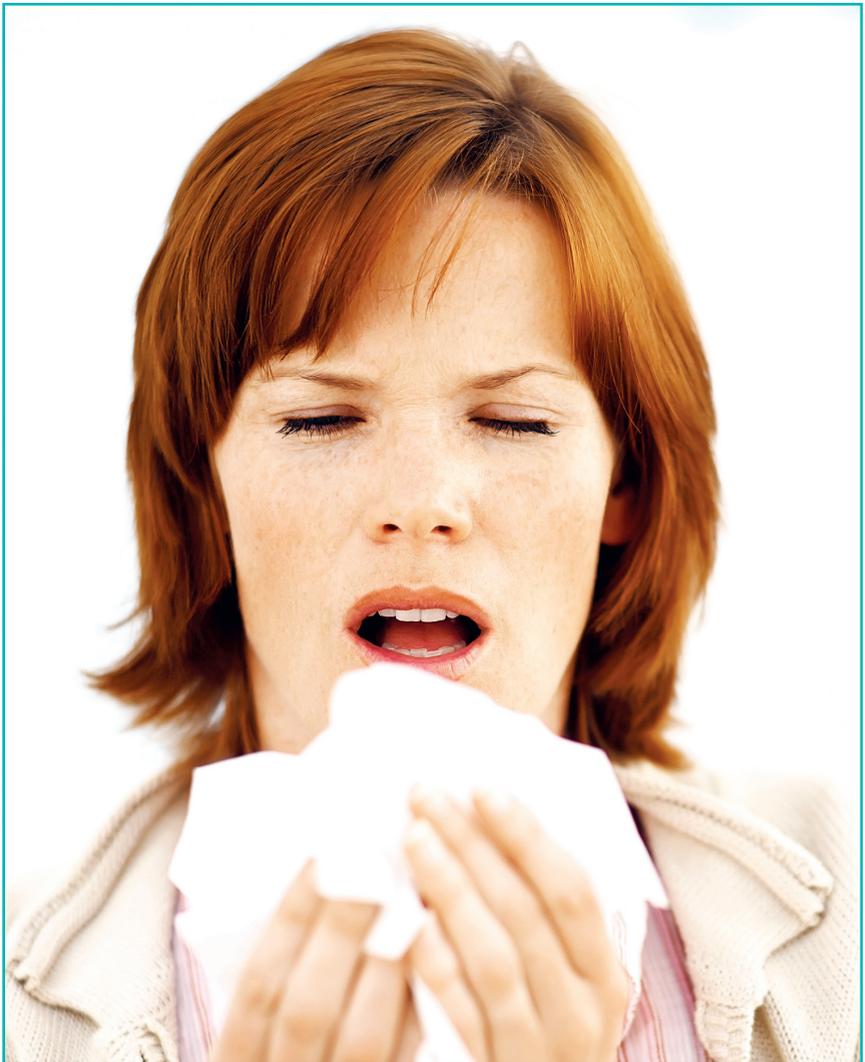
РЕЗУЛЬТАТЫ МЕЖДУНАРОДНОГО МНОГОЦЕНТРОВОГО НЕИНТЕРВЕНЦИОННОГО КЛИНИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ЭФФЕКТИВНОСТИ И БЕЗОПАСНОСТИ

АСКОРИЛ ЭКСПЕКТОРАНТА В ЛЕЧЕНИИ КАШЛЯ

Среди причин, заставляющих пациентов обращаться к врачу, кашель на пятой позиции. А среди симптомов, обусловленных патологией респираторной системы – на первой позиции /1/.

По статистике, к врачу обращаются примерно 20% всех заболевших ОРВИ. Обращения обусловлены преимущественно резистентностью кашля к домашним средствам и/или купленными безрецептурным средствам, употребляемым пациентами, а также значительной длительностью кашля, заметно превышающей по времени ожидаемую продолжительность заболевания /2/.

В качестве противокашлевых средств используется множество препаратов, влияющих на частоту, интенсивность и характер кашля /3/. При кажущемся большом выборе препаратов ситуация с наличием доказательств их эффективности совершенно неблагоприятна /4/. Подавляющее большинство безрецептурных лекарственных препаратов по данным Кокрановских систематических обзоров не имеют отличий по клинической эффективности от плацебо как у детей, так и у взрослых /5/. Кроме доказанного эффекта группы опиоидных средств существуют лишь небольшие клинические свидетельства полезности использования гвайфенезина, бромгексина и ацетилицистеина при вариантах кашля, связанных с инфекциями верхних дыхательных путей /6/.



Известно, что кашель принадлежит к числу симптомов, наиболее часто встречающихся во врачебной практике.

**Таблица 1. Исследуемая группа пациентов**

Диагноз	ВЗРОСЛЫЕ, 18-78 ЛЕТ	
	Муж. пол	Жен. пол
ОРВИ	3260	3085
Острый бронхит	1382	616
Обострение хронического бронхита или ХОБЛ	650	234
Внебольничная пневмония	52	24
Бронхиальная астма	5	4

Целью назначения противокашлевой терапии у детей раннего возраста является преимущественно разжижение мокроты, снижение ее адгезивности и усиление тем самым эффективности кашля.

Таким образом, эффективность противокашлевой терапии заключается, по сути, в усилении кашля при условии перевода его из сухого непродуктивного во влажный и продуктивный. Это, в конечном счёте, и приводит к восстановлению проходимости дыхательных путей, устранению раздражения слизистой и выключению кашлевого рефлекса /7/.

С увеличением возраста в основе развития кашля значительную роль играет бронхоспазм, что, естественно, должно учитываться при выборе терапии /8/. У взрослых потребность в снижении адгезивности мокроты и снятии гипертонауса бронхов выражена примерно в равной степени /9/. Эти соображения по поводу формирования кашля и лежат в основе многолетней традиции использования комбинированных лекарственных средств.

Одним из таких препаратов является АСКОРИЛ Экспекторант (сироп), в состав которого входят бромгексин, гвайфенезин, сальбутамол и ментол.

Сальбутамол является одним из самых безопасных бронходилататоров – селективным β_2 -агонистом. Помимо этого стимулирует мукоцилиарный клиренс – секрецию слизи и активность реснитчатого эпителия. Тормозит выброс медиаторов из тучных клеток и базофилов, устра-

няет антигензависимое подавление мукоцилиарного клиренса и выделение факторов хемотаксиса нейтрофилов /10/.

Бромгексин гидрохлорид оказывает муколитическое и отхаркивающее действие посредством деполимеризации и разрушения мукопротеинов и мукополисахаридов, входящих в состав мокроты. Кроме того, стимулирует деятельность секреторных клеток слизистых оболочек бронхов, продуцирующих сурфактант, обеспечивающих стабильность альвеол в процессе дыхания, защиту от неблагоприятных факторов, а также улучшение реологических свойств бронхиальной слизи (уменьшение адгезивности, формирование двух фаз бронхиальной слизи – золя и геля), способствующих лучшей ее экспекторации /11/.

Гвайфенезин – отхаркивающее средство. Стимулирует секрецию жидких частей бронхиальной слизи (нейтральные мукополисахариды), повышает активность цилиарного эпителия бронхов и трахеи. Уменьшает поверхностное натяжение и адгезивные свойства мокроты, снижает ее вязкость, увеличивает объем, облегчая ее эвакуацию из дыхательных путей. Важным дополнительным эффектом является мягкое успокаивающее действие /12; 13/.

Ментол – местнораздражающее средство. Мягко стимулирует секрецию бронхиальных желез, обладает антисептическими свойствами, восстанавливает функцию мерцательного эпителия слизистой оболочки бронхов. Раздражающий (отвлекающий) эффект способствует понижению болевых ощущений /14/.

Все компоненты обладают синергическим действием, улучшая мукоцилиарный клиренс, регулируя секрецию бронхиальной слизи и ее реологические свойства, снижая избыточный тонус бронхов. В результате происходит быстрое очищение бронхов от изменённого бронхиального секрета и уменьшение/прекращение кашля /15/.

В настоящем сообщении описываются результаты многоцентрового неинтервенционно-

го клинического исследования эффективности и безопасности применения комплексного препарата АСКОРИЛ Экспекторант («Гленмарк», Индия) для симптоматического лечения кашля у взрослых пациентов и детей в Республике Казахстан и Республике Узбекистан.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Неинтервенционное клиническое многоцентровое исследование проведено в 2011-2012 гг. в поликлиниках и семейных врачебных амбулаториях Астаны, Алматы, Караганды, Шымкента, Актобе (Казахстан), а также поликлиниках Ташкента (Узбекистан).

Клиническое исследование проведено среди взрослых, одобрено и зарегистрировано в Регистре клинических исследований КИН РК №006-2011 в Казахстане. В Республике Узбекистан проведено среди взрослых и детей.

Врачи на амбулаторном приёме заполняли специально разработанные для данного исследования анкеты, внося данные дважды: при назначении препарата и при его отмене.

Критерии включения в исследование:

- наличие письменного согласия пациента на участие в исследовании;
- возможность лечения в амбулаторных условиях;
- обязательное наличие у больного диагноза ОРВИ, острого бронхита, обострения хронического бронхита или ХОБЛ (I-II степень тяжести по классификации ХОБЛ), бронхиальной астмы, внебольничной пневмонии;
- наличие/усиление кашля с отделением мокроты или без нее.

Критерии исключения:

- состояние, требующее госпитализации;
- подтвержденная или предполагаемая непереносимость компонентов препарата;
- диагностированные/установленные ранее заболевания органов дыхания (туберкулез, саркоидоз, рак легкого, аллергические заболевания и др.), декомпенсированный сахарный диабет, тахикардия, тиреотоксикоз, глаукома, выраженная



печеночная и почечная недостаточность, язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки в стадии обострения, период беременности и грудного вскармливания;

- прием теофиллина, ингибиторов МАО, β -блокаторов, диуретиков, системных глюкокортикостероидов, противокашлевых препаратов.

Были запланированы 2 визита: 1-й — прием у врача (осмотр, обследование, выдача препарата, заполнение анкеты), 2-й — завершающий (осмотр, обследование, заполнение анкеты).

Предварительно следует указать, что общепринятые методики оценки эффективности противокашлевых препаратов в значительной степени могут полагаться на субъективные подходы и используют системы условных единиц оценки кашля /19/. Этому мы и следовали в своей работе.

Оценивалось общее состояние, температура, интенсивность кашля и объем мокроты у пациентов перед назначением препарата и при повторном осмотре. Оценка интенсивности дневного и ночного кашля проводилась по 5-балльной шкале. Количество мокроты оценивали по следующей шкале: мокроты нет — 0 баллов, умеренное количество (до 5 мл) — 1 балл, большое количество (15 мл и более) — 2 балла.

В Казахстане в исследование было включено 9312 пациентов: 5349 — мужского, 3963 — женского пола (в возрасте от 18 до 78 лет). Распределение по нозологическим формам — в таблице 1.

В Узбекистане в исследование были включены 7000 амбулаторных пациентов в возрасте от 3-х до 70 лет: мужчин — 3852 (55,1%), женщин — 3148 (44,9%).

Распределение больных по заболеваниям: ОРВИ и ОРЗ — 2140 человек (30,5%), больные с острым бронхитом — 2241 (32%), катар верхних дыхательных путей — 530 (7,5%), больные с трахеобронхитом — 398 (5,6%), другие диагнозы — 480 (6,8%). Среди пациентов было 1349 детей, из них до 7 лет — 616 (39,4%), 7-16 лет — 733 (46,8%).

Всего в настоящем сообщении анализировались результаты использования препарата АСКОРИЛ Экспекторант у 16312 пациентов.

Дозировка препарата для взрослых и детей старше 12 лет составляла по 10 мл сиропа 3 раза в день, для детей в возрасте от 6 до 12 лет — 5-10 мл 3 раза в день, до 6 лет — 5 мл сиропа 3 раза в день.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Изменения симптомов ОРВИ (8587 пациентов) при назначении препарата АСКОРИЛ Экспекторант представлены в таблице 2.

Среди пациентов с диагнозом ОРВИ на частый выраженный кашель (3-4 балла), сопровождающийся выделением умеренного количества мокроты на протяжении дня, жаловались 88,1% больных. В большинстве случаев состояние сопровождалось субфебрильной температурой и другими типичными для ОРВИ симптомами. Средняя продолжительность приема препарата взрослыми и детьми

составила $3,9 \pm 0,3$ дня. При этом облегчение кашля подавляющее большинство пациентов отмечали уже на вторые сутки лечения. При повторном осмотре состояние пациентов принципиально улучшилось, кашель фактически прекратился; только у 10 взрослых пациентов и 9 детей зафиксированы жалобы на умеренный кашель. Нежелательных лекарственных реакций на применение препарата не установлено.

Субъективная оценка лечащих врачей эффективности препарата АСКОРИЛ Экспекторант (АЭ) при ОРВИ показана на рисунке 1.

Как видно, только 9% врачей оценили эффект АЭ как удовлетворительный, не было зафиксировано ни одного случая оценки эффективности. Случаев неэффективного использования препарата АЭ отмечено не было.

В Узбекистане 3% врачей оценили эффект препарата как удовлетворительный, не было зафиксировано ни одного случая низкой оценки эффективности, 36%



Таблица 2. Клиническая эффективность препарата при ОРВИ

Состояние	Температура	Тяжесть дневного кашля (усл. ед.)	Тяжесть ночного кашля (усл. ед.)	Объем мокроты (усл. ед.)
Исходное, до применения препарата	$36,9 \pm 1,5$	$3,6 \pm 0,2$	$0,5 \pm 0,01$	$1,1 \pm 0,02$
По завершении лечения	$36,7 \pm 0,9$	$0,2 \pm 0,01$	0	0

Таблица 3. Клиническая эффективность препарата при остром бронхите

Состояние	Температура	Тяжесть дневного кашля (усл. ед.)	Тяжесть ночного кашля (усл. ед.)	Объем мокроты (усл. ед.)
Исходное, до применения препарата	$37,3 \pm 1,9$	$4,2 \pm 0,2$	$1,8 \pm 0,1$	$1,4 \pm 0,2$
По завершении лечения	$36,7 \pm 2,1$	$0,3 \pm 0,06$	$0,02 \pm 0,007$	0

Таблица 4. Клиническая эффективность препарата у пациентов с обострением хронического бронхита или ХОБЛ

Состояние	Температура	Тяжесть дневного кашля (усл. ед.)	Тяжесть ночного кашля (усл. ед.)	Объем мокроты (усл. ед.)
Исходное, до применения препарата	$37,4 \pm 1,7$	$4,2 \pm 0,2$	$4,0 \pm 0,1$	$2,4 \pm 0,4$
По завершении лечения	$36,9 \pm 0,1$	$0,5 \pm 0,02$	$0,3 \pm 0,04$	$0,7 \pm 0,08$

**Таблица 5. Общая оценка тяжести кашля до лечения (когорта пациентов в Узбекистане)**

№	Симптом	днем (абс, %)		ночью (абс, %)	
		абс	%	абс	%
0	Днем кашель отсутствует	-	-	721	10,3%
1	Короткий период кашля	1450	20%	5208	74,4%
2	Более чем 2 периода кашля	3992	57,1%	616	8,8%
3	Частый кашель с сохранением повседневной деятельности	1255	17,9%	455	6,5%
4	Частый кашель, мешающей повседневной деятельности	303	4,3%	-	-
5	Изматывающий кашель	-	-	-	-

Таблица 6. Общая оценка тяжести кашля после лечения (когорта пациентов в Узбекистане)

№	Симптом	Днем (абс,%)		Ночью (абс,%)	
		абс	%	абс	%
0	Кашля нет	5907	84,3%	5798	82,8%
1	Короткий период кашля	168	2,4%	127	1,81%
2	Более чем 2 периода кашля	112	1,6%	95	1,35%
3	Частый кашель с сохранением повседневной деятельности	581	8,3%	980	14,0%
4	Частый кашель, мешающей повседневной деятельности	238	3,4 %	-	-
5	Изматывающий кашель	-	-	-	-

врачей оценили эффект препарата как очень высокий и 61% — как высокий. Случаев неэффективного использования препарата не было отмечено.

Пациентов с диагнозом острый бронхит было 2864 человека. Динамика симптоматики в процессе лечения показана в таблице 3.

Средняя продолжительность приёма препарата при остром бронхите составила $5,0 \pm 0,2$ дня. Положительная динамика наблюдалась со 2-х суток приёма препарата. К моменту повторного осмотра частый кашель оставался у 4 человек, редкий — у 29 пациентов. Нежелательных лекарственных реакций не отмечено.

Оценка эффекта исследуемого препарата врачами Казахстана и Узбекистана почти идентична (рис. 2).

Очевидно, что при остром бронхите подавляющее большинство врачей оценивают эффект АЭ как «высокий» или «очень высокий». Обострение хронического бронхита или ХОБЛ также служило поводом для назначения препарата. В исследо-

вании пациентов с таким диагнозом — 884. Характеристика исходного состояния этих пациентов дана в таблице 4.

Как видно, у большинства пациентов обострение основного заболевания сопровождалось частым кашлем, снижающим дневную активность, и частым ночным кашлем, мешающим сну; объем отделяемой мокроты был существенным или большим у основной массы пациентов. Продолжительность приема препарата в этом случае составила $7,3 \pm 0,9$ дня. В большинстве случаев получен положительный эффект. Появления нежелательных лекарственных реакций не зафиксировано.

Из данных таблицы видно, что использование препарата в комплексной терапии приводит к уменьшению выраженности кашлевого симптома, особенно заметно снижение ночного кашля и уменьшение объема отделяемой мокроты. Мнение врачей относительно эффективности препарата отражено в диаграмме (рис. 3). Большинство оцени-

вает его как «высокоэффективный».

Результаты использования препарата, полученные в Узбекистане, анализировались отдельно, по критериям «тяжесть кашля» и «объем мокроты», независимо от возраста пациента и диагноза заболевания. В таблице 5 приведена исходная характеристика синдрома кашля.

Изучение оценки кашля до лечения: у большинства больных (57,1%) наблюдалось более 2-х периодов кашля. Частый кашель с сохранением повседневной деятельности днем — у 1255 больных (17,9%). Частый кашель в течение дня наблюдался у 303 больных (4,3%). Ночной кашель разной степени тяжести регистрировали у 100% больных. Изменение характера кашля после лечения можно определить по данным таблицы 6.

Как видно из таблицы, применение АСКОРИЛ Экспекторанта значительно изменило характер кашля, причём у 84% днем и 82% больных ночью он отсутствовал. Один эпизод кашля днём был у 2,4% больных, ночью — у 1,81%; 2 периода кашля наблюдались днём у 1,6% больных, ночью — у 1,35% больных. После лечения частый кашель днём наблюдался почти у 11,7% больных. Для сравнения: до лечения частый кашель был у 22,2% больных. Значит, эффективность лечения АЭ в группе, где наблюдался частый кашель — 50%.

В группе с кашлем более чем в 2 периода: до лечения кашель наблюдался днём у 77,8% больных, после лечения эпизоды кашля были у 4% больных, что доказывает эффективность применения препарата при частых эпизодах кашля.

Оценка объема выделенной мокроты до лечения характеризует степень воспаления бронхов и obstruction, следовательно, и тяжесть болезни. Мокрота выделялась у 3674 больных (52,1%), причём значительный объем мокроты выделялся у 922 больных (13,1%). После лечения у 94% больных мокрота отсутствовала, у 6% присутствовала в минимальном количестве.



Эффективность препарата АСКОРИЛ Экспекторант при ОРВИ (%)



Рисунок 1. Субъективная оценка эффективности препарата в лечении кашля при ОРВИ

Эффективность препарата АСКОРИЛ Экспекторант при хроническом бронхите (%)



Рисунок 3. Субъективная оценка эффективности препарата АЭ в лечении кашля при обострении хронического бронхита или ХОБЛ

Эффективность препарата АСКОРИЛ Экспекторант при остром бронхите (%)



Рисунок 2. Субъективная оценка эффективности препарата в лечении кашля при остром бронхите

Мнение врачей по поводу эффективности применения препарата АЭ в Узбекистане сходно с мнением казахстанских докторов. Узбекские врачи отмечают (как преимущество) очень высокую эффективность, то есть значительное снижение кашля с 1-го дня приема препарата, с полным прекращением кашля на 3-й день, отсутствие субъективных жалоб, аускультативные данные в норме. Такую оценку дали 80,6% врачей, участвовавших в исследовании. Высокую оценку — снижение кашля с 1 дня приема препарата, полное прекращение кашля на 6-8 день

терапии — дали 16% исследователей. Суммарно эффективность составила 96%. Оценки «удовлетворительно», «низко» и «без эффекта» исследователями не выставлялись.

Интересно и описание эффективности использования препарата при пневмонии и бронхиальной астме. В рамках исследования было 23 случая использования препарата при бронхиальной астме у детей и 9 случаев — у взрослых пациентов. Длительность использования препарата до получения существенного эффекта прекращения кашля: 4,2 суток — у детей и 4,8 суток — у взрослых. Эффект оценён в 9 случаях как очень высокий, в 10 — высокий, в 4 — удовлетворительный. У взрослых пациентов эффект при астме оценён в 6 случаях как очень высокий, в 2 — высокий.

В 19 случаях АЭ использовался при пневмонии у детей. Длительность использования — 6,6 суток. Эффект оценён в 5 случаях как очень высокий, в 12 — высокий, в 2 — удовлетворительный.

В комплексной терапии внебольничной пневмонии пациенты после 18 лет, наряду с антибиотиками, в 76 случаях (34 и 42 соответственно — женщины и мужчины) применяли АЭ. Средняя продолжительность приёма —

6,1±0,3 дня. В анкетах врачи отметили, что считают противокашлевой эффект высоким или очень высоким в 92% случаев, только в 8% — как удовлетворительный.

Таким образом, результаты исследования по двум странам демонстрируют очень высокую эффективность и безопасность использования препарата АСКОРИЛ Экспекторант (АЭ).

Результаты, полученные в условиях нашего наблюдения, хорошо согласуются с результатами других исследований. Так, результаты достаточно крупного исследования (768 пациентов под контролем 81 врача общей практики или педиатра) продемонстрировали, что препарат является эффективным средством в борьбе с кашлем и одышкой, обеспечивает снижение объёма мокроты при хроническом бронхите и ХОБЛ. Никаких серьёзных побочных эффектов отмечено не было.

Проведено изучение сравнительной эффективности и безопасности АЭ и безрецептурных противокашлевых препаратов, включая Амброксол и фитопрепараты. Оценивались интенсивность кашля и одышки, объём мокроты. Врачей просили оценить эффективность, а пациентов — приемлемость терапии. Было отмечено, что улучшение и облегчение симптомов наступало почти немедленно в группе, где использовали АСКОРИЛ Экспекторант. 96% врачей оценили его как «очень высокоэффективный» либо «высокоэффективный». 34% врачей оценили другие противокашлевые препараты как имеющие высокую или очень высокую эффективность.

96% пациентов оценили приемлемость препарата как «высокую» или «хорошую», в то время как 24% поставили такую же оценку другим препаратам. Исследователи считают, что препарат превосходит другие противокашлевые препараты при лечении кашля, связанного с респираторными инфекциями /20/.

Многоцентровое проспективное рандомизированное исследование с двойным слепым контролем на 426 пациентах с



« продуктивным кашлем позволило сравнить (в течение 7 дней лечения) эффективность фиксированных комбинаций по выбору:

- сальбутамола 2 мг + бромгексин 8 мг + гвайфенезин 100 мг (группа А);
- сальбутамола 2 мг + гвайфенезин 100 мг (группа В);
- 2 мг + бромгексин 8 мг (группа С).

Отличная эффективность (44,4%) зарегистрирована в группе А, более низкая (14,6%) – в группе В, ещё ниже (13%) – в группе С /21/. Эти данные позволяют говорить об эффекте потен-

предпочтения в выборе противокашлевых препаратов основываются, главным образом, на субъективных мнениях экспертов, а не на доказательствах /22/.

На этом фоне выгодно выделяется препарат АСКОРИЛ Экспекторант, эффективность и безопасность которого подтверждены методами доказательной медицины, а также отмечены высокой субъективной оценкой врачей и пациентов.

Есть все основания утверждать, что правильный выбор в пользу АЭ и рациональное применение этого лекарственного

центрального неинтервенционного клинического исследования, проведенного с участием 16312 пациентов в городах Казахстана и Узбекистана, позволяют утверждать следующее:

АСКОРИЛ Экспекторант («Гленмарк», Индия) в стандартной дозе является высокоэффективным симптоматическим лекарственным средством для лечения кашля при ОРВИ, остром бронхите у детей после 3 лет и взрослых до 78 лет; при обострении хронического бронхита или ХОБЛ (I-II степень тяжести по классификации ХОБЛ) – у взрослых. Большинство пациентов отмечают противокашлевый эффект по истечении первых суток применения.

Применение препарата не сопровождается появлением нежелательных лекарственных реакций; пациенты хорошо переносят стандартные дозы.

91% врачей, назначавших препарат АЭ, оценивают его как высокоэффективный. ■

Список использованной литературы можно запросить в редакции.

ЧТО МЫ ЗНАЕМ О КАШЛЕ ПОМИМО ТОГО, ЧТО ЭТОТ НАДОЕДЛИВЫЙ СИМПТОМ СУЩЕСТВЕННО ОТРАВЛЯЕТ ЖИЗНЬ? НЕМНОГО. ОДНАКО НА ПРИЕМЕ У ВРАЧА ГОВОРИМ: «ДОКТОР, ДАЙТЕ МНЕ ЧТО-НИБУДЬ ОТ КАШЛЯ».

НИ ОДИН УВАЖАЮЩИЙ СЕБЯ ВРАЧ НЕ СМОЖЕТ НАЗНАЧИТЬ ЛЕКАРСТВО, ТОЛКОМ НЕ ПРЕДСТАВЛЯЯ СЕБЕ, О КАКОМ КАШЛЕ И КАКОЙ БОЛЕЗНИ ИДЕТ РЕЧЬ. ПОЭТОМУ ПАЦИЕНТЫ, НЕ ЖЕЛАЯ СДАВАТЬ АНАЛИЗЫ И ПРОХОДИТЬ ОБСЛЕДОВАНИЕ, БЕГУТ В АПТЕКУ. НЕУМЕНИЕ ВРАЧА УБЕДИТЬ ПАЦИЕНТА ВЫЯСНИТЬ ПРИРОДУ КАШЛЯ ЗАЧАСТУЮ УСПЕШНО ИСПОЛЬЗУЮТ АПТЕКАРИ.

ХУДОЖЕСТВЕННЫЕ ТАБЛИЧКИ С НАДПИСЬЮ «ОТ КАШЛЯ» УКРАШАЮТ ВИТРИНЫ, ЗАСТАВЛЕННЫЕ САМЫМИ РАЗНООБРАЗНЫМИ СРЕДСТВАМИ – КАПЛЯМИ, ТАБЛЕТКАМИ, СИРОПАМИ, СБОРАМИ ТРАВ И ПРОЧИМ. НА ПРОСЬБУ ДАТЬ ЧТО-НИБУДЬ ОТ КАШЛЯ ВСЕГДА ОТРЕАГИРУЮТ БЛАГОСКЛОННО: И ВЫБОР БОГАТ, И УПАКОВКА НА ЛЮБОЙ ВКУС, И ЦЕНЫ НА ЛЮБОЙ КОШЕЛЕК. ТАК ЧТО БЕЗ ПОКУПКИ НЕ УЙДЕТ НИКТО!

цирования эффекта отдельных компонентов препарата АЭ.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

До настоящего времени медикаментозное лечение кашля невозможно считать оптимальным,

средства при кашле может существенно повысить эффективность основного лечения.

Таким образом, результаты много-





Т.Д. Зарипова, Н.А. Садырбаева, Л.Н. Зарипова, С.Д. Ахмедова, А.А. Утигалиев
НИИ травматологии и ортопедии, г. Астана

ПРИМЕНЕНИЕ ХОНДРОКСИДА У БОЛЬНЫХ ОСТЕОАРТРОЗОМ

Заболевание имеет множество этиологических факторов. К ним относятся: пожилой возраст, избыточная масса тела, дефекты развития костно-мышечной системы, наследственность, профессиональные вредные факторы, травматизация, нарушения эндокринного фона /1; 2/.

Неудивительно, что остеоартроз широко распространен: 10% населения земного шара (по данным ВОЗ) страдает данным заболеванием. Хотя достоверных данных об уменьшении продолжительности жизни больных ОА нет, известно, что это заболевание по частоте инвалидизации занимает второе место после ИБС /3/.

Согласно рекомендациям EULAR лечение ОА включает в себя сочетанное применение фармакологических и нефармакологических методов /4/. Медикаментозные препараты принято делить на две группы: симптом- и структурно-модифицирующие (базисные). В данной статье речь пойдет о второй группе препаратов. Известно, что в патогенезе ОА происходит нарушение метаболизма суставного хряща с преобладанием в нем катаболических процессов. При этом идет снижение агрегации протеогликанов, недостаточный синтез гиалуроновой кислоты, потеря коллагена. Утрачивается главное свойство хрящевой ткани — эластичность, как следствие — истончение и разволокнение хряща. Потеря хрящом амортизационных свойств приводит к тому, что вся нагрузка падает на эпифиз, что определяет развитие остеоартроза в подлежащей костной ткани с образованием остеофитов. Растрескивание хряща влечет за собой отделение его фрагментов и попадание их в синовиальную



Остеоартроз (ОА) – дегенеративное заболевание, поражающее главным образом суставной хрящ, а также капсулу, субхондральную кость, синовиальную оболочку и периартикулярные мышцы.

жидкость, далее — раздражение ими синовиальной оболочки сустава с развитием воспаления. Все это сопровождается выделением протеаз, различных медиаторов, в том числе цитокинов; развитием артериальной и венозной гиперемии. Известно, что главным симптомом заболевания является боль. Однако её купирование не должно выходить на первый план. ОА относится к группе заболеваний с неуклонным прогрессированием, и симптоматическая терапия никак не может предотвратить этого. Более того, многие НПВП, применяемые для уменьшения болевого синдрома при ОА, оказывают хондронегативное действие.

Итак, главным звеном патогенеза ОА является протеогликановая недостаточность. Следовательно, чтобы замедлить прогрессирование заболевания и предотвратить деформацию

суставов, необходимо назначение базисных препаратов или хондропротекторов. Структурно-модифицирующий эффект этих препаратов доказан как в экспериментальных, так и в клинических исследованиях /5/. К основным эффектам хондропротекторов относятся: увеличение синтеза хондроцитами гиалуроновой кислоты, гликозаминогликанов, протеогликанов, коллагена, протеинов; снижение активности лизосомальных ферментов; увеличение резистентности к действию провоспалительных цитокинов и назначаемых с терапевтической целью НПВП /6/.

Представителем группы данных препаратов является ХОНДРОКСИД, действующее вещество которого хондроитин сульфат — естественный компонент хрящевой ткани.

Цель настоящего исследования — изучение эффектив-



ности препарата ХОНДРОКСИД у больных ОА. При этом оценивались переносимость и безопасность применения, динамика функционального состояния пораженных суставов и возможность снижения дозы НПВП на фоне применения препарата.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В исследование вошли 28 больных с достоверным диагнозом ОА согласно АКР /7; 8/. Среди них 7 мужчин и 21 женщина в возрасте 44-72 лет, со II-III стадией ОА по Келгрену, ранее не получавшие хондропротекторы, практически постоянно испытывающие боли в суставах, длительное время принимающие НПВП и простые анальгетики. Средний возраст больных составил $55,2 \pm 7,8$ лет. Длительность заболевания – $11,2 \pm 6,5$ лет.

Больных обследовали дважды – до начала лечения хондропротекторами и через месяц приема препарата ХОНДРОКСИД (250 мг по 2 таблетки 2-3 раза в день) + ХОНДРОКСИД-гель местно на пораженные суставы в комбинации с ЦОГ-2 селективными НПВП в средних терапевтических дозах, сосудистой терапией и препаратами кальция. Оценку эффективности лечения проводили с использованием шкалы WOMAC (Western Ontario and McMaster University osteoarthritis index), которая включает в себя три подшкалы: болевую (вопросы 1-5), шкалу утренней скованности (6, 7) и повседневной активности (8-24); альгофункциональ-

ного индекса Лекена /9; 10/.

Оценку состояния больного проводили пациент и врач с использованием 5-балльной шкалы Ликерта (1 – очень плохое, 2 – плохое, 3 – удовлетворительное, 4 – хорошее, 5 – очень хорошее). Также оценивалась потребность в приеме НПВП и обезболивающих препаратов.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

На фоне проведенной терапии ОА уже через неделю лечения отмечалось уменьшение болевого синдрома у 20 (71%) больных, в то время как у остальных 8 пациентов (29%) не было отмечено особого улучшения. Достоверное уменьшение показателей скованности, функционального состояния суставов и скорости ходьбы (15 метров) наблюдалось через 2 недели лечения и сохранялось до конца терапии у 26 (95%) больных.

При этом выявлено достоверное уменьшение индекса тяжести по Лекену с $2,1 \pm 0,9$ баллов до $3,2 \pm 0,8$ баллов. Через 4 недели приема препарата ХОНДРОКСИД (таблетки + гель) индекс Лекена снизился с $9,2 \pm 3,4$ до $5,8 \pm 2,1$.

Нарушение функции суставов (анкета WOMAC) до приема ХОНДРОКСИДА составило $198,5 \pm 31,2$. Суммарный индекс WOMAC изменялся аналогично показателям боли.

Уменьшение показателей нарушения функционального состояния суставов и суммарного индекса WOMAC отмечено у пациентов уже на втором визите, т.е. через неделю от нача-

ла лечения, что подтверждает быстрое начало действия геля ХОНДРОКСИД. В ходе последующих визитов снижение этих показателей продолжалось, и через 4 недели индекс WOMAC составил $84,6 \pm 32,8$.

Достижение быстрого обезболивающего эффекта при приеме ХОНДРОКСИДА позволило отменить НПВП у 8 больных (29,7%), а у 9 (32,1%) снизить их дозу уже после первой недели лечения. Через месяц половина пациентов (50%), применявших ХОНДРОКСИД (таблетки + гель), смогли отказаться от НПВП. Полученные данные свидетельствуют о выраженном анальгетическом эффекте препарата ХОНДРОКСИД.

Переносимость терапии в целом была хорошей. Применение препарата в течение месяца не выявило токсического влияния на функцию внутренних органов, что дает возможность длительно применять ХОНДРОКСИД как вариант базисной терапии ОА.

Таким образом, назначение ХОНДРОКСИДА в комплексной терапии ОА является патогенетически обоснованным и позволяет уменьшить боль и скованность в пораженных суставах, улучшить их функциональное состояние и качество жизни больных, снизить дозу получаемых НПВП или даже отказаться от их приема.

Совместное использование пероральной и гелиевой форм препарата ХОНДРОКСИД позволяет сократить сроки лечения и усилить терапевтический эффект. ■

Список использованной литературы можно запросить в редакции.



БЕЗОПАСНОСТЬ ЛЕКАРСТВ

Применение валацикловира при герпесе полости рта

В клинических испытаниях у группы пациентов, получавших валацикловир (Валтрекс) по поводу орального герпеса в дозе 2 г в сутки ($n = 609$), и у группы пациентов, получавших плацебо 1 раз в сутки ($n = 609$), были отмечены головная боль (14%, 10%), головокружение (2%, 1%). Частота повышения аланиновой трансминазы (свыше двух норм) составляла 1,8% в группе пациентов, получавших валацикловир, по сравнению с группой плацебо (0,8%).

Другие отклонения лабораторных показателей (уровень гемоглобина, лейкоцитов, креатинина в плазме крови) возникали в обеих группах с одинаковой частотой.

По данным dailymed.nlm.nih.gov/pharmakonalpha.com



РОЛЬ БЕТА-ЛАКТАМАЗ РАСШИРЕННОГО СПЕКТРА ДЕЙСТВИЯ (БЛРС) В УСУГУБЛЕНИИ ПРОБЛЕМЫ АНТИБИОТИКОРЕЗИСТЕНТНОСТИ И ПУТИ ЕЕ ПРЕОДОЛЕНИЯ

Наиболее серьезные проблемы связаны с нозокомиальными штаммами микроорганизмов, вырабатывающих бета-лактамазы расширенного спектра действия (БЛРС), которые способны разрушать действие основных классов антибиотиков, активно применяемых на сегодняшний день в практике, т.е. пенициллины, цефалоспорины, ингибиторо-защищенные бета-лактамы /1/.

Это неизбежно влечет за собой ограничение использования важнейших классов антибиотиков, развитие сопутствующей полирезистентности к другим классам антибиотиков (аминогликозидам, фторхинолонам и др.), которые применяются при тяжелых инфекциях; клиническую неэффективность лечения, так как БЛРС-инфекции гораздо труднее поддаются антибактериальной терапии и, конечно же, наносят значительный экономический ущерб (клиническая неэффективность и дополнительные расходы в связи с увеличением срока пребывания в стационаре) /2/.

Необходимо отметить, что хромосомные бета-лактамазы присутствовали в бактериях изначально, еще до создания антибиотиков, и основной их функцией была защита бактерии от бета-лактамаз, вырабатываемых в природных условиях грибами (природная резистентность). Но для того чтобы создать защиту микроорганизму в условиях широкого использования разных классов антибиотиков, потребовалась выработка дополнительных бета-лактамаз, уже кодируемых плазмидами. Плазмиды могут передаваться от одной

Широкое применение антибактериальных препаратов в клинической практике привело к развитию высокого уровня резистентности микроорганизмов к проводимой терапии.

бактерии к другой, тем самым способствуя быстрому распространению резистентности (приобретенная резистентность) /3/.

Бета-лактамазы широко распространены среди грамотрицательных микроорганизмов (*E.coli* и *Klebsiella*, *Proteus sp.*, *Citrobacter spp.*, *Serratia spp.* и многих других энтеробактерий, включая нозокомиальные штаммы сальмонелл), а также продуцируются рядом грамположительных бактерий (стафилококки). На сегодняшний день известно более 200 видов таких ферментов. Особенно примечателен тот факт, что в последнее время до 90% резистентных штаммов бактерий, выделенных в клинике, способны к выработке бета-лактамаз, что и определяет их нечувствительность к проводимой антибиотикотерапии /4/. Например, распространенность ESBL-позитивных *E. Coli* при интраабдоминальных инфекциях была прослежена в международном многоцентровом исследовании мониторинга тенденций резистентности к антимикробным препаратам SMART и в среднем достигла 19,4% за 2008 год во всем мире /5/.

С учетом данной микробиологической информации, а также очевидности того, что далеко не всегда возможно быстрое получение результатов бактериологического посева с определением

антибиотикочувствительности, актуальным становится правильный подбор антибиотика для стартовой эмпирической терапии, который сохранял бы экологию стационара с учетом возрастающей проблемы антибиотикорезистентности.

Для этой цели не подходят пенициллины, цефалоспорины, так как очень трудно прогнозировать на этапе стартовой (эмпирической) антибиотикотерапии сохранение активности указанных бета-лактамов, в связи с чем невозможно предугадать продукцию микроорганизмами плазмидных бета-лактамаз расширенного спектра, инактивирующих цефалоспорины или гиперпродукцию хромосомных AmpC-энзимов, к которым недостаточно устойчивы «защищенные» пенициллины. Поэтому на сегодняшний день широко распространены рекомендации NCCLS (National Committee for Clinical Laboratory Standards), согласно которым штаммы *E.coli* и *Klebsiella spp.*, продуцирующие БЛРС, необходимо рассматривать как устойчивые к пенициллинам, цефалоспорином и азтреонаму /6/.

В создавшейся ситуации особый интерес представляет новый бета-лактаменный антибиотик из группы карбапенемов — эртапенем (инванз, MSD, Франция). По сумме фармакодинамических и



« фармакокинетических характеристик эртапенем в режиме однократного (в сутки) применения рассматривается как адекватное средство стартовой эмпирической монотерапии многих внебольничных инфекций, вызванных ассоциацией аэробов и анаэробов. Эртапенем обладает широким спектром активности против основных возбудителей инфекций и, самое главное, его активность сохраняется на фоне продукции энтеробактериями бета-лактамаз расширенного спектра действия. Это было доказано в сравнительных исследованиях по оценке эффективности терапии осложненных интраабдоминальных инфекций. Резистентность грамотрицательных микроорганизмов и анаэробов к препарату не превышает 1%, а среди метициллиночувствительных штаммов золотистого стафи-

лококка устойчивость отмечена лишь в 0,4% случаев /7/. В другом исследовании было показано, что лечение осложненных интраабдоминальных инфекций эртапенемом сопровождается меньшей частотой появления резистентных энтеробактерий (0,6%-2,6%), чем это наблюдается при применении пиперациллина\тазобактама (12,2%) или комбинации цефтриаксона с метронидазолом (17,1%). Появление энтеробактерий, продуцирующих бета-лактамазы расширенного спектра, и увеличение их числа также было отмечено в группе пациентов, получавших препараты сравнения, и не было отмечено у пациентов группы, получавших эртапенем.

Результаты данного исследования позволили предположить, что низкая частота выявления резистентных грамотрицатель-

ных микроорганизмов свидетельствует о невысокой вероятности селекции резистентности к карбапенемам даже при широком использовании эртапенема /8/.

Исходя из вышеизложенного, можно сделать вывод, что использование эртапенема в качестве стартовой терапии при внебольничных полимикробных инфекциях средней и тяжелой степени имеет серьезные предпосылки, заключающиеся в адекватном спектре активности препарата, способности создавать терапевтические концентрации в тканях, в периоде полувыведения, позволяющем ограничиться однократной инфузией препарата в сутки, отсутствии лекарственных взаимодействий, отличном профиле безопасности и, самое главное, низком риске селекции резистентности микроорганизмов. ■



БЕЗОПАСНОСТЬ ЛЕКАРСТВ

Опасность использования кодеина у детей

FDA изучает сообщения, касающиеся детей, у которых в результате приема кодеина для купирования болевого синдрома после проведенной тонзилэктомии и/или аденоидэктомии по поводу синдрома обструктивного апноэ во сне, развились серьезные нежелательные реакции. В ряде случаев наступил летальный исход. Было известно о наследственной детерминированной особенности этих детей (2–5 лет), характеризовавшейся риском накопления морфина в токсических количествах при метаболизме кодеина. Во всех случаях пациенты получали дозы кодеина в соответствии с существующими инструкциями. У некоторых людей, так называемых быстрых метаболизаторов, активность этого фермента может быть выше, чем в общей популяции, что приводит к большей скорости метаболизма кодеина и накоплению большего количества морфина. У быстрых метаболизаторов после приема кодеина вероятность повышения концентрации морфина в плазме крови выше. Повышение концентрации морфина может приводить к угнетению дыхания. Прием кодеина после тонзилэктомии и/или аденоидэктомии может стать причиной риска развития осложнений со стороны дыхательной системы у детей, являющихся быстрыми метаболизаторами. FDA в настоящее время проводит пересмотр вопросов безопасности кодеина с тем, чтобы определить, имели ли место иные случаи непреднамеренной передозировки кодеина, а также случаи гибели детей, получавших кодеин. Кроме того, изучается возможность развития серьезных нежелательных явлений при назначении кодеина по другим показаниям, в частности для купирования послеоперационной боли после проведения других оперативных вмешательств и процедур.

По данным fda.gov

Побочные эффекты тропсия хлорида

В плацебо-контролируемых исследованиях с участием пациентов, получавших тропсия хлорид (n = 591) или плацебо (n = 590), с частотой более 1% отмечались следующие побочные эффекты (рядом с названием указан процент встречаемости данного побочного эффекта в группе, получавшей тропсия хлорид, в скобках — плацебо):

Со стороны органов ЖКТ: сухость во рту — 20,1% (5,8%); запор — 9,6% (4,6%); боль вверху живота — 1,5% (1,2%); диспепсия — 1,2% (0,3%); метеоризм — 1,2% (0,8%).

Со стороны нервной системы и органов чувств: головная боль — 4,2% (2%); повышенная утомляемость — 1,9% (1,4%); синдром сухого глаза — 1,2% (0,3%).

Со стороны мочевыделительной системы: задержка мочи — 1,2% (0,3%).

Другие побочные эффекты, отмеченные в фазе 3 плацебо-контролируемых клинических испытаний в США, наблюдавшиеся с частотой более 0,5% у пациентов, получавших тропсия хлорид, и превышающей плацебо: тахикардия, нечеткость зрения, вздутие живота, рвота, дисгевзия, сухость в горле, сухость кожи.

В период проведения клинических испытаний был зафиксирован 1 случай ангионевротического отека.

По данным rxlist.com
pharmakonalph.com



ПЕРЕЧЕНЬ ПРОДУКЦИИ, НЕ СООТВЕТСТВУЮЩЕЙ ТРЕБОВАНИЯМ НОРМАТИВНЫХ ДОКУМЕНТОВ (СЕНТЯБРЬ-ОКТАБРЬ 2012 Г.)

Данная информация поможет вам избежать приобретения некачественных лекарственных средств

Дата	Номер регистрационного удостоверения	Наименование продукции	Номер серии	Завод-изготовитель	Наименование органа по подтверждению соответствия	Показатель несоответствия
1	2	3	4	5	6	7
20.09.2012	РК-ЛС-5№013438	Амлонг, таблетки, 10 мг, блистер (контурная ячейковая упаковка), №30	АСТР 0060, размер партии 2709 уп.	Микро Лабс Лимитед, Индия	ОПС ТФ «НЦЭЛС» г. Атырау	Маркировка Срок хранения
27.09.2012	РК-ЛС-5№013223	Эвказолин Аква, спрей назальный, флакон с дозирующим устройством, 10мл, 1мг/мл	231011, размер партии 240 уп.	«Фармак» ОАО, Украина	ОПС ТФ «НЦЭЛС» г. Шымкент	pH
27.09.2012	РК-МТ-5№009220	Марля медицинская отбеленная, в кусках, 1000мх84см	3.17, размер партии 100 000 уп.	ООО «Baxteks-Farm», Узбекистан	ОПС ТФ «НЦЭЛС» г. Шымкент	Капиллярность
27.09.2012	РК-МТ-5№009220	Марля медицинская отбеленная, в кусках, 1мх84см	4.11, размер партии 125 000 уп.	ООО «Baxteks-Farm», Узбекистан	ОПС ТФ «НЦЭЛС» г. Шымкент	Капиллярность
27.09.2012	РК-МТ-5№009220	Марля медицинская отбеленная, в кусках, 2мх84см	4.12, размер партии 7 500 уп.	ООО «Baxteks-Farm», Узбекистан	ОПС ТФ «НЦЭЛС» г. Шымкент	Капиллярность
27.09.2012	РК-МТ-5№009220	Марля медицинская отбеленная, в кусках, 3мх84см	5.13, размер партии 58 500 уп.	ООО «Baxteks-Farm», Узбекистан	ОПС ТФ «НЦЭЛС» г. Шымкент	Капиллярность
31.10.2012	РК-ЛС-5№019282	Папазол, таблетки, упаковка контурная безячейковая, №6	030112, размер партии 7 000 уп.	Борисовский завод медицинских препаратов РУП, Беларусь	ОПС ТФ «НЦЭЛС» г. Костанай	Средняя масса

На указанные лекарственные средства не выдан сертификат соответствия. Запрещается реализация данных партий продукции на территории Республики Казахстан.

По решению Комитета контроля медицинской и фармацевтической деятельности при проведении плановых проверок объектов фармацевтической деятельности территориальными подразделениями Комитета в случае выявления в обращении указанных лекарственных средств будут приняты меры по его изъятию с последующим информированием Комитета.

Информация об отмене действия сертификатов соответствия на Бромгексин 4 Берлин-Хеми, раствор для приема внутрь, 4мг/5мл, флакон 60мл, производство «Берлин-Хеми АГ» (Менарини Групп), Германия

Дата	Номер сертификата соответствия	Наименование продукции	Номер серии	Наименование органа по подтверждению соответствия
1	2	3	4	5
28.09.2012	KZ.7500397.05.01.17117 от 04.03.2010 г.	Бромгексин 4 Берлин-Хеми, раствор для приема внутрь, 4мг/5мл, флакон 60 мл	94020, размер партии 7000 уп.	ОПС «НЦЭЛС» г. Алматы
28.09.2012	KZ.3910344.05.01.21221 от 15.06.2012 г.	Бромгексин 4 Берлин-Хеми, раствор для приема внутрь, 4мг/5мл, флакон 60 мл	14042, размер партии 2000 уп.	ОПС ТФ «НЦЭЛС» г. Костанай
28.09.2012	KZ.3910344.05.01.21483 от 05.07.2012 г.	Бромгексин 4 Берлин-Хеми, раствор для приема внутрь, 4мг/5мл, флакон 60 мл	14042, размер партии 3300 уп.	ОПС ТФ «НЦЭЛС» г. Костанай
28.09.2012	KZ.3910344.05.01.21985 от 16.08.2012 г.	Бромгексин 4 Берлин-Хеми, раствор для приема внутрь, 4мг/5мл, флакон 60 мл	14042, размер партии 5000 уп.	ОПС ТФ «НЦЭЛС» г. Костанай
03.10.2012	KZ.5110397.05.01.15127 от 04.03.2010 г.	Бромгексин 4 Берлин-Хеми, раствор для приема внутрь, 4мг/5мл, флакон 60 мл	94016, размер партии 12 000 уп.	ОПС ТФ «НЦЭЛС» г. Шымкент
03.10.2012	KZ.5110397.05.01.16007 от 19.04.2010 г.	Бромгексин 4 Берлин-Хеми, раствор для приема внутрь, 4мг/5мл, флакон 60 мл	94019, размер партии 4020 уп.	ОПС ТФ «НЦЭЛС» г. Шымкент
03.10.2012	KZ.5110397.05.01.19032 от 24.12.2010 г.	Бромгексин 4 Берлин-Хеми, раствор для приема внутрь, 4мг/5мл, флакон 60 мл	01002, размер партии 718 уп.	ОПС ТФ «НЦЭЛС» г. Шымкент
03.10.2012	KZ.5110397.05.01.20962 от 24.12.2010 г.	Бромгексин 4 Берлин-Хеми, раствор для приема внутрь, 4мг/5мл, флакон 60 мл	03014, размер партии 13 020 уп.	ОПС ТФ «НЦЭЛС» г. Шымкент
03.10.2012	KZ.5110397.05.01.22337 от 24.12.2010 г.	Бромгексин 4 Берлин-Хеми, раствор для приема внутрь, 4мг/5мл, флакон 60 мл	12016, размер партии 6 000 уп.	ОПС ТФ «НЦЭЛС» г. Шымкент
03.10.2012	KZ.5110397.05.01.27163 от 31.07.2012 г.	Бромгексин 4 Берлин-Хеми, раствор для приема внутрь, 4мг/5мл, флакон 60 мл	14042, размер партии 600 уп.	ОПС ТФ «НЦЭЛС» г. Шымкент
03.10.2012	KZ.5110397.05.01.27639 от 24.08.2012 г.	Бромгексин 4 Берлин-Хеми, раствор для приема внутрь, 4мг/5мл, флакон 60 мл	14042, размер партии 1980 уп.	ОПС ТФ «НЦЭЛС» г. Шымкент
03.10.2012	KZ.5110397.05.01.20962 от 24.12.2010 г.	Бромгексин 4 Берлин-Хеми, раствор для приема внутрь, 4мг/5мл, флакон 60 мл	03014, размер партии 1500 уп.	ОПС ТФ «НЦЭЛС» г. Шымкент

Информация предоставлена Отделом сертификации РГП на ПВХ «Национальный центр экспертизы лекарственных средств, изделий медицинского назначения и медицинской техники» МЗ РК.



Раиса КУЗДЕНБАЕВА,

директор Фармакологического центра РГП на ПХВ «Национальный центр экспертизы лекарственных средств, изделий медицинского назначения и медицинской техники» МЗ РК, г. Алматы
академик НАН РК

ОТВЕТСТВЕННОЕ САМОЛЕЧЕНИЕ

В программной статье Президента РК Н. А. Назарбаева «Социальная модернизация Казахстана: Двадцать шагов к Обществу Всеобщего Труда» есть строки, где говорится о некоторых аспектах развития отечественного здравоохранения и мерах, которые необходимо принимать для сохранения здоровья граждан Казахстана.

Глава государства, в частности, сказал следующее: «Для каждого казахстанца высшая ценность — его здоровье. В фокусе моего внимания — забота о каждом казахстанце». Во исполнение Поручений Нурсултана Абишевича Назарбаева, обозначенных им в Программной статье «Социальная модернизация Казахстана: Двадцать шагов к Обществу Всеобщего Труда», МЗ РК издан Приказ № 534 от 06.08.12г. «Об утверждении Плана мероприятий по внедрению действенных механизмов повышения уровня осведомленности населения в отношении применения лекарственных средств», который должен выполняться всей медицинской общественностью страны.

Самолечение является обычной частью повседневной жизни каждого человека. И как бы к этому не относились медицинские работники, самолечение было, есть и будет.

Это связано со многими факторами: недостатком времени, повышением общего уровня образованности населения и доступности различных информационных источников, недоверием к врачам и фармацевтам, нежеланием тратить время в очередях и другими.

В настоящее время под понятием «ответственное самолечение» подразумевается не просто лечение безрецептурными лекарственными препара-

тами. Процесс ответственного самолечения включает в себя правильную самодиагностику и самооценку патологических состояний, адекватную оценку собственного состояния в плане возможности самолечения и выбора лекарственных средств.

С точки зрения пациента самолечение это, скорее, хорошо: иначе никто бы этим не пользовался. Оно доступно, относительно дешево и, в основном (по их мнению), безопасно. Проблема только в наличии и качестве доступной информации. Иногда пациенты неверно трактуют ее и поэтому неправильно лечатся, то есть слишком долго или не теми средствами.

Отсюда вытекает, что любая информация о применении лекарственных препаратов должна быть достоверной и хорошо представленной.

ЛЮДЯМ, НЕ СЛУШАЮЩИМ СОВЕТОВ, НЕЛЬЗЯ ПОМОЧЬ.

Одна из пациенток, долгое время занимавшаяся самолечением, рассказывает:

— Вы представляете, сколько денег я извела на эти лекарства? Денег не жалко, если бы помогло. Но ведь эффекта не было. Были только временные улучшения и куча побочных эффектов. Наконец, я перестала верить в традиционную медицину. Кроме того, по самым скромным подсчетам, я потеряла:

- огромное количество денег, потраченных на лекарства и лечение;

- огромное количество времени, что привело к ухудшению состояния;

- огромное количество сил, потребовавшихся от моих родных, чтобы подерживать меня.

Мне становилось все хуже и хуже.

Подобные истории можно услышать от каждого второго казахстанца. Нет времени сходить на прием к врачу, сдать анализы, пройти обследование. А ведь от всех этих рутинных (с точки зрения обычного человека) процедур зависит в конечном итоге наша жизнь.

Для того чтобы быть здоровым, вовремя избавляться от недугов, не страдать годами от полученных в результате собственной беспечности осложнений, нужно знать правила ответственного самолечения, которые я составила специально для наших дорогих читателей.

Думаю, что прочитав эти несложные рекомендации, каждый человек поймет, что лечиться нужно по правилам, также как воспитывать детей, водить машину, делать ремонт в квартире или заниматься бизнесом.

Национальным центром экспертизы создан специальный сайт, где размещается достоверная информация обо всех лекарственных препаратах, медицинских изделиях и медицинской технике, зарегистрированных в Республике Казахстан.

В журнале «Фармация Казахстана» и на сайте систематически публикуются сведения о побочных реакциях лекарственных препаратов.

Во всех областных центрах имеются территориальные филиалы, в которых можно получить достоверную информацию о лекарственных препаратах. ■

ЗДОРОВЫЙ ОБРАЗ ЖИЗНИ И МЫСЛЕЙ — ОСНОВА СОХРАНЕНИЯ ХОРОШЕГО ЗДОРОВЬЯ!



13 ПРОСТЫХ ПРАВИЛ «ОТВЕТСТВЕННОГО САМОЛЕЧЕНИЯ»



№1. НЕЛЬЗЯ ЗАНИМАТЬСЯ САМОЛЕЧЕНИЕМ ПРИ:

- тяжелом состоянии;
 - нарушении функции сердечно-сосудистой системы;
 - болях неясной этиологии в груди и животе;
 - кровотечениях, в том числе маточных;
 - обширных травмах, особенно черепно-мозговых, области живота, грудной клетки и позвоночника;
 - сильных и продолжительных головных болях;
 - при беременности;
 - появлении новых симптомов у больных хроническими заболеваниями и пожилых людей;
 - расстройствах здоровья у детей любого возраста.
- В этих ситуациях обязательно обращайтесь за медицинской помощью, а при тяжелом состоянии вызывайте карету «Скорой помощи»!



№2. НЕ СПЕШИТЕ ПРИНИМАТЬ ЛЕКАРСТВО ПРИ ПЕРВОМ ЖЕ ПОЯВЛЕНИИ НЕПРИЯТНЫХ СИМПТОМОВ.

Лучше используйте щадящий режим (снижение нагрузки, сон) и общие мероприятия (свежий воздух, самомассаж, обильное теплое питье и т. п.).



№3. ПОСТАРАЙТЕСЬ ПОНЯТЬ ПРИЧИНЫ НЕДОМОГАНИЯ.

Тогда станет ясно, какое лекарство может помочь и стоит ли его принимать. Не применяйте лекарство «на всякий случай» при любых недомоганиях.



№4. ИСПОЛЬЗУЙТЕ ДОСТОВЕРНЫЕ ИСТОЧНИКИ ИНФОРМАЦИИ О ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВАХ.

Например, официальные справочники, консультации врачей или фармацевтов, надежные интернет-сайты. Реклама лекарств и биологически активных добавок не всегда корректна и зачастую не указываются побочные эффекты. Не позволяйте манипулировать вашим выбором!



№5. НЕ ПРИНИМАЙТЕ НЕСКОЛЬКО ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ СРАЗУ ИЛИ ПОДРЯД.

При применении нескольких лекарств одновременно начинается неконтролируемое их взаимодействие уже в желудочно-кишечном тракте. Интервал между приемами препаратов должен быть не менее 20-30 минут, запивать лекарства следует кипяченой остуженной водой. Лекарства лучше принимать натощак или между приемами пищи, если в инструкции не даны другие предписания.



№6. СТРОГО СОБЛЮДАЙТЕ РЕЖИМ ДОЗИРОВАНИЯ И КУРС ЛЕЧЕНИЯ ЛЕКАРСТВЕННЫМИ ПРЕПАРАТАМИ.

При уменьшении дозы не получите лечебного эффекта, а увеличение дозы может привести к передозировке и нежелательным реакциям.



№7. ВНИМАТЕЛЬНО ИЗУЧИТЕ ИНСТРУКЦИЮ ПО МЕДИЦИНСКОМУ ПРИМЕНЕНИЮ ЛЕКАРСТВЕННОГО ПРЕПАРАТА.

Обратите особое внимание на показания, противопоказания к применению, взаимодействие с другими препаратами и особые указания! Обратите внимание на срок годности препарата на упаковке.



№8. БУДЬТЕ ОЧЕНЬ ВНИМАТЕЛЬНЫ ПРИ НАЗНАЧЕНИИ ЛЕКАРСТВ ДЕТЯМ, БЕРЕМЕННЫМ И КОРМЯЩИМ ЖЕНЩИНАМ.



№9. НЕ ВСЕ «НАТУРАЛЬНОЕ», НАПРИМЕР, ТРАВЫ ИЛИ БАДЫ, БЕЗВРЕДНО.

Не увлекайтесь средствами народной медицины и биологически активными добавками. Можно упустить драгоценное время!



№10. ПРИ СОВЕРШЕННО НОВЫХ, НЕ СЛУЧАВШИХСЯ ПРЕЖДЕ НЕДОМОГАНИЯХ СЛЕДУЕТ ВОЗДЕРЖАТЬСЯ ОТ ПРИМЕНЕНИЯ ЛЮБЫХ ЛЕКАРСТВ.

Если симптомы не пройдут сами, болезнь обозначится более определенно и станет ясно, как с ней бороться.



№11. НЕ ПРИМЕНЯЙТЕ ПРОТИВОМИКРОБНЫЕ ПРЕПАРАТЫ, В ЧАСТНОСТИ, АНТИБИОТИКИ, БЕЗ НАЗНАЧЕНИЯ ВРАЧА.

Они обладают большим спектром нежелательных побочных эффектов. Неправильное применение антибиотиков может привести к хронизации процесса, угнетению иммунной системы, развитию дисбактериоза, аллергическим реакциям и антибиотикорезистентности.



№12. НЕЛЬЗЯ ПРИМЕНЯТЬ МНОГО ПРЕПАРАТОВ (ПОЛИПРАГМАЗИЯ).

Максимальный риск осложнений наблюдается при применении более четырех препаратов. Трудно учитывать возможное взаимодействие лекарственных средств между собой. Необходимо также учитывать злоупотребление алкоголем и курением.



№13. НЕОБХОДИМО СООБЩАТЬ ОБО ВСЕХ НЕЖЕЛАТЕЛЬНЫХ ЯВЛЕНИЯХ, ВОЗНИКШИХ ПРИ ПРИМЕНЕНИИ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ, ДЛЯ ПРИНЯТИЯ СООТВЕТСТВУЮЩИХ РЕГУЛЯТОРНЫХ МЕР ПО АДРЕСУ:

050004, г. Алматы, пр. Абылай хана, 63,

тел.: **+7 (727) 273 45 00**

(отдел мониторинга побочного действия лекарственных средств и управления рисками).





А.А.АБИРОВА, Д.Е. САДВАКАСОВА, К.К.ТУРСУНБАЕВ,
Департамент Комитета госсанэпиднадзора МЗ РК
по городу Алматы

РОЛЬ ИНДИВИДУАЛЬНОЙ ХИМИОПРОФИЛАКТИКИ МАЛЯРИИ

Индивидуальная (личная) профилактика показана всем выезжающим в эндемичные страны (территории), в частности, туристам, бизнесменам, экипажам судов, членам экспедиций и т.д.

В зависимости от типа оказываемого действия любые профилактические мероприятия направлены на предупреждение заражения и/или предотвращения заболевания малярией. В связи с этим действие противомалярийных препаратов может быть радикально профилактическим или подавляющим (клиническим) /2/.

Выбор препарата для химиопрофилактики зависит от наличия лекарственной устойчивости у малярийных плазмодиев, интенсивности передачи и других факторов. Наиболее широко используется хлорохин (делагил), хлорохин в комбинации с доксициклином. Схему приема препаратов следует назначать применительно к маляриогенной ситуации в конкретном районе, а не в стране в целом.

Существует абсолютная необходимость приема препаратов за неделю до отъезда, все время пребывания и в течение одного месяца после выезда из очага заражения.

Известно, что даже регулярный прием противомалярийных препаратов не всегда обеспечивает полную защиту от заражения/заболевания, но вместе с тем с большой вероятностью предотвратит тяжелое течение или смертельный исход.

При этом практически ни одно из вышеперечисленных средств не действует на гипнозоиты.

Из числа заболевших малярией за последние годы (завозные

В последние годы в городе Алматы и по республике в целом регистрируются завозные случаи малярии. Местные отмечались в Алматы в 2000г. За период 2002-2011 гг. в РК зарегистрировано 73 случая малярии, в Алматы за тот же период – 21. Завоз осуществлялся как гражданами нашего государства, так и иностранцами. В связи с этим весьма актуально проведение личной химиопрофилактики выезжающих.

случаи) ни один больной не использовал противомалярийные препараты для химиопрофилактики. Основными причинами являются определенные сложности в существующих социально-экономических условиях, такие как дефицит и высокая стоимость противомалярийных препаратов, низкая осведомленность населения о мерах профилактики, недостаточный эпидемиологический надзор и прочие факторы.

Из числа препаратов, используемых для индивидуальной профилактики малярии, в Государственном реестре лекарственных средств, изделий медицинской техники зарегистрированы делагил и доксициклин.

Делагил зарегистрирован 20.02.2008г. РК-АС-5№010978, производства Ай-Си-Эн (Венгрия), форма выпуска – таблетки.

Схема применения делагила для химиопрофилактики приведена в таблице 1.

Вес (кг)	Возраст (годы)	Число таблеток	
		100 мг основного	150 мг основного
5-6	до 4 мес.	0,25	0,25
7-10	4-11 мес.	0,5	0,5
11-14	1-2	0,75	0,5
15-18	3-4	1	0,75
19-24	5-7	1,25	1
25-35	8-10	2	2
36-50	11-13	2,5	2
50+	14+	3	2

Таблица 1

Другое название делагила – хлорохин.

Доксициклин представлен различными производителями Казахстана, Беларуси и Германии.

Схема применения доксициклина (1 таблетка/капсула, содержащая 100 мг соли доксициклина) для химиопрофилактики приведена в таблице 2.

В любом случае прием препаратов должен осуществляться только после консультации врача и паразитолога, особенно при решении вопроса о необхо-



Вес (кг)	Возраст (годы)	Число таблеток в день
Менее 25	До 8	противопоказан
25-35	8-10	0,5
36-50	11-13	0,75
50+	14+	1

Таблица 2

димости химиопрофилактики беременным женщинам, ма-

леньким детям и людям пожилого возраста.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Использование противомаларийных препаратов для индивидуальной химиопрофилактики позволяет уменьшить число возможных случаев и, как следствие,

не допустить местную передачу малярии в комплексе с другими мероприятиями.

В каждом отдельном случае правильное проведение личной химиопрофилактики снижает риск заболевания малярией, предупреждает развитие возможных тяжелых осложнений и фатальный исход. ■

Список использованной литературы можно запросить в редакции.

Р.С. КУЗДЕНБАЕВА, доктор медицинских наук,
Ж.К. САЛЫКБАЕВА, врач эндокринолог,
Республиканский диагностический центр, г. Астана

СОСТОЯНИЕ ГЕМОПОЭЗА ПРИ АУТОИММУННОМ ТИРЕОИДИТЕ

Связи между аутоиммунным процессом в щитовидной железе (ЩЖ) и гематологическими заболеваниями стали изучать в последнее десятилетие, хотя о влиянии некоторых заболеваний ЩЖ на систему гемопоэза известно давно. Особенно заметными эти связи оказались при нарушении функции ЩЖ. При тенденции к гипертиреозу нередко наблюдается эритроцитоз. При выраженном тиреотоксикозе обнаруживаются анемия, лимфоцитоз, лимфаденопатия и увеличение селезенки. Выраженный гипотиреоз оказывает большее влияние на гемопоэз — гипопластическая анемия и некоторые другие ее виды, лейкопения, гиперсегментация нейтрофилов, тромбоцитопения, склонность к мелким гемorragиям кожи, слизистых оболочек и мозга. Кроме того, при гипотиреозе отмечаются нарушения в системе свертывания крови, то есть снижение фибринолитической активности и уровня VII фактора свертываемости. В большинстве случаев эти изменения носят стертый характер и связаны как с выраженностью процесса в ЩЖ, так и с потенциальными возможностями костного мозга.

В настоящее время наблюдается рост патологии щитовидной железы, а именно аутоиммунного тиреоидита (АИТ).

Выяснению связей между аутоиммунным процессом в ЩЖ и системой гемопоэза предшествовали скрининговые популяционные исследования, позволившие определить частоту аутоиммунного тиреоидита (АИТ) и повышенного титра антител (АТ) к ЩЖ в различных возрастных группах населения многих регионов мира.

АИТ или хронический лимфоцитарный тиреоидит — большая группа заболеваний, различающихся по клиническим проявлениям и объединяемых общностью патогенеза и общей морфологической картиной, заключающейся в лимфоцитарной инфильтрации ткани ЩЖ. В патогенезе АИТ ключевую роль играют аутоиммунные нарушения. Хронические АИТ развиваются при нарушениях иммунологической толерантности, когда собственные белки клеток ЩЖ воспринимаются как

чужеродные. Выделяется ряд вариантов хронического АИТ, объединяемых по сходству иммунологических признаков. В группе аутоиммунного гипо- и гипертиреозидизма — болезнь Хасимото (хронический лимфоцитарный тиреоидит, протекающий с гипотиреозидизмом и диффузным увеличением ЩЖ), болезнь Грейвса (базедова болезнь — аутоиммунный лимфоцитарный диффузный токсический зоб, часто сопровождающийся инфильтративной офтальмопатией с лимфоидной инфильтрацией глазодвигательных мышц, экзофтальмом, с гипертиреозом, иногда без него). Кроме того, выделяется «молчаливый» (бессимптомный) лимфоцитарный тиреоидит. Данные литературы свидетельствуют, что при аутоиммунном процессе в ЩЖ много чаще встречаются лимфатические и другие опухоли. Имеются отдельные сведения о соче-





« тании АИТ и аутоиммунных процессов в системе гемопоза. Причинно-следственные связи между этими процессами нуждаются в тщательном анализе. АИТ — наиболее распространенный аутоиммунный процесс в различных популяциях и различных регионах. Несмотря на преобладание клинически «молчащих» форм, АИТ требует применения эффективных методов ранней диагностики и, по мнению ряда авторов, патогенетически обоснованной терапии для профилактики деструктивных и склеротических процессов в ЩЖ. Лимфоцитарный тиреоидит в ряде случаев предшествует раку и лимфоме ЩЖ и оказывает влияние на их течение. АИТ часто сопровождает аутоиммунные и опухолевые заболевания крови. Своевременное выявление АИТ при цитопениях и адекватное лечение перспективно в комплексной терапии обоих процессов.

У больных гипотиреозом достаточно часто выявляется анемия (малокровие). Нарушение всасывания железа в кишечнике часто приводит к развитию гипохромной железодефицитной

анемии. Гипотиреоз нередко сочетается с пернициозной (В12-дефицитной) анемией. Число лейкоцитов и тромбоцитов не изменено. При гипотиреозе снижено поглощение радиоактивного йода щитовидной железой и уровень связанного с белком йода. Содержание тироксина и трийодтиронина в крови ниже нормы, уровень тиреотропного гормона гипофиза повышен (при первичном гипотиреозе).

При гипотиреозе уменьшается общая масса эритроцитов, но эти изменения могут до определенной степени маскироваться параллельным снижением объема плазмы. Как исследование костного мозга, так и изучение кинетики железа свидетельствуют об угнетении эритропоза, которое, вероятно, обусловлено сниженным потреблением тканями кислорода и уменьшением метаболической активности. Считается, что в результате непрямого действия этих факторов на секрецию эритропоэтина его уровень падает: тироксин, по-видимому, не стимулирует эритропоз. Однако трудно настаивать на этих утверждениях,

поскольку невозможно определить уровень эритропоэтина в нормальной плазме и, следовательно, подтвердить падение его уровня. Кроме того, есть основания предполагать, что гормон щитовидной железы оказывает прямой стимулирующий эффект на рост эритропоэтинзависимых эритроидных колоний.

Анемия протекает мягко, MCV часто увеличен, а в мазке крови изредка обнаруживаются сморщенные эритроциты неправильной формы. В костном мозге выявляются признаки эритроидной гипоплазии, а исследования кинетики железа указывают, что его клиренс из плазмы и утилизация в ходе созревания эритроцитов уменьшены. У больных гипотиреозом часто имеют место атрофический гастрит и связанный с ним дефицит железа и витамина В12, из-за чего клиническая картина может видоизменяться.

Мы не будем в данной статье обсуждать эти особенности, но о возможности их возникновения при гипотиреозе следует помнить. Слабовыраженной анемией могут страдать до 50% больных гипотиреозом. ■

ПОДПИСКА-2013

ФАРМАЦИЯ КАЗАХСТАНА

Научный и информационно-аналитический журнал

Ежемесячное издание для работников органов управления здравоохранением, в т.ч. фармацией, для врачей, провизоров, фармацевтов и широкого круга специалистов, работающих в сфере обращения лекарственных средств, изделий медицинского назначения и медицинской техники, сотрудников медицинских вузов и колледжей, для работников и организаторов практического здравоохранения.

Решением Коллегии ВАК МОН РК журнал включен в Перечень научных изданий, рекомендованных для публикаций основных результатов диссертационных исследований.

ОСНОВНЫЕ РАЗДЕЛЫ:

- Законы и нормативные правовые документы, регламентирующие сферу обращения лекарственных средств.
- Актуальная информация о лицензировании, регистрации, сертификации и стандартизации лекарственных средств, оперативные материалы Фармакологического и Фармакопейного центра Минздрава РК.
- Анализ фармацевтического рынка республики и стран СНГ, тенденций и проблем его развития.

- Новости медицины и фармации, клинической фармакологии, поиск, исследования и эксперименты в области разработки и создания новых эффективных медицинских препаратов, в том числе отечественного производства.

- Мнение специалистов и экспертов о лекарственных препаратах, презентация фармацевтических и медицинских компаний и их продукции, а также широкое освещение практической деятельности аптечных организаций и медицинских центров.

- Материалы по истории медицины и фармации республики.

Стоимость годовой подписки (в тг.)

Алматы	Регион: город	Регион: р-н/село
1 мес. – 476,60	1 мес. – 485,42	1 мес. – 488,42
3 мес. – 1429,80	3 мес. – 1456,26	3 мес. – 1465,26
6 мес. – 2859,60	6 мес. – 2912,52	6 мес. – 2930,52
12 мес. – 5719,20	12 мес. – 5825,04	12 мес. – 5861,04

Оформить подписку Вы можете в любом отделении связи республики.

Подписной индекс – 75888

(в приложении к каталогу АО «Казпочта»).



**ҚР ДСМ ДЗ, ММБ ЖӘНЕ МТ МЕМЛЕКЕТТІК ТІЗІЛІМІНДЕ ТІРКЕЛГЕН, ҚАЙТА ТІРКЕЛГЕН
ОТАНДЫҚ ФАРМӨНДІРУШІЛЕР ӨНІМДЕРІНІҢ ТІЗІМІ (2012 жылғы қарашаға)**

Саудалық атауы (жиынтық)	Фирма (Ел)	Тіркеу куәлігінің нөмірі (тіркеу күні)	Жарамды- лық мерзі- мі
«Екі жақты полимерлік, стерильді, бір рет қолданылатын «AVASTICK» медициналық қалағы, қаптамада 100 дана	«ЭкоФарм Интер- нейшнл» ЖШС (ҚАЗАҚСТАН)	ҚР-ММБ-5№010473 06.11.2012	06.11.2017
Көктамыр қанын, қан плазмасын, қан сарысуын алуға және сақтауға арналған бір реттік, стерильді AVA TUBE C-4 вакуумдық жүйесі, құрал-жабдықтарымен 1) Көктамырдан қан алуға арналған, ұйыту активаторы бар вакуумдық сынауықтар 2) Көктамырдан қан алуға арналған, ұйыту активаторы және сарысуды ажратуға арналған гелі бар вакуумдық сынауықтар 3) Қоспасыз вакуумдық сынауықтар 4) Гематологиялық зерттеулерге арналған К2 ЭДТА (екі калийлі ЭДТА тұзы) бар вакуумдық сынауықтар 5) Гематологиялық зерттеулерге арналған К3 ЭДТА (үш калийлі ЭДТА тұзы) бар вакуумдық сынауықтар 6) Гемостаз жүйесін зерттеуге арналған, натрий цитраты 3,2 %; 3,8 % (1:9) бар вакуумдық сынауықтар 7) Натрий цитраты 3,8 % (1:4) бар вакуумдық сынауықтар 8) Плазма алуға арналған, литий гепарині бар вакуумдық сынауықтар 9) Плазма алуға арналған, литий гепарині мен гелі бар вакуумдық сынауықтар 10) Плазма алуға арналған, натрий гепарині бар вакуумдық сынауықтар 11) Плазмадағы глюкозаны өлшеуге арналған, натрий фториді мен калий оксалаты бар вакуумдық сынауықтар 12) Вакуумдық сынауықтар, ACD/CPDA жүйесімен (Acid Citrate Dextrose/ Citrate Phosphate Dextrose Adenin) 13) Екі жақты ине 14) Ине ұстағыш	«ЭкоФарм Интер- нейшнл» ЖШС (ҚАЗАҚСТАН)	ҚР-ММБ-5№010474 06.11.2012	06.11.2017
Бір рет қолданылатын стерильді хирургиялық халат, өлшемдері: S, M, L	«Dolce» ЖШС (ҚАЗАҚСТАН)	ҚР-ММБ-5№010477 06.11.2012	06.11.2017
Бір рет қолданылатын стерильді ақжаймалар 1) Стерильді ақжайма, өлшемі 210*160см; 200*180см; 200*160см; 200*140см; 200*80см; 200*70см; 160*80см; 140*110см; 140*80см; 140*70см 2) Адгезивті жиегі бар стерильді ақжайма, өлшемі 240*160см 3) Операцияға арналған стерильді үлкен ақжайма 190*160см 4) Жиектері адгезивті стерильді ақжайма, өлшемі 160*180см 5) Операцияға арналған стерильді кіші ақжайма, өлшемі 120*160см 6) Сіңіргіш стерильді ақжайма, өлшемі 140*110см 7) Операцияға арналған стерильді ақжайма, өлшемі 100*80см 8) Жиектері адгезивті стерильді ақжайма, өлшемі 90*80см 9) Перинальді жабыны бар стерильді ақжайма, тілігімен, өлшемі 230*180см 10) Торакальді стерильді ақжайма, тесігі және қабылдағыш қалтасы бар, өлшемі 330*300/200см 11) Операцияға арналған стерильді ақжайма 250*160см тесігі 28*32 см қалтасы, шығарғышы мен инцизиялық үлбірі бар 12) Стерильді ақжайма, тілігімен, өлшемі 250*180см 13) Лапароскопияға арналған тесігі бар стерильді ақжайма, өлшемі 32*28см, инцизиялық үлбір, сыртылдақ (қалталары), өлшемі 280*180см 14) Ангиографияға арналған стерильді ақжайма, 2 тесікті, өлшемі 300*180см 15) Сіңіргіш стерильді ақжайма, диаметрі 7,5см тесігі, адгезивті қабатты қалтасы мен бекіткіші бар, өлшемі 120*120см 16) Стерильді ақжайма 180*250см тілігімен, адгезивті жиектері 70*80см	«Dolce» ЖШС (ҚАЗАҚСТАН)	ҚР-ММБ-5№010478 06.11.2012	06.11.2017
Бір рет қолданылатын стерильді сүрткілер 1) Бір рет қолданылатын стерильді сүрткілер 70x80 2) Бір рет қолданылатын стерильді сүрткілер 70x40 3) Бір рет қолданылатын стерильді сүрткілер 70x70 4) Бір рет қолданылатын стерильді сүрткілер 80x40	«Dolce» ЖШС (ҚАЗАҚСТАН)	ҚР-ММБ-5№010479 06.11.2012	06.11.2017
Текстураланған, опаланбаған, стерильді, диагностикалық латекс қолғаптар, өлшемдері: 5-6(XS), 6-7(S), 7-8(M), 8-9(L), 9-10(XL).	«Brando» ЖШҚ (ҚАЗАҚСТАН)	ҚР-ММБ-5№010535 06.11.2012	06.11.2017
Опаланған, стерильді, хирургиялық латекс қолғаптар, өлшемдері: 6,0, 6,5, 7,0, 7,5, 8,0, 8,5, 9,0. анатомиялық пішінді ұзын манжетамен.	«Brando» ЖШҚ (ҚАЗАҚСТАН)	ҚР-ММБ-5№010536 06.11.2012	06.11.2017
Жаңа туған сәбилерге арналған стерильді, бір реттік жиынтық 1) Жаялық (80-100)х(90-130) см 2) Жейде 3) Қалпақша 4) Пинеткалар 5) Бирка 6) Сіңіргіш төсеме 60х(60-90) см 7) Сүрткіш (25-35)х(25-35) см 8) Қолға арналған орамал 40х50 см	«Мерусар және К» ЖШС (ҚАЗАҚСТАН)	ҚР-ММБ-5№010579 14.11.2012	14.11.2017
Стерильді, бір реттік төсек жабындарының жиынтығы №2 1) Ақжайма (140-160)х(200-210) см 2) Жастыққал (60-70)х(60-70) см 3) Сейсеп 140х(200-210) см 4) Матрас үсті жабыны (90-95)х(200-210) см	«Мерусар және К» ЖШС (ҚАЗАҚСТАН)	ҚР-ММБ-5№010580 14.11.2012	14.11.2017
Үшкомпонентті бір рет қолданылатын 21Gx1 1/2 инесімен сыйымдылығы 20 мл инъекция жасауға арналған екіш	«ФК Ромат» ЖШС (ҚАЗАҚСТАН)	ҚР-ММБ-5№010431 21.11.2012	21.11.2017

Позициялардың саны: 10

Ақпарат ҚЗ ДСМ «Дәрілік құралдарды, медициналық мақсаттағы бұйымдарды және медицина техникасын сараптау ұлттық орталығы» ШЖҚ РМК Дәрілік заттар бағаларын мониторингілеу және ақпараттық қолдау орталығымен берілді.



ПЕРЕЧЕНЬ ПРОДУКЦИИ ОТЕЧЕСТВЕННЫХ ФАРМПРОИЗВОДИТЕЛЕЙ, ЗАРЕГИСТРИРОВАННЫХ, ПЕРЕРЕГИСТРОВАННЫХ В ГОСУДАРСТВЕННОМ РЕЕСТРЕ ЛС, ИМН И МТ МЗ РК (на ноябрь 2012г.)

Торговое название {комплектность}	Фирма (Страна)	Номер рег. удостове- рения (дата рег.)	Дата ис- течения
Шпатель медицинский двухсторонний полимерный стерильный однократного применения «AVASTICK», в упаковке 100 штук	ТОО «ЭкоФарм Интернейшнл» (КАЗАХСТАН)	РК-ИМН-5№010473 06.11.2012	06.11.2017
Одноразовая стерильная вакуумная система AVA TUBE C-4 для забора и хранения венозной крови, плазмы крови, сыворотки крови с принадлежностями 1) Пробирки вакуумные для забора венозной крови с активатором свертывания 2) Пробирки вакуумные для забора венозной крови с активатором свертывания и гелем для разделения сыворотки 3) Пробирки вакуумные без добавок 4) Пробирки вакуумные с К2 ЭДТА (двукальциевая соль ЭДТА) для гематологических исследований 5) Пробирки вакуумные с К3 ЭДТА (трикальциевая соль ЭДТА) для гематологических исследований 6) Пробирки вакуумные с натрия цитратом 3,2%;3,8% (1:9) для исследования системы гемостаза 7) Пробирки вакуумные с натрия цитратом 3,8 % (1:4) 8) Пробирки вакуумные с лития гепарином для получения плазмы 9) Пробирки вакуумные с лития гепарином и гелем для получения плазмы 10) Пробирки вакуумные с натрия гепарином для получения плазмы 11) Пробирки вакуумные с натрия фторидом и калия оксалатом для измерения глюкозы в плазме 12) Пробирки вакуумные с системой ACD/CPDA (цитрат, фосфат, декстроза, аденин) 13) Игла двухсторонняя 14) Иглодержатель	ТОО «ЭкоФарм Интернейшнл» (КАЗАХСТАН)	РК-ИМН-5№010474 06.11.2012	06.11.2017
Халат хирургический стерильный одноразового применения размерами: S,M,L	ТОО «Dolce» (КАЗАХСТАН)	РК-ИМН-5№010477 06.11.2012	06.11.2017
Простыни стерильные одноразового применения 1) Простыня стерильная размер 210*160см; 200*180см; 200*160см; 200*140см; 200*80см; 200*70см; 160*80см; 140*110см; 140*80см; 140*70см 2) Простыня стерильная с адгезивным краем размер 240*160см 3) Простыня стерильная большая операционная 190*160см 4) Простыня стерильная с адгезивным краем, размер 160*180см 5) Простыня стерильная малая операционная, размер 120*160см 6) Простыня стерильная впитывающая, размер 140*110см 7) Простыня стерильная операционная размер 100*80см 8) Простыня стерильная с адгезивным краем размер 90*80см 9) Простыня стерильная с периниальным покрытием, с вырезом, размер 230*180см 10) Простыня стерильная, торакальная, с отверстием и с карманом-приемником, размер 330*300/200см 11) Простыня стерильная операционная 250*160см с отверстием 28*32 см с карманом, отводом и инцизионной пленкой 12) Простыня стерильная с вырезом, размер 250*180см 13) Простыня стерильная для лапаротомии с отверстием размер 32*28см, инцизионная пленка, липучка (карманы) размеры 280*180см 14) Простыня стерильная для ангиографии, 2 отверстия, размер 300*180см 15) Простыня стерильная впитывающая, с отверстием диаметром 7,5см с адгезивным слоем карман и фиксатор, размер 120*120см 16) Простыня стерильная 180*250см с вырезом, 70*80см с адгезивным краем	ТОО «Dolce» (КАЗАХСТАН)	РК-ИМН-5№010478 06.11.2012	06.11.2017
Салфетки стерильные одноразового применения 1) Салфетки стерильные одноразового применения 70x80 2) Салфетки стерильные одноразового применения 70x40 3) Салфетки стерильные одноразового применения 70x70 4) Салфетки стерильные одноразового применения 80x40	ТОО «Dolce» (КАЗАХСТАН)	РК-ИМН-5№010479 06.11.2012	06.11.2017
Перчатки диагностические латексные текстурированные неопудренные стерильные размерами: 5-6(XS), 6-7(S), 7-8(M), 8-9(L), 9-10(XL)	ТОО «Brando» (КАЗАХСТАН)	РК-ИМН-5№010535 06.11.2012	06.11.2017
Перчатки хирургические латексные опудренные стерильные размерами: 6.0, 6.5, 7.0, 7.5, 8.0, 8.5, 9.0 с длинной манжетой анатомической формы	ТОО «Brando» (КАЗАХСТАН)	РК-ИМН-5№010536 06.11.2012	06.11.2017
Комплект для новорожденного одноразовый стерильный 1) Пеленка (80-100)x(90-130) см 2) Распашонка 3) Чепчик 4) Пинетки 5) Бирка 6) Впитывающая подстилка 60x(60-90) см 7) Салфетка (25-35)x(25-35) см 8) Полотенце для рук 40x50 см	ТОО «Мерусар и К» (КАЗАХСТАН)	РК-ИМН-5№010579 14.11.2012	14.11.2017
Комплект постельного белья одноразовый стерильный №2 1) Простыня (140-160)x(200-210) см 2) Наволочка (60-70)x(60-70) см 3) Пододеяльник 140x(200-210) см 4) Наматрасник (90-95)x(200-210) см	ТОО «Мерусар и К» (КАЗАХСТАН)	РК-ИМН-5№010580 14.11.2012	14.11.2017
Шприц инъекционный однократного применения трехкомпонентный вместимостью 20 мл с иглой 21Gx1 1/2	ТОО «ФК Ро-мат» (КАЗАХСТАН)	РК-ИМН-5№010431 21.11.2012	21.11.2017

Количество позиций: 10

Информация предоставлена Центром мониторинга цен лекарственных средств и информационного сопровождения РГП на ПХВ «Национальный центр экспертизы лекарственных средств, изделий медицинского назначения и медицинской техники» МЗ РК