

ГЛАВНЫЙ РЕДАКТОР

А.И. Нуртаев

ЗАМЕСТИТЕЛЬ ГЛАВНОГО РЕДАКТОРА

А.А. Рахметова

e-mail: A.Rahmetova@dari.kz

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

e-mail: pharmkaz@dari.kz

КОРРЕСПОНДЕНТ

Н.В. Тодорова

ДИЗАЙН И КОМПЬЮТЕРНАЯ ВЕРСТКА

Г.Н. Нурмаханова

ХУДОЖНИК ОБЛОЖКИ

Г.Н. Нурмаханова



АДРЕС РЕДАКЦИИ:

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

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ

Г.Д. Бердимуратова
Н.А. Гунько
Р.С. Кузденбаева
В.Н. Локшин
Д.М. Сабденалиев
С.Е. Султанов
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 12.06.2012 г.

Тираж 1350 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 35 84

подписной индекс: 75888

Вниманию 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.

СОДЕРЖАНИЕ

С ПРОФЕССИОНАЛЬНЫМ ПРАЗДНИКОМ!	
Их имена известны всем фармацевтам страны.....	4
АКТУАЛЬНО	
Смагулова Б.Б. Перспективы развития Таможенного союза.....	6
БУДЬ ЗДОРОВ, МАЛЫШ!	
Болезнь и дети — несовместимы! Интервью с С.Г. Нукушевой.....	9
Трудно вырастить здоровым без маминого молока.....	13
Если детское сердце болит... Интервью с Б.Х. Хабижановым.....	16
«Дом» в отделении детской онкологии.....	18
Чукумова С.Т. Распространенность бронхиальной астмы у детей (обзор литературы).....	20
Кушумбаева Б.Ж. Профилактика флюороза зубов у детей в г. Щучинске Бурабайского района Акмолинской области.....	22
АНАЛИЗ-КОНЪЮНКТУРА-ПЕРСПЕКТИВЫ	
Весна в Содружестве. Обзор фармрынков стран СНГ, I кв. 2012 г.....	24
СОБЫТИЕ	
KINE-2012: Больше участников — больше возможностей.....	28
В Алматы выбрали лучшего провизора года.....	31
РЕГИСТРАЦИЯ	
Мазинова И.Ж., Буженова Н.А., Рахимбаева Д.Ж. Часто встречающиеся несоответствия в итоговых документах при оформлении проектов приказов.....	33
ФАРМАКОЭКОНОМИКА	
Кулатаева А.К. Лизинг медицинского оборудования в Республике Казахстан.....	35
ПОИСК-ИССЛЕДОВАНИЯ-ЭКСПЕРИМЕНТЫ	
Шертаева К.Д., Блинова О.В., Бактыбаева М.Р., Ботабаева Р.Е. Разработка организационно-методических аспектов фармацевтической помощи пожилым и детям.....	38
Беркинбаев С.Ф., Маншарипова А.Т., Имантаева Г.М., Мусагалиева А.Т., Бисенбаев Е.К., Кумисбек Г.К., Сариев А.К., Абаимов Д.А., Ширяева М.В., Рожкова Е.А. Исследование биоэквивалентности препарата Фозиноприл Вива Фарм, таблетки 20 мг.....	40
Тегисбаев Е.Т., Темірғалиева Э.М., Ли Е.Л., Байназарова Г.М., Қайыржанова А.Н., Масимханов Р.Ш., Ефремова А.В. Фармакология саласында фитопрепараттардың маңызы.....	46
Хажалиева Л.А., Сакипова З.Б., Кесикова А.А. Маркетинговый анализ лекарственного препарата: оценка нужд потребителей.....	48
ФАРМПРАКТИКУМ	
Избасаров М.А. Эффективность Цефиксима (Цефим) в лечении острого и хронического риносинусита в стадии обострения у взрослых на амбулаторном этапе.....	51
Шамова С.Ш. ИРС-19 в качестве вакцинопрофилактики респираторных заболеваний у часто болеющих детей.....	53
Койко Н.А. Головная боль напряжения у детей школьного возраста.....	55
ФАРМПРОИЗВОДСТВО	57
СЕРТИФИКАЦИЯ	60



ИХ ИМЕНА ИЗЕСТНЫ ВСЕМ ФАРМАЦЕВТАМ СТРАНЫ

Отечественная фармацевтика богата профессионалами, специалистами высшей пробы, мастерами своего дела. Люди неравнодушные, ответственные, они всегда берутся за самые ответственные дела, не боятся трудностей, готовы поддержать все новое в отрасли, с удовольствием делятся накопленными знаниями с молодыми фармацевтами. Именно таковы герои нашей сегодняшней подборки – ветераны казахстанской фармацевтической науки и аптечного дела.

Кенесбай Ушбаевич Ушбаев стал первым из числа казахов доктором фармацевтических наук. Он – академик Академии профилактической медицины Республики Казахстан, имеет несколько почетных званий – «Отличник здравоохранения СССР», «Заслуженный фармацевт Казахской ССР». Наш неугомонный ветеран на протяжении всей своей жизни никогда не отказывался от самых трудных и ответственных поручений. С жаром и пылом всей своей души был готов взяться за любое дело! Словосочетания «не могу» в его лексиконе просто не существует! В советское время избирался депутатом Верховного Совета РК, и таких «слуг народа» еще надо было поискать. Пришли рыночные времена – возглавил фармацевтическую компанию, и вскоре она стала одной из крупнейших в Казахстане.

Кенесбай Ушбаевич – известный ученый и организатор в области фармации, его имя известно широкой научной общественности не только в нашей стране, но и далеко за ее пределами. Руководитель казахстанской научной школы фармации, он получил признание как основатель научного направления, посвященного вопросам организации фармации и химико-токсикологического изучения лекарственных средств. Внес огромный вклад в организацию Казахстанской академии фармацевтических наук, ее ста-



новление, превращение в один из передовых научных коллективов страны.

Вклад Кенесбая Ушбаевича в развитие отечественной фармацевтической науки поистине огромен – под его руководством защищено 28 кандидатских и 3 докторских диссертации, им опубликовано свыше 150 научных печатных работ, множество других публикаций.

Он имеет большой научно-педагогический и организационно-практический опыт работы. На протяжении многих лет заведовал кафедрами организации и экономики фармации и химии фармацевтического факультета, был проректором по учебной работе Алматинского государственного медицинского института. В 1989 году был на-

значен ректором Шымкентского фармацевтического института, который впоследствии под его руководством был реорганизован в медицинский институт.

– Кенесбай Ушбаевич долгие годы был председателем диссертационного совета Казахского национального медицинского университета им. С.Д. Асфендиярова по защите кандидатских и докторских работ, – отметил ректор ведущего медуниверситета страны, профессор А. Аканов, – и мы высоко ценим его сотрудничество с нашим университетом. Мы знаем Кенесбая Ушбаевича как человека выдающихся творческих способностей, целеустремленности, инициативы, большого трудолюбия, и глубоко уважаем его.

Научная деятельность К. Ушбаева, большая педагогическая работа по формированию научных кадров, эффективная деятельность в области фармации высоко оценены государством, научной общественностью Казахстана и зарубежных стран. Для своих многочисленных учеников он стал образцом высокого служения избранному делу.

А вот многие провизоры Алматы считают своим Учителем ветерана фармацевтической отрасли страны Гульжан Мендыгалиевну РАХМЕТОВУ.

И речь идет не только о тех, кто работал в отечественной аптечной системе в шестидесятые-восемидесятые годы, на которые пришелся пик ее профессиональной деятельности. Гульжан Мендыгалиевна



была одним из организаторов аптечного дела страны, обучила азам профессии не один десяток провизоров. Современные работники аптечного прилавка также с удовольствием слушают советы наставника. Благо, свою активную жизненную позицию ветеран аптечного дела не потеряла, является председателем комиссии по здравоохранения Совета ветеранов Медеуского района г. Алматы.

Не дает «застояться» коллегам по цеху, вытаскивая их на праздничные мероприятия, а городским властям — забыть о том, сколько пользы принесли ветераны фармацевтической отрасли городу.

— После окончания АГМИ в 1957 году я начала свою трудовую деятельность в должности химика-аналитика контрольно-аналитической лаборатории, — рассказывает Гульжан Мендыгалиевна, — затем заведовала аптекой №4 в Алма-Ате, и мне всегда везло на хороших наставников. Достаточно сказать, что начальником КазГАПУ работал в то время Салькен Хасенович Субханбердин! В 1966 году меня назначили заведовать аптекой им. М. Чумбалова, которая известна всем алматинцам. А когда в 1972 году правительство решило создать в Алма-Ате городское аптекоуправление, это дело поручили мне. И на этой должности я проработала 10 лет, за это время в городе было открыто много новых типовых аптек. Кроме того, КазГАПУ провело два съезда фармацевтов, и в их работе аптечные работники нашего города приняли самое

активное участие. Также активно они участвовали в подготовке и работе Алма-Атинской конференции ВОЗ по первичной медико-санитарной помощи в 1978 году.

В 1982 году Г.М. Рахметова была переведена на должность директора Алматинской фармацевтической фабрики, и оставалась на ней до выхода на заслуженный отдых. Именно на эти годы приходится самые хорошие производственные результаты и самые яркие события в истории АФФ, которая прочно закрепила за собой статус флагмана фармацевтической отрасли страны.

Наградой за самоотверженный труд и высокий профессионализм Гульжан Мендыгалиевна Рахметовой стал орден Трудового Красного Знамени, звание «Отличник здравоохранения», множество грамот и благодарностей.



Кто из современных фармацевтов не знает Зурият Нуралимовну Сыбанкулову? Ее знают все! Как главного защитника их профессиональных интересов. Ассоциация поддержки и развития фармдеятельности, у руля которой Зурият Нуралимовна находится беспрерывно с 1996 года, со дня ее основания, сегодня является самым авторитетным НПО в фармацевтической отрасли.

Сюда приходят за советом и поддержкой многие участники современного фармацевтического рынка. Ни один «судьбоносный» для отрасли законодательный акт, регулирующий сферу обращения лекарственных средств, условия деятельности отечественного фар-

мацевтического бизнеса, принятые в Казахстане в последние полтора десятка лет, не остался без внимания членов этой общественной организации. Ни одно событие в жизни страны, тем или иным способом касающееся фармацевтического бизнеса — принятие Кодекса о здоровье, вступление в Таможенный союз, принятие Единых таможенных пошлин, открытие Единого евразийского пространства, перспективы вступления Казахстана в ВТО — не обошлось без активного участия Ассоциации.

Зурият Нуралимовна — член многих авторитетных советов при Минздраве РК, и к этой своей миссии относится очень ответственно, порой неделями пропадая в столице, пока не удастся отстоять интересы производителей фармацевтической промышленности и участников фармацевтического рынка. Большой профессиональный опыт — много лет З. Сыбанкулова руководила городским аптекоуправлением Алматы, и досконально, изнутри, знает нужды аптечной системы, помогает руководителю НПО верно расставлять акценты. К мнению Зурият Нуралимовны всегда прислушиваются в здравоохранительном ведомстве.

Более чем полувековой опыт профессиональной деятельности, самоотверженное служение раз и навсегда выбранной профессии фармацевта, чувство ответственности и патриотизм — эти качества Зурият Нуралимовны Сыбанкуловой заслужили высокую оценку со стороны государства, она награждена Орденом Дружбы народов и другими государственными наградами. А признанием из-за рубежа стала награда Американского биографического института — за преданность профессии Зурият Нуралимовна была номинирована на Памятную медаль «Женщина года». Такая награда — высший знак признания, его удостоиваются лишь избранные.

Наталья ТОДОРОВА

От всей души поздравляем наших ветеранов с профессиональным праздником!

**Б.Б. СМАГУЛОВА**

Министерство здравоохранения Республики Казахстан, г. Астана

ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ ТАМОЖЕННОГО СОЮЗА

В настоящее время мы являемся свидетелями экономической интеграции государств ЕврАзЭС, осуществляемой путем создания Таможенного союза, формирования Единого экономического пространства.

Очевидно, что интеграционные процессы направлены на расширение рынка сбыта продукции, развитие взаимной торговли.

В результате образования Таможенного союза казахстанский рынок потребления в 16,2 млн человек с объемом ВВП 107,7 млрд долл. США расширился до рынка емкостью в 167,8 млн человек и объемом ВВП в 1,4 трлн долл. США.

Функционирование в рамках Таможенного союза позитивно повлияло на динамику внешней торговли Казахстана.

Объем внешней торговли за 2011 г. вырос более чем на 60,0%.

Главными плюсами создания Таможенного союза являются обеспечение благоприятных условий для привлечения инвестиций в экономику стран-участниц Таможенного союза, создание совместных производств и кооперации взаимодополняющих предприятий с учетом имеющегося в государствах Таможенного союза экономического потенциала.

Повышение таможенно-тарифной защиты позволило ограничить импорт отдельных товаров, в результате чего соответствующие отрасли отечественной промышленности получили новый импульс развития.

В отношении лекарственных средств, медицинской техники Казахстан в течение переходного периода (2010–2014 годы) огово-

рил право применять более низкие ставки таможенных пошлин, отличные от ставок Единого таможенного тарифа, что связано с социальной значимостью данного вида товара и сохраняющейся зависимостью от импорта. В 2011 году была завершена работа по оптимизации товаров переходного периода с целью создания эффективного механизма администрирования в условиях отсутствия таможенных границ между тремя странами.

Исключение тарифных и нетарифных ограничений (лицензирование, квотирование) во взаимной торговле между странами-участниками, отмена таможенного контроля на внутренних таможенных границах служат основой для взаимного экономического развития.

Отмена лицензирования импорта лекарственных средств и фармацевтических субстанций (решение Комиссии Таможенного союза от 16 августа 2011 года №748, вступившее в силу с 1 октября 2011 года) позволила снизить административную нагрузку на субъектов внешнеэкономической деятельности в сфере обращения лекарственных средств, улучшить экономическую доступность лекарственных средств населению республики.

Позитивное влияние на общеэкономическую динамику окажет существенное расширение сферы конкуренции, что в свою очередь потребует от отечественных производителей повышения качества производимых товаров, создание условий для обеспечения их конкурентоспособности.

Для локальных фармацевтических производителей достижение данных целей возможно путем внедрения требований Правил надлежащих производственных практик (GMP), обеспечивающих неизменное и постоянное качество, безопасность и эффективность выпускаемой медицинской продукции. Для стимулирования внедрения (GMP) в Республике Казахстан предусмотрено предоставление преференций при государственной регистрации фармацевтической продукции, при государственных закупках путем заключения долгосрочных договоров между ТОО «СК-Фармация», осуществляющего функции Единого дистрибьютора по закупке и обеспечению медицинской продукцией в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи (ГОБМП), и локальными фармпроизводителями, внедрившими GMP.

В рамках Таможенного союза



предусмотрено взаимное признание регистрационных удостоверений на лекарственные средства, произведенных фармацевтическими производителями государств-членов Таможенного союза в условиях надлежащей производственной практики (GMP). Согласно Плану мероприятий по взаимному признанию регистрационных удостоверений на лекарственные средства, утвержденному Решением Комиссии Таможенного союза от 18 июня 2010 г. №298, осуществление процедуры взаимного признания планируется после проведения подготовительных мероприятий:

на первом этапе — создание единой правовой базы в сфере обращения лекарственных средств, гармонизированной с европейскими требованиями;

на втором этапе — создание единой регуляторной и информационной системы. Итоговым документом будет являться Положение о процедуре взаимного признания регистрационных удостоверений на лекарственные средства производителей государств-членов Таможенного союза.

Реализация мероприятий данного Плана направлена на улучшение взаимного доступа лекарственных средств, произведенных фармацевтическими производителями государств-членов Таможенного союза в условиях надлежащей производственной практики (GMP), а также стимулирование развития фармацевтических отраслей государств-членов Таможенного союза. Кроме того, это создаст условия для возникновения доверительных отношений между государственными органами, экспертными организациями стран-участниц Таможенного союза, позволяющим осуществить взаимное признание результатов контроля качества, эффективности лекарственных средств.

В настоящее время казахстан-

ская фармацевтическая промышленность представлена более 80-ю действующими предприятиями.

С 2005 г. наблюдается увели-

чение мощностей фармацевтических предприятий, которые на сегодняшний момент задействованы практически полностью. Ежегодный рост производства в среднем составляет 26,7%.

В рамках отраслевой программы развития фармацевтической промышленности Казахстана к 2014 г. в республике будут построены новые заводы по производству лекарственных средств и медицинских изделий, реконструированы и модернизированы действующие фармпредприятия. Планируемые инвестиции в фармацевтическую отрасль на 2011—2014 гг. составляют 7,2 млрд долл., это ~12% всех инвестиций, предусмотренных Государственной программой по форсированному индустриально-инновационному развитию Республики Казахстан (ФИИР). Данной программой запланирована реализация около 30 проектов в фармацевтической отрасли, часть из которых реализована в 2010—2011 гг. Одним из ярких примеров реализации данной программы является решение крупнейшей фармацевтической компании «Польфарма» интегрироваться с одним из ведущих казахстанских производителей АО «Химфарм». Инвестиции «Польфарма» будут направлены на создание новой инфраструктуры производства, технологий производства и стандартов качества. Планы «Польфармы», связанные с развитием АО «Химфарм», не-

сомненно, будут иметь существенное воздействие на развитие всего фармацевтического сектора Казахстана, в т.ч. на увеличение

конкурентоспособности казахстанской фармацевтической промышленности на международных рынках.

С начала 2012 г. сформировано Единое экономическое пространство Российской Федерации, Республики Казахстан, Республики Беларусь.

Единое экономическое пространство (ЕЭП)

— пространство, на котором функционируют однотипные механизмы регулирования экономики, существует единая инфраструктура и проводится согласованная политика, обеспечивающая свободное движение товаров, услуг, капитала и рабочей силы, основой чего будут являться следующие договоренности:

— определены направления проведения согласованной макроэкономической политики Сторон и формирование принципов, порядка и механизма ее согласования. Проведение согласованной макроэкономической политики предполагает создание благоприятных условий для повышения устойчивости экономик Сторон к внешнему воздействию;

— предоставление национального режима товарам, работам и услугам, происходящим из территории государств-членов Таможенного союза, при осуществлении государственных закупок, что позволит производителям государств ЕЭП получить равный доступ к участию в госзакупках Сторон;

— обеспечивается равный доступ граждан-работников ЕЭП на рынок труда ЕЭП, а также свободное передвижение рабочей силы внутри ЕЭП, что возможно посредством снятия ограничений, имеющихся в национальном законодательстве стран ЕЭП по защите национального рынка труда;

Участие Казахстана в формировании Таможенного союза, прежде всего, направлено на ускоренную индустриализацию Казахстана и развитие промышленности. Это, в свою очередь, предполагает создание новых рабочих мест, расширение ассортимента и повышение качества производимой продукции.

Данные шаги являются одними из мероприятий по реализации Программы развития фармацевтической промышленности Республики Казахстан на 2010–2014 годы, целью которой является увеличение доли отечественной фармпродукции в объеме рынка в натуральном выражении до 50%.



— устанавливается обеспечение трудящихся-мигрантов и членов их семей социальными гарантиями в форме безвозмездной скорой медицинской помощи и социального страхования в соответствии с национальным законодательством стран ЕЭП, за исключением пенсионного обеспечения;

— разработаны единые правила предоставления промышленных субсидий, которые в целом позволят создать для отечественных производителей равные кон-

курентные условия на рынке трех стран, так как субсидии, которые ограничивают конкуренцию на общем рынке, будут запрещены;

— предусматривается создание единых принципов и правил для взаимной торговли услугами и создания благоприятных условий инвестирования в государствах-членах ЕЭП лицами одной Стороны на территории государств других Сторон посредством взаимного предоставления государствами-членами ЕЭП режима наиболь-

шего благоприятствования (РНБ) и национального режима (НР) в торговле услугами и осуществлении инвестиций;

— начиная с 1 января 2015 г. для всех перевозчиков стран ЕЭП будет осуществлено предоставление доступа к услугам инфраструктуры государств Сторон;

— до 2013 года предусматривается унификация тарифов по видам сообщений (импортных, экспортных и внутригосударственных). 



БЕЗОПАСНОСТЬ ЛЕКАРСТВ

СИГНАЛЬНЫЙ ДОКУМЕНТ ЦЕНТРА МОНИТОРИНГА УПСАЛЫ (УМС): ПОВЫШЕНИЕ ПРОЗРАЧНОСТИ И ОТКРЫТОСТИ

Одной из целей Программы ВОЗ по международному мониторингу безопасности лекарств является раннее выявление международных проблем в области безопасности лекарственных средств, не идентифицированных в ходе клинических испытаний, и известных как «сигналы». Эти сигналы публикуются в Сигнальном документе Центра мониторинга Упсалы (УМС) и представляют собой сообщения о нежелательных побочных лекарственных реакциях с различной степенью подозрения, полученные из международной базы данных сообщений об индивидуальных случаях безопасности (ICSR), известной также как VigiBase, которая содержит более 7 млн таких сообщений. После получения «сигнала» Национальные регулирующие органы могут рассмотреть возможность дальнейших действий, например, дополнительной оценки исходных данных или проведения исследования для проверки гипотезы.

Расширение аудитории

В 2011 г. Консультативный комитет ВОЗ по безопасности лекарственных средств (ACSoMP) рекомендовал сделать «сигнальные статьи» публичными.

Первый шаг в создании публичности («сигналов») УМС и охвате более широкой аудиторией будет сделан в начале 2012 г., когда они будут впервые включены в бюллетень ВОЗ Pharmaceuticals (ВОЗ-РН). ВОЗ РН выпускается раз в два месяца и в настоящее время содержит разделы по вопросам регулирования, безопасности лекарственных средств и их компонентов. Публикация УМС «сигналов» в неограниченном объеме означает, что будет добавлен четвертый раздел — «Сигналы». В настоящее время Сигнальный документ получают 450 специалистов, в основном, это сотрудники национальных центров фармаконадзора. Поскольку у ВОЗ-РН более 4000 подписчиков (также есть свободный доступ на веб-сайте ВОЗ), эту информацию будет получать более широкая аудитория.

Роль УМС (Центра мониторинга Упсалы)

Центр мониторинга Упсалы — это сотрудничающий с ВОЗ центр по международному мониторингу безопасности лекарственных средств. Одна из основных функций центра — скрининг и анализ международных данных о побочных реакциях на лекарственные средства с целью наиболее раннего выявления «сигналов» о безопасности лекарственных средств.

УМС получает сводные отчеты о подозреваемых побочных реакциях на лекарства из более чем 100 национальных центров фармаконадзора стран, участвующих в Программе ВОЗ по международному мониторингу лекарственных средств. Отчеты объединяют в единую мировую базу данных, VigiBase.

Ежеквартальный анализ данных VigiBase осуществляется с целью поиска сигналов о безопасности лекарственных средств. Комбинации «лекарство — нежелательная лекарственная реакция», определенные как «сигналы» — распространяют в Сигнальный документ. «Сигнал» от УМС следует рассматривать как гипотезу вместе со всеми данными и аргументами; он не только неопределенный, но также и предварительный по существу и его значение может существенно измениться с течением времени, когда будет собрано больше данных.

Метод представления

Существующая процедура дает возможность релевантным фармацевтическим компаниям читать и комментировать тексты сигналов до публикации. Статьи по-прежнему будут распространять среди национальных центров фармаконадзора до публикации в бюллетене ВОЗ Pharmaceuticals.

По материалам www.healthconomics.ru
www.who-umc.org



БОЛЕЗНЬ И ДЕТИ – НЕСОВМЕСТИМЫ!



Все мы, безусловно, мечтаем о том, чтобы наши дети были здоровыми, способными, красивыми и, конечно, счастливыми. Как родители мы хотим, чтобы наши дети были похожи на нас, но надеемся на то, что они унаследуют наши достоинства, а не слабости и недостатки. И никто не хотел бы оставить своим детям в наследство болезни. А если ребенок нуждается в медицинской помощи – где, в каком объеме можно получить, что необходимо знать, чтобы подрастающее поколение выросло здоровым? Сегодня мы адресуем эти и многие другие вопросы директору Научного центра педиатрии и детской хирургии МЗ РК, д.м.н., профессору Сауде Галимовне НУКУШЕВОЙ.

? Сауде Галимовна, расскажите, пожалуйста, об основных направлениях деятельности возглавляемого Вами Центра?

– В этом году Научному центру педиатрии и детской хирургии, флагману, ведущему научно-практическому центру в области педиатрии исполняется 80 лет. Основные направления деятельности, это:

1. Оказание высокоспециализированной медицинской помощи детям нашей страны, причем самым сложным детям со всех регионов республики.

2. Научные исследования в различных областях педиатрии,

результаты которой внедряются в практическую деятельность.

3. Организация практической помощи областям республики. Мы курируем Юго-западные регионы и оказываем методическую помощь всем областям.

4. В связи с внедрением новых технологий мы активно сотрудничаем с различными центрами – международными партнерами, а также активно работаем с неправительственными организациями, ассоциациями.

В нашем Центре могут получить медицинскую помощь все, кому она необходима. Центр располагает клиникой на 280 коек и имеет 3 крупных подразделения: педи-

атрический блок, хирургический блок и республиканский детский онкогематологический центр на 85 коек, дневной стационар на 5 коек. В нашем Центре работают главные специалисты Минздрава: главный гематолог, главный хирург, главный пульмонолог, главный специалист по орфанным заболеваниям. Мы принимаем участие в разработке различных нормативно-правовых актов МЗ РК.

? Повышение доступности качественной медицинской и лекарственной помощи – один из основных приоритетов, определенных Стратегией развития Казахстана. Все ли желающие могут получить ее в вашем Центре?



— В Центре могут получить медицинскую помощь все, кому она необходима, как казахстанцы, так и не являющиеся гражданами нашей республики. В наш Центр поступают очень сложные дети, так как мы оказываем высокоспециализированную медицинскую помощь в полном объеме на бесплатной основе (за счет государства).

В Центре функционируют следующие отделения:

- Отделение онкогематологии
- Отделение хирургии
- Отделение детской кардиохирургии и интервенционной кардиологии
- Отделение соматологии
- Отделение для недоношенных и новорожденных детей
- Отделение 2 этапа выхаживания недоношенных детей
- Отделение реанимации и интенсивной терапии
- Отделение урологии
- Гастроэнтерологическое отделение
- Отделение кардиоревматологии
- Отделение пульмонологии
- Клинико-диагностическое отделение
- Лаборатория функциональной диагностики.

Кроме того, воспользовавшись правом свободного выбора стационара через портал «Бюро госпитализации» для плановой госпитализации и выбрав определенного врача, в наш Центр на стационарное лечение поступают дети вместе с мамами. В онкогематологическом отделении находятся на лечении 17-летние дети вместе с родителями, т.е. программа ЕНСЗ внедрена в Центре и успешно работает.

❓ Дорогостоящая стационарная помощь в Казахстане сокращается. Упор делается на первичную медико-санитарную помощь. Как Вы полагаете, востребованность в стационарной помощи теперь уменьшится?

— В мировой практике доля амбулаторной помощи составляет — 60%, стационарной — 40%. В Казахстане — обратная пропорция. Конечно, необходимо развивать первичную медико-санитарную помощь на дому, в детских поликлиниках, оказываемую врачами общего профиля в амбулаторных условиях. Но если есть необходимость в специализированной высокотехнологичной медицинской помощи, то ее можно оказать только в условиях стационара. Кроме того, только в стационаре возможно полноценное обследование детей, тем более что в нашем Центре дети пребывают совместно с мамами.



Считаю, что стационарная помощь занимает важнейшее место в системе оказания качественной медицинской помощи и в ближайшее время будет востребована.

❓ Госпрограмма «Саламатты Қазақстан» ориентирована прежде всего на межведомственное и межсекторальное взаимодействие с акцентом на профилактику, проведение скрининговых программ, развитие школьной, сельской и транспортной медицины, а также солидарную ответственность пациентов. Насколько приемлем механизм солидарной ответственности граждан за свое здоровье для детей?

— В Госпрограмме развития здравоохранения «Саламатты Қазақстан» на 2011—2015 годы, в Кодексе Республики Казахстан «О

здоровье народа и системе здравоохранения» уделяется большое внимание солидарной ответственности граждан за свое здоровье. Однако по данным отечественных экспертов, большая часть населения не занимается физической культурой и спортом, около четырех миллионов казахстанцев курят, избыточной массой тела страдает порядка 35 процентов населения. И, к сожалению, во всех болезнях винят врачей, а нужно начинать с себя.

Солидарная ответственность за здоровье своих детей — это должна быть приоритетная задача каждой семьи. В каждой семье должен быть культ здоровья! Только у здоровой мамы рождается здоровый ребенок.

Однако состояние репродуктивного здоровья наших женщин вызывает беспокойство: большинство женщин страдает анемией, сердечно-сосудистой патологией, заболеваниями желудочно-кишечного тракта, дыхательной системы, сахарным диабетом и органов женской репродуктивной сферы. На сегодняшний день в Казахстане индекс

здоровья женщин репродуктивного возраста 30,8%, а в ряде областей около 20%, в некоторых регионах 6—8%. Экстрагенитальная патология, как правило, негативно сказывается на состоянии будущих детей.

В последнее время наблюдается тенденция — чаще стали рождать женщины старше 30 лет. Но к этому возрасту уже имеется «багаж» собственных заболеваний. Естественно существует риск, что какая-то патология может передаваться по наследству.

Кстати, по данным международных экспертов установлено, что здоровье человека в 20% случаев зависит от наследственности, в 10% — от системы здравоохранения, 50% — образа жизни и 20% — экологии.

Я считаю необходимо прививать



вать населению культуру бережного отношения к своему здоровью, к здоровью своих детей; необходимо повысить эффективность межсекторального взаимодействия в решении вопросов охраны здоровья граждан — залог устойчивого социально-демографического развития страны.

❓ Как Вы оцениваете состояние здоровья детей на сегодня? Чем чаще стали болеть дети?

— Состояние здоровья детей неудовлетворительное, индекс здоровья детей падает — каждое последующее поколение слабее предыдущего. Число здоровых детей за последние двадцать лет сократилось с 81 до 59% (мальчики), с 79 до 53,3% (девочки). Причем дети чаще стали болеть аллергическими заболеваниями, 60% детей больны в результате перинатальной патологии, с врожденными пороками развития (вследствие инфекционных заболеваний, влияния неблагоприятных факторов окружающей среды), возросла анемия, болезни органов дыхания, зрения. Наблюдается увеличение случаев ожирения вследствие гиподинамии. 7% детей до 14 лет страдают заболеваниями органов пищеварения. Появляются новые заболевания у детей в результате стрессов, чрезмерных нагрузок в школе, нерационального питания, малоактивного образа жизни.

Кроме того, выходящая новорожденных маловесных детей весом 500 г, когда органы недоразвиты, мы не уверены, что впоследствии не проявятся какие-либо патологии.

❓ Насколько вероятен риск рождения ребенка с патологией у женщины, ведущей «нездоровый» образ жизни? Какова статистика детской смертности? Ваше видение причин данной проблемы и каковы пути ее решения.

— Повторюсь, только у здоровой матери рождается здоровый ребенок. Женщина, которая ведет «нездоровый» образ жизни изначально обрекает своего ребенка. У курящих женщин, злоупотребляющих алкоголем, принимающих наркотики, рождаются гипотрофичные дети, с той или иной пато-

логией, с какими-либо отклонениями, порой с уродствами.

Относительно статистики детской смертности: на 1000 родившихся живыми 14 детей умирает в младенчестве, с каждым годом наблюдается стабилизация ситуации. Показатель смертности у детей до 5 лет ниже, но в 3—4 раза превышает показатель развитых европейских стран.



Для того чтобы росло здоровое поколение, необходимо чтобы будущая мама была здорова. Безопасное материнство должно быть внедрено повсеместно. Конечно, необходимо повышать уровень квалификации медицинского персонала, проводить профилактические мероприятия. И воспитывать детей — объяснять, что они будущие родители, они с детства должны вести здоровый образ жизни, заниматься спортом, правильно питаться.

❓ Расскажите, пожалуйста, о лечении онкогематологических заболеваний у детей в Вашем Центре. Сколько маленьких пациентов нуждается в пересадке костного мозга? Как себя чувствуют прооперированные дети?

— В новом корпусе нашего Центра открыт детский онкогематологический центр на 85 коек и дневной стационар на 5 коек. Лечение детей с онкогематологическими заболеваниями осуществляется по современным немецким программам BFM, которые считаются одними из самых эффективных в мире для терапии опухолей детского возраста. 20 лет назад дети с лейкозом в Казахстане практически не выживали. В настоящее время выживаемость детей с лейкозом в связи с внедрением немецкого протокола достигает 70%. В апреле 2012 года в Центре успешно проведены 2 операции трансплантации гемопоэтических стволовых кле-

ток 2 детям из регионов Казахстана. Мы очень тщательно готовились к операциям, был системный подход. Наши врачи, лаборанты в течение нескольких лет обучались в лучших онкогематологических клиниках мира. Девочки сейчас чувствуют себя хорошо.

❓ Девочки приезжие? Можно ли на ранних этапах выявить лейкоз, ведь детей, как правило, мы не проверяем?

— Одна девочка из Алматинской области, вторая — из Акмолинской.

Выявить на ранних этапах лейкоз возможно, но не всегда: если ребенок вялый, бледный, частые носовые кровотечения, жалобы на боли в суставах, изменения в анализах крови, то нужно срочно обратиться к врачу.

❓ Насколько Центр оснащен медицинской техникой, а лекарственные средства доступны детям? Что Вы можете сказать об использовании генериков при лечении детей?

— Наш Центр оснащен самой современной медицинской техникой. В этом году мы приобрели ангиограф, УЗИ-аппарат. Хочу поблагодарить «ENRC Көмек», оказавший спонсорскую помощь в приобретении МРТ аппарата. Поскольку медицинская техника постоянно совершенствуется, «изнашивается», то хотелось бы дооснастить отделение реанимации, оперблок, функциональную диагностику физиоотделение, рентгенологическое отделение более усовершенствованным медоборудованием. Благодаря техническому оснащению мы можем проводить сложнейшие операции, оказывать реанимационную помощь, проводить самые сложные анализы.

Относительно лекарственной помощи, дети на 100% обеспечены необходимыми лекарственными средствами за счет государства. Что касается генериков, мое мнение — детям, особенно в кардиохирургическом и онкогематологическом отделениях, необходимо применять только оригинальные препараты. Если использовать генерики, то это должны быть препараты очень высокого качества, произведенные в условиях GMP.



? *В соответствии с Государственной программой развития здравоохранения «Саламатты Қазақстан» на 2011–2015 годы предполагается поэтапное внедрение вакцинации против пневмококковой инфекции. Как Вы считаете, нужно ли дополнить национальный календарь прививок?*

— Однозначно. Календарь необходимо дополнить, вакцинация позволит снизить количество заболеваемости пневмонией.

? *Сауле Галимовна, охватывает ли существующая на сегодня нормативно-правовая база все вопросы, касающиеся охраны здоровья детей?*

— Нормативно-правовая база постоянно требует совершенствования. В «Кодекс о здоровье», в разработке которого я принимала участие, в настоящее время вносятся изменения, дополнения в свете сегодняшней ситуации. Вопросы, касающиеся здоровья детей, также требуют доработки.

? *НЦ педиатрии и детской хирургии имеет статус головного учреждения, где оказывается высокоспециализированная медицинская помощь детям и подросткам. С какими международными организациями Вы сотрудничаете?*

— Мы заключили меморан-

дум о взаимном сотрудничестве с рядом международных клиник и университетов, среди них: Онкологический центр Германии, Белорусский НЦ онкологии и гематологии, Российский НЦ онкологии им. Д. Рогачева, Санкт-Петербургский онкоцентр им. Р. Горбачевой, Киевский НЦ кардиохирургии. Большую помощь оказывает Благотворительный Фонд им. Масимова — 9 врачей прошли обучение в клиниках лучших южно-корейских медуниверситетов, также Фонд подарил Центру микроавтобус для детей.

? *Существует ли проблема кадров?*

— Для нас это большой вопрос, кадров не хватает. К сожалению, выпускники медуниверситетов стремятся устроиться на работу в компании, где зарплата на порядок выше зарплаты молодого специалиста.

Поэтому необходимо поднимать престиж врача, внедрять дифференцированную систему оплаты, повышать зарплату.

? *Сауле Галимовна, какие у Вас планы, каковы перспективы деятельности Центра на ближайшее будущее?*

— Я рада сообщить, что из запланированных 2 задачи решены: открыт детский онкогематологи-

ческий центр с отделением трансплантации гемопоэтических стволовых клеток и отделение детской кардиохирургии и интервенционной кардиологии.

В планах внедрить самые современные технологии диагностики и лечения орфанных заболеваний, ретинопатии, внедрить эндовидеохирургию, провести 10 операций по пересадке костного мозга, внедрить операции по трансплантации печени, открыть отделение реабилитации.

Хочу, чтобы Научный центр педиатрии и детской хирургии достиг уровня, соответствующего международным стандартам.

? *Мы беседуем в преддверии Всемирного дня защиты детей, что бы Вы пожелали своим пациентам?*

— Своим пациентам я желаю здоровья. Дети и болезнь — несовместимы!

Дети должны быть здоровы, дети должны быть счастливы!

Хочу пожелать здоровья всем детям нашей республики, а их у нас 4,5 млн (вместе с подростками), и счастья.

Дети — наше будущее. Здоровые дети — здоровая нация!

— *Благодарю за беседу.*

Беседовала Айгуль РАХМЕТОВА



БЕЗОПАСНОСТЬ ЛЕКАРСТВ

ПРЕПАРАТЫ ЛИТИЯ МОГУТ ПРИВЕСТИ К УВЕЛИЧЕНИЮ МАССЫ ТЕЛА И ПРОБЛЕМАМ С ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Результаты нового исследования показали, что препараты лития, которые используют для лечения биполярных расстройств, могут привести к увеличению массы тела и вызывают отклонения в паращитовидной и щитовидной железе. Однако не доказана связь с проблемами кожи или потери волос, а также связь с врожденными дефектами, согласно данным отчета, опубликованного 20 января 2012 г. в журнале The Lancet.

В целом, полученные данные вновь подтверждают роль лития как «предпочтительного метода лечения биполярного расстройства», сообщается в комментариях к статье.

Несмотря на то что литий менее популярен, чем это было в 1970-х и 80-х, это, вероятно, самый эффективный и доступный стабилизатор настроения, говорит д-р Брайен Бруно, руководитель отделения психиатрии в Lenox Hill Hospital в Нью-Йорке. Однако литий имеет разнообразные побочные эффекты, отмечают авторы обзора, во главе с доктором Джоном Джеддесом из Оксфордского университета. В обзоре были проанализированы данные 385 исследований.

Было обнаружено, что литий может вызвать увеличение веса, задержку образования мочи и повышение активности паращитовидной и щитовидной железы. Исследователи считают необходимым предупреждать пациентов о возможности побочных эффектов и необходимости проведения теста на возможный гипертиреоз.

Д-р Майкл Берк, профессор психиатрии в Университете Deakin в Австралии и соавтор сопровождающего комментария в журнале, считает, что литий «применяется, но возможно не так широко, как следовало бы».

Комментируя результаты проведенного обзора исследований, д-р Берк заявил: «Литий имеет потенциальные побочные эффекты, однако ожидая их ими можно управлять, чтобы увеличить эффективность выгоды и минимизировать риски».

По данным abclinpharm.ru
clinical-pharmacy.ru



ТРУДНО ВЫРАСТИ ЗДОРОВЫМ БЕЗ МАМИНОГО МОЛОКА

В рамках государственной программы «Саламаты Қазақстан» на 2011 – 2015 годы предусмотрены меры по улучшению питания детей раннего возраста, женщин репродуктивного возраста, беременных и кормящих женщин. Большое внимание в ней также уделено поддержке грудного вскармливания и своевременного прикорма младенцев, адекватного питания детей младшего возраста. Эти приоритеты оказались созвучными той деятельности, которую известная компания Нестле ведет во всем мире по воспитанию приверженности у матерей к грудному вскармливанию. Она реализуется в рамках специальной программы «Расти здоровым с первых дней», а ее концепция предполагает, что привычки здорового питания закладываются еще до рождения малыша, во время беременности, поэтому предусматривает комплекс мер по обучению беременных и кормящих матерей азам правильного питания.



Светлана Ахметова и Дария Айтмуханова

На конференцию «Актуальные вопросы питания детей раннего возраста» в рамках реализации в Казахстане программы Нестле «Расти здоровым с первых дней» было приглашено более двухсот педиатров Алматы, которые связывают свои профессиональные интересы с нутрициологией.

— Нынешняя конференция — необычная, очень часто вопросы питания детей обсуждаются на педиатрических мероприятиях, и в первый раз в Казахстане проводится мероприятие, в повестку дня которого отдельно вынесена нутрициология, — акцентировала внимание приглашенных на мероприятие журналистов руководитель подразделения детского питания Нестле в регионе Евразия Дария Айтмуханова. — Алматы стал первым городом, который собирает врачей-нутрициологов, и мы надеемся, что другие города

Казахстана последуют этому примеру!

На роль спикера конференции была приглашена известный в Казахстане врач-нутрициолог, доцент кафедры питания Карагандинского государственного медицинского университета Светлана Ахметова.

— В своей работе в области питания детей первого года жизни мы используем рекомендации ВОЗ: до 6 месяцев это грудное вскармливание, после 6 месяцев — введение прикорма. На этом построена вся политика нашего государства в области питания детей первого года жизни, — напомнила модератор аудитории, и сразу же перешла к делу. — Основная проблема заключается в том, что, несмотря на все усилия врачей, специальные программы, которые реализуются у нас в Казахстане, деятельность центров ЗОЖ, организацию школ



беременных и кормящих матерей при ПМСР, у нас допускаются очень большие погрешности в организации питания детей грудного возраста. Когда мама приходит на прием к педиатру, и ее начинают спрашивать, чем она прикармливает малыша, она говорит одно, но когда они заполняют анонимные анкеты, то выясняется совершенно иное. Так, по данным Министерства здравоохранения, 76 процентов женщин утверждают, что ребенок до 6 месяцев полностью находится на грудном вскармливании. Судя же по анкетированию, которое проводила наша кафедра, таких чуть более 60 процентов. Выяснилось также, что мамы, несмотря на полученные от педиатров рекомендации, начинают давать прикорм раньше положенного срока, некоторые — даже в три с половиной месяца! Дают соки, овощные и фруктовые пюре и даже творог, который не рекомендуется давать детям раньше 8–9 месяцев, потому что это белок, он дает большую нагрузку на почки. Некоторые мамочки смело дают трех-пятимесячным малышам мясное пюре. На 7 месяце его включают в рацион малыша, только если у него анемия, и только после консультации с педиатром. Обычно же мясное пюре дают детям в 8–9 месяцев, не раньше, иначе будет ферментный срыв, и ребенок окажется в лучшем случае в реанимации. Ну, а грудной ребенок с торчащей изо рта сосиской — это вообще преступление! Разве вы не знаете, что по технологии в сосисках и сардельках мяса — только 10 процентов, а все остальное — манка, сухое молоко, другие добавки и огромное количество внутреннего жира. Где тут рациональное питание?!

Чем чреват погрешности в питании детей раннего возраста?

На этом вопросе доцент Ахметова остановилась очень подробно. В первую очередь, избыточной массой тела, во вторую — дисбактериозом кишечника, в третью — нарушением ферментных возможностей организма, что впоследствии может развиваться в ферментопатию. Сюда же можно отнести все виды обменных нарушений, всю патологию кишечного тракта — все это напрямую

связано с погрешностями питания в раннем возрасте. Именно в младенчестве закладываются основы рационального пищевого поведения человека. Если не приучили в детстве ребенка кушать, когда нужно, и то, что нужно, он и дальше будет также безалаберно питаться, со всеми вытекающими последствиями.

– У нас мамы считают полезным для грудничков продуктом бананы, а это далеко не так, – сетует доктор Ахметова. – Они продолжают давать грудным детям цельное коровье молоко, хотя научно доказано, что до двух лет его вообще не должно быть в рационе питания детей! Не адаптированное для детей раннего возраста молоко – это просто катастрофа. Мало того что из-за этого может появиться избыточная масса тела, это еще и риск развития сахарного диабета второй группы. Если у ребенка избыточная масса тела, нагрузка идет на все органы – на сердце, желудочно-кишечный тракт, опорно-двигательный аппарат, уж не говоря о задержке развития центральной нервной системы. И кариес никто не отменял, ведь после употребления сладкого в ротовой полости продуцируются кислотообразующие бактерии, которые разрушают эмаль.

В Казахстане с детским кариесом довольно серьезная проблема. Само по себе сладкое — это дополнительная нагрузка на поджелудочную железу, которая и без того испытывает сильнейшие нагрузки при нашем характере питания. Мы с вами едим много высокоуглеводистой пищи — если макароны или картошку, то непременно жаренные на масле, и даже такое полезное блюдо, как картофельное пюре, портим,

добавляя туда много масла и молока и получая в итоге калорийную бомбу для поджелудочной железы. А панкреатиты неизлечимы, это специальная диета и недешевые препараты на всю оставшуюся жизнь. А возьмите аллергии и всевозможные диатезы, которые стали очень распространенными среди детей?..

Пищевые привычки детей настолько зависимы от пищевого поведения родителей, что начинать надо, конечно, с них. Представьте себе наш традиционный чай — это же два ведра углеводов на одном столе! Уберите из дома сладости, советует доктор Ахметова, взамен купите сухофрукты — изюм, курага, орешки в небольшом количестве, тем более, это для нашего региона традиционные сладости.

В чем же причины такого безграмотного поведения наших мамочек, которые, это вполне естественно, вреда своему любимому чадушке не желают, но из самых лучших побуждений вредят ему. Этот вопрос также был детально обсужден с экспертом-нутрициологом:

– Мамы, особенно те, кто первый раз родил ребенка, всегда обращаются за подсказкой к своим мамам, бабушкам, тетям, то есть представителям более старшего поколения, и те обычно говорят: «Мы вас так кормили, и ничего страшного не случилось, выросли!». Но дело в том, что нутрициология, как и все медицинские науки, не стоит на месте. Даже те виды прикорма, которые рекомендовались педиатрами 10 лет назад, претерпели существенные коррективы. Сейчас уже точно доказаны сроки созревания ферментных систем детского организма, доказано влияние отдельных продуктов питания на развитие в дальнейшем у них патологий. С учетом этих новых знаний и составляются современные рекомендации по вскармливанию детей до года жизни.

Но проблема в том, что участковым педиатрам некогда объяснить все это мамам. На прием отводится мало времени, им бы успеть осмотреть, послушать ребенка. Есть протоколы ведения детей грудного возраста, но диет



тология детского возраста в них тоже не отражена. Остается строгая схема: до 6 месяцев — мамино молоко, после 6 — прикорм. Эти стандартные рекомендации любой педиатр озвучит от и до, но не больше. Сейчас у нас в Караганде работают образовательные программы по питанию детей грудного возраста для врачей, они ведутся на базе нашего медицинского университета. В Алматы такие программы тоже появляются. И это хорошо, потому что нутрициология просто не может и дальше оставаться «на задворках» медицинской науки. У нас проводятся курсы повышения квалификации по любой врачебной специальности, кроме нутрициологии раннего детского возраста, а они очень нужны, хотя бы для педиатров.

Еще одна проблема, с которой сталкиваются мамы грудных младенцев — как выбрать из множества видов готового детского питания то, что нужно именно ее малышу?

— Пищевые смеси для прикорма детей грудного возраста, другие продукты для детского питания без подтверждения качества и безопасности никто на рынок не выпустит, — на этот счет у доктора Ахметовой опасений не возникает, — в республике хорошо отлажен механизм сертификации таких продуктов, этим у нас занимается Казахская академия питания, и тут проблем не возникнет, если не покупать продукты для детей в сомнительных местах.

В любой детской смеси, а их в супермаркетах стоят «километровые» полки, надо смотреть на содержание белка, советует известный нутрициолог страны. В материнском молоке содержится от 0,9 до 1,3 белка, следовательно, в начальной смеси для грудного вскармливания его должно быть не больше, чем 1,4. Надо смотреть и на соотношение сывороточного белка к казеину — в материнском

молоке оно составляет 55 к 45. То есть в искусственной смеси это соотношение должно быть либо 70 к 30, либо 60 к 40. Вот эти показатели важны, и на них надо обращать внимание. А из какого молока приготовлена эта смесь — из коровьего или козьего, это уже не имеет особого значения, главное, чтобы этот продукт был адаптирован к функциональным возможностям детского организма. Легче всего, кстати, усваивается овечьё и кобылье молоко.

Не было оставлено без внимания специалистами вегетарианство, допустимо ли оно в детском возрасте?

— Сразу говорю — в детском возрасте вегетарианство непри-

Еще одна современная беда — это модное нынче раздельное питание, я его тоже отношу к разновидности развращенного питания. Это абсолютно нерациональный, приводящий к ферментным срывам в организме, способ питания. Ну, а сыроедение, есть среди нас и приверженцы такого питания, это вообще катастрофа. Человек стал жить дольше, когда пришел к термической обработке пищи, а нас снова возвращают в каменный век!

Главное же условие детского здоровья — грудное вскармливание.

— Именно в материнском молоке содержится все, что необходимо для ребенка, все витамины, полезные вещества, причем, в самом, что ни есть естественном, «живом» виде, — не единожды акцентировала внимание педиатров доктор С. Ахметова,

— грудное молоко в полной мере обеспечивает правильное и полноценное питание ребенка в течение первых 6 месяцев. Поэтому, если есть желание и возможность, кормите ребенка грудью и год, и два, и три года. Как пищевой продукт, мамино молоко в этом возрасте уже ничего интересного из себя не представляет, но с ним поступают в детский организм нуклеотиды, которые способствуют развитию иммунитета, и полиненасыщенные жирные кислоты, способствующие развитию ЦНС. Так что принимать решение, когда отнимать ребенка от груди — за самой мамой. 🍀

Наталья ТОДОРОВА
Фото Айгуль РАМЕТОВОЙ

А современные мамы у нас «грамотные», они сутками сидят в Интернете, и оттуда черпают всю информацию, а вот пользоваться медицинской литературой, рекомендациями врачей не считают нужным. Могу сказать уверенно — наши мамочки в отношении питания детей безграмотны в 99 процентах случаев! Поэтому нужны специалисты по детскому питанию, нужны детские нутрициологи, хотя для нашего менталитета это еще звучит диковинно...

емлемо абсолютно, я его отношу вообще к развращенному виду питания, — на этот счет доктор Ахметова настроена очень категорично. — При нашей ферментной организации, да при наших климатических условиях вегетарианство в чистом виде вообще не показано. Частично оно оправдано в более старшем возрасте, как профилактика атеросклеротических процессов. С моей точки зрения, когда родители-вегетарианцы навязывают свою позицию детям, это нарушение прав человека. Потому что ребенок в младенчестве не может сам решить, чем ему питаться. Вырастет — определится, мясо ему есть, рыбу или подножный корм. А пока растет, его организм должен получать все необходимое для развития. Мясо в юности, молодом возрасте исключать из рациона категорически нельзя!



ЕСЛИ ДЕТСКОЕ СЕРДЦЕ БОЛИТ...



Детские болезни — очень трудная тема. Еще труднее говорить о тяжелых заболеваниях, ставящих под угрозу не только здоровье, но иногда и жизнь маленького человека. Именно к таким заболеваниям относятся болезни сердечно-сосудистой системы. Тем не менее говорить об этом важно и нужно, и сегодня мы беседуем с детским кардиоревматологом, заведующим кафедрой детских болезней КазНМУ им. С. Асфендиярова, д.м.н., профессором **Болатом Хабижановичем ХАБИЖАНОВЫМ**.

? *Болат Хабижанович, насколько актуальна проблема сердечно-сосудистых заболеваний у детей в нашей республике?*

— Известно, что сердечно-сосудистые заболевания, их осложнения и исходы во всех странах мира являются самой частой причиной смертности. Они являются также самыми распространенными заболеваниями среди населения.

Причем, около половины заболеваний сердца и сосудов у взрослых начинаются впервые в детском и подростковом возрасте и это подтверждено исследованиями зарубежных и наших казахстанских ученых. Наряду с этим актуальность проблемы у детей обуславливается большей частотой, свойственной только детям патологии в перинатальном периоде, в том числе и врожденными пороками развития. Хочу отметить, что

удельный вес заболеваний сердца у детей в Казахстане не отличается по частоте от соответствующих показателей в других странах.

? *Какова структура кардиоревматологической патологии у детей в Казахстане?*

— В структуре кардиоревматологической патологии у детей наиболее часто встречаются заболевания вирусно-бактериального происхождения, далее — врожденные пороки сердца и магистральных сосудов, нарушения ритма сердца и проводимости, артериальная гипо- и гипертензии в форме нейроциркуляторной дистонии. Кроме того, есть патологии сердечно-сосудистой системы, являющиеся вторичными, т.е. последствиями других тяжелых заболеваний некардиологического профиля.

? *Основные факторы риска, которые приводят к развитию заболеваний сердца и сосудов у детей?*

— В данное время установлено, что заболевания сердца и сосудов у детей являются результатом наследственной предрасположенности. Кроме того, немалое значение имеют инфекционные, экологические факторы. Если на ранних месяцах беременности мать курила, принимала алкоголь, лекарства, то это также может стать причиной развития сердечно-сосудистой патологии ребенка. Есть и не совсем ясные, так называемые мультифакторные и полигенные факторы.

? *Болат Хабижанович, как Вы оцениваете состояние детской кардиологической службы в Казахстане?*

— В Казахстане много делает-



ся для улучшения медицинской помощи детям, в том числе и большим сердечно-сосудистыми заболеваниями. Например, во многих городах за последние 2–3 года открыты кардиологические и кардиохирургические центры, в них стали проводиться операции по коррекции врожденных пороков сердца. Улучшаются возможности всестороннего обследования больных. Для этого закупаются дорогостоящая аппаратура и лабораторное оборудование высокоточной диагностики. Однако в связи с реформами в здравоохранении последних лет, специальность детского кардиолога объединена со специальностью взрослой кардиологии. Одновременное выполнение весьма сложных и разных функций взрослого и детского кардиолога сочетать одному врачу бывает затруднительно. Следовательно, это приводит к неизбежному снижению качества и содержания кардиологической помощи.

❓ А как Вы считаете, отличается ли уровень развития кардиологии в нашей республике от стран ближнего и дальнего зарубежья?

— Я считаю, что детская кардиологическая служба в настоящее время в Казахстане на достаточно высоком уровне. Определить диагноз и лечить заболевание сердца и сосудов в республике возможно не только в высокоспециализированных центрах Астаны и Алматы, но и в областных центрах. Имевшее место ранее отставание в хирургических операциях на сердце по поводу врожденных пороков развития успешно решается. Кроме того, Центр оснащен самой современной медицинской техникой и оборудованием, наши специалисты постоянно совершенствуют свои навыки и повышают квалификацию, внедряют инновационные технологии диагностики и лечения. Практически неограниченные технологические возможности Центра и опыт работы отделения кардиологии позволяют индивидуально подходить к лечению каждого маленького пациента.

Поэтому необходимость ехать за границу резко сократилась.

❓ В последнее время кардиологи часто говорят об аритмии. Каковы при-

чины перебоев в работе сердца ребенка?

— Нарушения ритма сердца, т.е. аритмии у детей встречаются часто, они разнообразны, многоформны, происхождение их также весьма различное. Результаты наших исследований свидетельствуют, что основное большинство аритмий у детей, в отличие от взрослых, функционального характера. Точнее, они обуславливаются часто внесердечными причинами или являются следствием перинатальной патологии, т.е. временными неглубокими нарушениями вегетативной регуляции, психоэмоциональной сферы и при соответствующем лечении проходят. Сложные же случаи, к счастью редкие, связанные с врожденными аномалиями и другими причинами, подлежат хирургической или лучевой коррекции или зависят от успехов лечения более сложного заболевания.

❓ Что вы посоветуете для профилактики заболеваний сердечно-сосудистой системы?

— Для профилактики заболеваний у детей нужно немного и много: здоровый образ жизни родителей, внимание и забота к ребенку, создание благоприятных условий для гармоничного роста и развития, наблюдение в детской поликлинике, и главное — счастливое детство.

❓ Болат Хабижанович, почему вы лично пришли в детскую кардиологию? Что в Вашей работе самое сложное? Как случилось, что Вы выбрали именно эту профессию?

— В 60-е годы прошлого столетия, меня — врача с периферии, по рекомендации профессора Николовой Татьяны Николаевны, у которой я обучался на кафедре в студенческие годы, пригласили в Алма-Ату, в Институт Педиатрии. В то время директором института была Бисенова Аклима Бисеновна, а ее заместителем по науке Барлыбаева Нина Ахметовна. По поручению этих известных людей, моих дорогих учителей, я стал работать в ревматологическом отделении. Это отделение в 1984 году расширилось, одновременно получив

статус кардиоревматологического научно-консультативного детского центра в республике. Я в это время заведовал этим отделением и необходимость отвечать требованиям центра и времени привели меня в кардиологию. Самое сложное для меня — нездоровый ребенок, загадки болезни которого могут быть трудными, неповторимыми.

❓ Что бы Вы хотели пожелать нашим читателям?

— Я желаю читателям вашего журнала иметь здоровое сердце, сохранить способность к теплым чувствам и делать добро, идущее от сердца.

Беседовала Айгуль РАХМЕТОВА

P.S. Наша страна богата замечательными врачами. Имена многих из них вошли в историю медицины, являются примером честного служения своему долгу, своей профессии. Каждая эпоха, каждый период истории рождают новые имена знаменитых медиков. Одним из них является Болат Хабижанович Хабижанов, заслуженный врач КазССР, д.м.н., профессор, педиатр, кардиоревматолог.

Долгие годы Болат Хабижанович работал в НИЦ педиатрии и детской хирургии МЗ РК заведующим научно-клиническим отделением сердечно-сосудистой патологии, сегодня заведует кафедрой детских болезней КазНМУ им. С.Д. Асфендиярова и продолжает научную деятельность на базе Центра. Профессор Хабижанов является автором 250 научных публикаций, в том числе 3 учебников по педиатрии на казахском языке, 1 монографии. Булатом Хабижановичем подготовлено 20 кандидатов медицинских наук, 5 докторов меднаук. Научные работы посвящены детской кардиологии и ревматологии.

Редакция журнала «Фармация Казахстана» поздравляет Болату Хабижановича с профессиональным праздником — Днем медицинского работника, выражает благодарность и признательность от имени всех родителей, кто доверяет ему самое дорогое, что у них есть — здоровье своих детей, и желает сил и здоровья.



«ДОМ» В ОТДЕЛЕНИИ ДЕТСКОЙ ОНКОЛОГИИ

В Международный день семьи, который отмечается во всем мире 15 мая, в Казахском НИИ онкологии и радиологии была принята к реализации «Программа снижения смертности казахстанских детей с онкологическими заболеваниями». Это совместная инициатива общественного фонда «ДОМ», казахстанской компании «Мэри Кэй» и КазНИИ онкологии и радиологии. Врачи ведущего противоракового научно-лечебного учреждения республики присоединились к обществу «Врачи доброй воли» и подписали «Хартию доброй воли». На пресс-конференции по этому поводу было объявлено также о закупке компанией «Мэри Кэй» (Казахстан) оборудования для детского отделения онкологии КазНИИОиР.



Ежегодно у более трехсот казахстанских детей до 15 лет выявляется онкопатология, и эта печальная статистика растет год от года. Если в 2008 году было за зарегистрировано 311 детей со злокачественными новообразованиями, то в минувшем году уже 339. Сегодня на учете в онкологических больницах нашей страны состоит около 1300 детей. Онкологические заболевания занимают второе место по уровню детской смертности в Казахстане.

Одна из причин того, что несмотря на предпринимаемые государством усилия по снижению онкологической заболеваемости населения, уровень детской онкопатологии все-таки не снижается, по мнению экспертов КазНИИ онкологии и радиологии, в отсутствии полноценной диагностики и онкологической настороженности у врачей первичного звена и самого населения. В большинстве случаев онкологическое заболевание диагностируется уже на последней стадии, когда лечить его гораздо труднее и затратнее.

— Казахстан — чуть ли не единственное государство, которое за счет бюджета обеспечивает лекарствами онкобольных, — подчеркнул директор КазНИИ онкологии и радиологии, д.м.н. Куаныш Нургазиев, знакомя журналистов с положением дел в отечественной онкологии, — у нас осуществлено практически полное лекарственное обеспечение. Да, у нас есть нерешенные проблемы, ведь при лечении онкопатологии применяется очень дорогостоящее оборудование, это высокие технологии, специально обученные кадры, и они у нас скоро появятся, благодаря Государственной программе по снижению онкозаболеваемости в Казахстане.

Лечение детей с онкологическими заболеваниями (кроме лейкоза, который лечат в НЦП и ДХ) в Казахстане осуществляется в единственном учреждении — отделении детской онкологии и радиологии Казахского НИИ онкологии и радиологии. Здесь проводится хирургическое, противоопухолевое,



лекарственное и лучевое лечение маленьких пациентов. Сюда больные малыши вместе со своими отчаявшимися мамами стекаются со всех уголков страны. Ведь иногда этот спасительный островок надежды появляется на их горизонте слишком поздно. Выявляют злокачественные новообразования специалисты общей лечебной сети, на стадии первичной медико-санитарной помощи. И случается, не у всех хватает квалификации, чтобы вовремя распознать эту болезнь.

— Мы только лечим онкологических больных, но когда их выявление запаздывает, тогда нам тяжелее их лечить, и эффект от лечения не такой, который бы мы хотели, — говорит Куаныш Нургазиев.



Об этом рассказала на пресс-конференции бабушка больной девочки из Акмолинской области Надежда Коренкова:

— Наша Настенька находилась здесь на лечении, сейчас ей два с половиной годика. Здесь ей сделали операцию, она прошла успешно, но после нее началось осложнение, инвагинация кишечника. Сейчас все осталось позади — наши дети живут, радуются жизни, и мы очень благодарны за это докторам — заведующему отделением Бахраму Маликайдаровичу Жумадуллаеву, нашим лечащим врачам, всему персоналу. Мы здесь на лечении уже целый год находимся, и я вижу, что в отделении какое-то новое оборудование появляется, в каждой палате поставили холодильник, микроволновку, стиральную машину — помогают организовать быт мам. К нам приходят представители общественных благотворительных организаций, приносят детям подарки, соки, сладости. Спасибо, что есть такие люди, они помогают нашим детям бороться с болезнью!

Уже в 2014 году, пообещал директор КазНИИ онкологии и радиологии, старое здание отделения детской онкологии снесут, и на его месте построят новое, где будет и просторнее, и стерильнее, и найдется койко-место для мамы больного малыша. Вообще же за рубежом другая форма оказания медицинской помощи онкобольным — онкостационары на 20–30 коек, где они получают необходимые процедуры, а рядом пансионаты, где они могут жить с родными, как дома. В будущем мы об этом же мечтаем, признался руководитель института.

Пока же справиться с болезнью больным детям помогают добрые люди, и в их адрес на пресс-конференции прозвучало много благодарственных слов от людей в белых халатах и родителей больных малышей. Компания «Мэри Кэй» (Казахстан), которую на этом мероприятии представлял лично ее генеральный директор Константин Кулинич, приобрела для детского отделения онкологии экстренно необходимое реанимационное и реабилитационное оборудование — инкубатор интенсивной терапии и системы обогрева пациента WarmTouch 5900 и реанимационные столы для интенсивного терапевтического ухода для детей с новорожденного возраста до трех лет. По заявлениям специалистов это оборудование позволит улучшить проведение интенсивной терапии и создаст необходимые условия для проведения операций детям. С коварной внутрибольничной инфекцией поможет интенсивнее бороться стерилизатор для рук Ingo-man LCP T, а также одноразовые операционные одеяла и годовой запас мощного средства для рук Трифомин. Это все появилось в арсенале врачей и обслуживающего персонала детского онкоотделения в результате нового благотворительного проекта, инициированного общественным фондом «ДОМ», который возглавляет известная в Казахстане своей активной благотворительной деятельностью Аружан Саин. Она уверена, что когда к решению той или иной проблемы со здоровьем казахстанцев подключаются НПО, социально ответственный бизнес, к которому все участники встречи дружно отнесли казахстанскую компанию «Мэри Кэй», СМИ и все общество, тогда о ней быстрее вспомнит и государство. Так было при реализации их совместной с «МК» программой снижения смертности детей с врожденными пороками сердца в Казахстане. Так будет, уверена Аружан, и с новой Программой снижения смертности детей с онкологическими заболеваниями. 🌐

Наталья ТОДОРОВА

Многих онкобольных детей можно было бы спасти, признаются врачи, если бы не отсутствие полноценной диагностики злокачественных новообразований. Вторая причина потерь детского населения в том, что в единственном специализированном лечебном учреждении не хватает постоперационного оборудования для их выхаживания и реабилитации. Да и условия содержания больных малышей, для которых детское отделение онкологии на долгие месяцы становится вторым домом, оставляют желать лучшего. Здание построено более 60 лет назад, в отделениях не хватает места, даже чтобы поставить койку для мам, которые неотлучно находятся при больных детях.

**С.Т. ЧУКУМОВА**

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

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ БРОНХИАЛЬНОЙ АСТМЫ У ДЕТЕЙ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)



Бронхиальная астма (БА) является актуальной проблемой педиатрии и клинической медицины в целом. Это заболевание, начавшись у детей, часто продолжается в зрелом возрасте, становясь причиной инвалидности, а иногда и драматичных исходов. Все это объясняет значимость проблемы БА и то внимание, которое она привлекает во всем мире /1/.

Эпидемиологические исследования подтверждают высокую распространенность БА у детей и взрослых, которая варьирует в среднем от 5 до 10% /2/. Так, частота БА составляет 11% среди детей в США, 5% — в Италии, 7% — во Франции, 5% — в Японии, 7% — в Германии. Только в Великобритании БА страдает до 15% населения в возрасте до 15 лет, то есть почти 1,5 млн детей. При этом 1/3 из них имели 5 эпизодов одышки и более, столько же пациентов не спали, по крайней мере, одну ночь в неделю из-за кашля или одышки, что привело

к пропуску занятий в школе у 60% больных.

Большинство авторов указывают на прогрессивный рост заболеваемости БА в детском возрасте за последние 20 лет. Так, распространенность БА среди детей 6–11 лет в США в 1971–74 гг. составляла 4,8%, но позже (1976–1980) — уже 7,6% /3/. Среди австралийских детей также отмечено почти двукратное увеличение распространенности БА за 10 лет — с 10,4% в 1982 г. до 27,6% в 1992 г. На 141% возросло число астматических детей в возрасте 7 лет, проживающих в Мельбурне, за период с 1964 (19,1%) по 1990 г. (46%) /4/. Тенденция к росту распространенности БА среди лиц 13–14-летнего возраста отмечена также в Израиле — с 5,7% в 1986 г. до 11% в 1989 г. /5/. Из 4666 обследованных детей в возрасте 7–13 лет, проживающих в Норвегии, у 9% диагностирована БА /6/. Из них 67% детей имели легкую форму заболевания, 29% — среднетяжелую и 4% — тяжелую БА. Хотя в Финляндии отмечен наиболее низкий уровень заболеваемости среди детей, однако, если здесь БА в 1979 г. страдал 1% детей, то в 1997 г. их число достигло 2,8%, а в одном из регионов страны даже 7% /7/. В 1973 г. в Англии было 6% детей в возрасте 12 лет, имеющих диагноз БА, а в 1988 г. — уже 12% /8/. Анализ респираторных симптомов и астмы у детей 6–16 лет, проживающих в этой стране, показал, что по сравнению

с 1981 г. частота БА к 1994 г. возросла с 3,4 до 9,3% /9/.

Эпидемиологические исследования, проводимые в последние десятилетия с использованием самых разных методических подходов, также свидетельствуют о росте распространенности БА в детском возрасте.

Так, международные исследования по программе ISAAC в 156 центрах 56 стран мира (1991–1995 гг.) выявили широкую вариабельность распространенности бронхиальной астмы у детей. В настоящее время такие исследования выполнены во многих странах Европы, Северной и Латинской Америки, Африки, в Австралии. I фаза программы была завершена в 1996 г., III фаза — в 2002 г. Весной 2005 г. она была зарегистрирована в книге рекордов Гиннеса как самое большое стандартизированное эпидемиологическое исследование в педиатрии. Следует отметить, что данная стандартизированная программа позволяет определять бронхиальную астму лишь по основным симптомам заболевания, а не по установленным диагнозам.

Согласно данным Международного исследования астмы, распространенность БА в мире существенно варьирует. В среднем в мире распространенность текущих проявлений в виде затрудненного свистящего дыхания ежегодно увеличивалась на 0,03% в год у детей 13–14 лет и снижалась на 0,07% в год у де-



тей 6–7 лет /10/. Эти тенденции различались по регионам. В Западной Европе распространенность затрудненного свистящего дыхания в течение года сокращалась на 0,32% в год у детей 13–14 лет и увеличивалась на 0,24% в год у детей 6–7-летнего возраста. В англоговорящих странах распространенность ежегодно снижалась на 0,60 и 0,18% соответственно. Установлено, что распространенность одного из симптомов бронхиальной астмы – свистящее дыхание у детей старшего возраста колебалась от 2,1 до 32,2%, а у 6–7-летних детей от 4,1 до 32,1%. Данный симптом оказался высоким у школьников Австралии, Новой Зеландии, Великобритании, низким – Индонезии, Греции, Тайване, Индии, Эфиопии, Албании. Коэффициент корреляции этого показателя с установленным диагнозом бронхиальная астма составил 0,76 ($p < 0,001$).

Проводимые эпидемиологические исследования в России и СНГ показали, что распространенность симптомов бронхиальной астмы у детей младшей и старшей возрастных групп сопоставима со среднемировыми и европейскими данными /11/. Симптом свистящего дыхания у детей 6–7-летнего возраста варьировал от 5,9 до 23,1%. В среднем данный симптом был зафиксирован у 9,7% опрошенных, а диагноз бронхиальной астмы был установлен лишь у 3,75%

детей. Расхождение между распространенностью симптомов заболевания и установленным диагнозом отмечено более чем в 2 раза практически во всех городах России. Высокое количество положительных ответов о наличии симптомов бронхиальной астмы было выявлено у школьников городов Читы, Ангарска, Томска, низкое – Благовещенска, Чебоксар.

Причины роста заболеваемости БА требуют дальнейших исследований, но особенности ее распространения у различных контингентов населения позволяют получить более полное представление о факторах, влияющих на формирование болезни.

Во-первых, ряд авторов указывают на значимость половой принадлежности: заболеваемость выше у мальчиков /12; 13/, но после периода полового созревания эти различия в частоте заболевания уже не столь существенны. У части детей в последующем отмечается клиническая ремиссия заболевания. В то же время Venn A. и соавт. /14/, изучая влияние возраста и пола на распространенность БА у подростков, считают, что после периода полового созревания БА чаще встречается у девочек. Существенное значение при этом, по мнению автора, имеют гормональные изменения, происходящие в подростковом периоде.

Во-вторых, существуют возрастные отличия в заболеваемости БА. Так, по данным Sears M. и соавт. /15/, если у детей в возрасте 3 лет распространенность БА была только 1,3%, то среди них же в 5-летнем возрасте – 2,6%, а в 7 лет – 3,3%. При повторном обследовании этих детей 7-летнего возраста распространенность диагностированной БА увеличилась до 6,5%, при этом диагноз «возможной» БА был установлен еще у 5,4% детей. По данным же Т.Г. Маланичевой /16/, у детей в возрасте до 3 лет БА встречалась у 0,8% обследованных, 3–7 лет – у 1,1%, 7–14 лет – у 1,8%.

В пубертатном возрасте име-

ющиеся данные крайне противоречивы. Еще С.Г. Звягинцева /17/ указывала на неоднозначность выздоровления подростков – через 3–7 лет приступы начинают рецидивировать. М. Turner-Warwick /18/ полагает, что выздоровление детей при БА представляет собой лишь различной длительности клиническую ремиссию. L. Fabbri и соавт. /19/ установили, что у 30–50% пациентов в пубертатном периоде приступы БА исчезают, но они часто возобновляются с возрастом. В то же время по данным E. Cserhati /20/, выздоравливают до 67% пациентов, а по D. Nowak и соавт. /21/, у 80% детей симптомы БА в зрелом возрасте не повторяются. Прогноз заболевания, как считают большинство из перечисленных авторов, зависит от степени тяжести заболевания, пола, возраста, в котором началось заболевание. Если по Л.И. Гулевой и соавт. /22/, худший прогноз заболевания у детей, начавших болеть после 7 лет, то J. Martin и соавт. /23/, U. Petru соавт. /24/ обнаружили корреляцию между ранним началом и неблагоприятным исходом болезни.

Таким образом, стандартизированные эпидемиологические исследования помогают оценить истинную распространенность БА в детском возрасте. Установление распространенности заболевания в популяции позволяет совершенствовать специализированную стационарную и/или амбулаторную помощь больным данного профиля. 🗳

Список использованной литературы можно запросить в редакции.



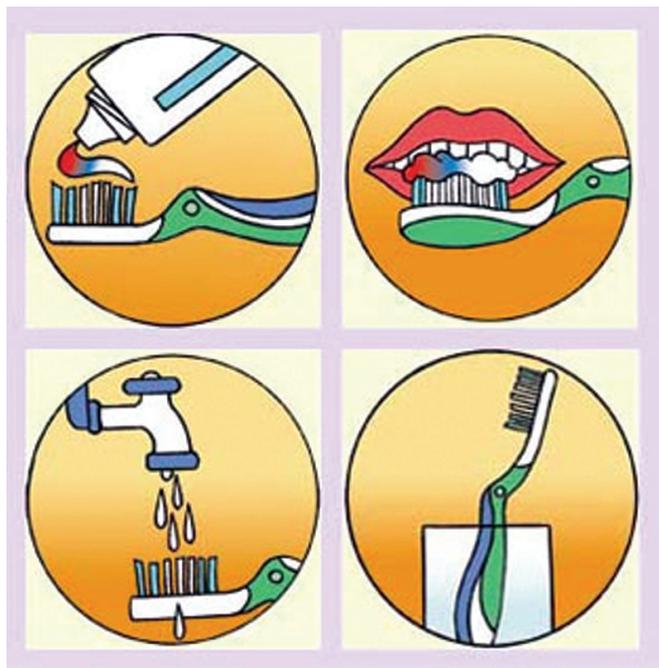
Б.Ж. КУШУМБАЕВА

ТОО «Частная поликлиника «Цента» г. Щучинск Акмолинская область

ПРОФИЛАКТИКА ФЛЮОРОЗА ЗУБОВ У ДЕТЕЙ В г. ЩУЧИНСКЕ БУРАБАЙСКОГО РАЙОНА АКМОЛИНСКОЙ ОБЛАСТИ

Осы жұмыста Ақмола облысы, Бурабай ауданы, Щучий қаласындағы балалардың тіс флюорозын алдын алу жолдары мен әдістердің көрсеткіштері келтірілген. Бұл флюороздың эндемия аймағы болып саналады. Және де сүйектердің остеосклерозы, остеопорозы қалқанша без аурулары жиі кездеседі.

This study presents the results of prophylaxis methods of teeth fluorosis in Shuchinsk town of Borabay in Akmola region which is endemic zone of fluorosis. Also, there is high frequency of osteosclerosis, osteoporosis of the bone and thyroid diseases.



Тяжесть проявления флюороза обуславливается степенью чувствительности организма к фтористой интоксикации и его способностью противостоять этому воздействию; концентрацией фтора в питьевой воде и количеством выпитой воды; общим состоянием ребенка, его возрастом; длительностью поступления фтора в организм; потреблением продуктов, содержащих фтор, искусственным вскармливанием, ранним прикормом /1/. При ограниченном и недлительном поступлении фтора в организм наблюдается поражение зубов одного периода минерализации. При постоянном проживании ребенка в регионе с повышенным содержанием фтора в питьевой воде флюороз может распространяться на все

группы зубов, минерализация которых начинается в разные сроки /2; 3; 5/. Известно, что клиническая картина при одной и той же концентрации фтора в питьевой воде будет наиболее выражена у ослабленных детей и в тех случаях, когда процесс минерализации зубов только начался. Поэтому степень тяжести клинического проявления флюороза тех зубов, минерализация которых началась раньше, и зубов, в которых она происходила позже, будет различной /5; 6/. Клиническая картина флюороза зубов, которые к моменту воздействия фтора уже успели частично или полностью минерализоваться, протекает в более легкой форме или отсутствует /2; 3/.

Как известно, г. Щучинск Бурабайского района Акмолинской

области является эндемической зоной флюороза. Флюороз протекает бессимптомно и возникает в результате интоксикации организма фтором, которая при больших дозах поступления микроэлемента клинически может также проявиться в виде остеосклероза, поражения почек, нервной системы. Нами отмечено, что за последний период в г. Щучинске повысилась частота таких заболеваний, как остеосклероз и остеопороз костей, особенно среди населения молодого возраста. Также отмечено, что многие местные жители страдают заболеваниями щитовидной железы, в связи с постоянным поступлением большого количества фтора в организм, что способствует ухудшению усвоения йода и хлора.

Как известно, мероприятия



для профилактики осложненных форм флюороза делятся на коллективные и индивидуальные меры профилактики. Ниже мы приводим существующие коллективные меры профилактики наряду с примерами проведенных мероприятий и реальной ситуацией в г. Щучинске:

1) замена водоисточника или снижение содержания фтора за счет фильтрования воды, смещения водоисточника с использованием скважин. Реальная ситуация: На сегодняшний день жители г. Щучинска потребляют воду из Сергеевского водохранилища с осени 2010 г., где количество фтора в воде минимально, однако жители многих деревень до сих пор продолжают пить воду с высоким содержанием фтора;

2) проведение профориентационных работ с целью распространения информации о флюорозе для населения во время бесед, лекций в общественных местах, также через средства массовой информации. Например, нами постоянно проводятся лекции в дошкольных и школьных учреждениях о правилах личной гигиены полости рта, о правильном выборе зубной пасты, щетки. В местных газетах, таких как: «Луч», «Бурабай» часто публикуются статьи о правильном использовании зубных паст, ополаскивателей без содержания фтора. Также проводятся беседы с торговыми компаниями, представляющими средства и предметы гигиены полости рта;

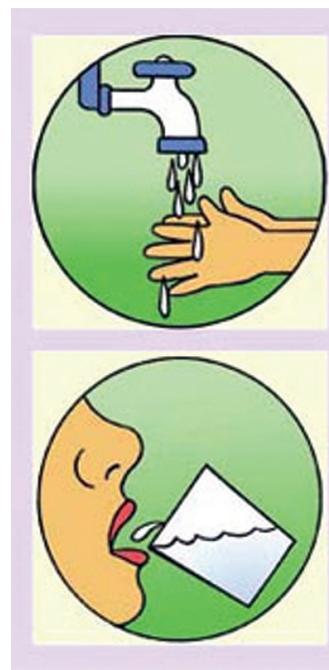
3) проведение профилактических осмотров с организацией бригад врачей-стоматологов и медсестер, выезжающих по предварительной договоренности в дошкольные или школьные учреждения, а также в семейные амбулатории для проведения внешнего осмотра, осмотра полости рта с целью определения стоматологического состояния среди детского населения для выявления здоровых, нуждающихся в лечении, санированных с последующим направлением для лечения.

В данное время существует проблема, связанная с отсутствием стоматологического кабинета в школьных учреждениях, в

связи с чем число нуждающихся в санации полости рта резко возросло, также во многих сельских регионах имеются проблемы с водоснабжением. Учитывая все перечисленные проблемы, нами проводится прием в поликлиниках г. Щучинска, за исключением единичного случая, когда директором сельского округа был выделен специальный автобус для детей с целью их доставки в поликлинику для получения стоматологической помощи.

Индивидуальные меры профилактики должны проводиться с момента рождения ребенка. В первую очередь следует избегать искусственного вскармливания и раннего прикорма. Мы ведем беседы с беременными женщинами о здоровье зубов будущего малыша. Рассказываем, в какие месяцы происходит закладка молочных и постоянных зубов, о том, что нужно избегать искусственного вскармливания и раннего прикорма, необходимо заменять воду молочными изделиями, которые снижают влияние токсичности фтора на организм. С введением прикорма основное количество воды в пище следует заменить молоком и соками. Клинические наблюдения показали, что дополнительное введение в пищу витаминов С, Д и глюконата кальция в значительной степени уменьшает проявление флюороза /4; 5; 6/.

Из пищевого рациона следует исключать или ограничивать продукты, содержащие фтор (шпинат, морская рыба, животное масло). Родителям маленьких детей рекомендуем начинать чистку зубов с 4–6 месяцев салфет-



ками «Спиффис», использовать гелевые напальчники с зубными порошками, содержащими кальций. Всем жителям региона рекомендуем чистить зубы зубными пастами с кальцием, без фтора. Это пасты «СПЛАТ биокальций», «Жемчуг с кальцием», «Парадонтакс» классический без фтора и многие другие. Анализируя работу в сельской местности, можно сделать выводы, что необходимо:

1) ежегодное проведение профилактических осмотров, бесед о необходимости своевременного лечения зубов среди родителей и их детей;

2) открытие стоматологических кабинетов в сельской местности;

3) набор учащихся из сельской местности, совместно с акиматами для целенаправленного обучения на контрактной основе на стоматологическом факультете в вузах и медицинских колледжах;

4) поддержка приоритетности сельских стоматологов и зубных врачей помимо врачей общей практики;

5) организация и проведение выездных курсов по повышению квалификации, различных специализаций по стоматологии в областных центрах. 

Список использованной литературы можно запросить в редакции.



О. ЗАСЫПКИНА
ЦМИ «Фармэксперт»

ВЕСНА В СОДРУЖЕСТВЕ ОБЗОР ФАРМРЫНКОВ СТРАН СНГ, 1 кв. 2012 г.

С начала 2012 г. в регионе СНГ получил новый импульс процесс создания масштабной зоны свободной торговли. Подписанный 18 октября 2011 г. новый Договор о Зоне свободной торговли (ЗСТ) между странами СНГ заменил Соглашение о ЗСТ от 1994 г. Настоящий Договор, вступивший в силу с 1 января 2012 г., носит многосторонний характер и отменяет действие многочисленных двусторонних договоров, тормозивших создание ЗСТ; он предполагает беспешинную торговлю, сокращение количества изъятий из режима свободной торговли, снятие ограничений и барьеров, а также взаимное предоставление национального режима¹ в отношении внутренних налогов, сборов, нормативно-правовых документов, разработанных, в том числе, с учетом правил ВТО. Новый Договор подписали восемь из 11-и стран Содружества: Армения, Беларусь, Казахстан, Кыргызстан, Молдова, Россия, Таджикистан и Украина. Уже в период подготовки этого материала произошло присоединение к ЗСТ Узбекистана (4 июня 2012 г.). До конца календарного года, вероятно, состоится ратификация Договора в Азербайджане и Туркменистане.

Эта весна также привела к «потеплению» в отношениях между Россией и бывшей участницей СНГ Грузией. Это имело немаловажное значение для вступления

РФ в ВТО, которое состоялось в декабре 2011 г. (Грузия имеет статус члена ВТО с 2000 г.). На текущий момент из всех стран Содружества членами ВТО являются Кыргызстан (с 1998 г.), Молдова (с 2011 г.), Армения (с 2005 г.), Украина (с 2008 г.). Азербайджан, Беларусь, Казахстан, Таджикистан и Узбекистан имеют статус наблюдателей ВТО, что обязывает их начать переговоры о вступлении в Организацию в течение пяти лет.

По итогам 20-ти лет, прошедших со времени распада СССР, процесс углубления интеграции в структуре СНГ нельзя признать быстрым, однако его можно охарактеризовать как неизбежный.

Характеристика розничного сектора фармацевтического рынка по странам

В условиях активно развивающейся интеграции между всеми странами нельзя не отметить тенденцию увеличения доли фармацевтической продукции, производимой и реализуемой внутри Содружества. Так, доля продукции² Украины увеличилась в Казахстане, Азербайджане и Беларуси. Доля продукции Беларуси выросла в Украине, Казахстане и Кыргызстане. Доля продукции Узбекистана показала прирост в Армении и Грузии. Доля продукции Грузии выросла в Казахстане, Украине, Армении, Беларуси и Узбекистане.

Страны с долей локального

производства менее 10% также активно развивают направление экспорта национальной фармацевтической продукции. Доля продукции Армении увеличилась в Узбекистане. Доля продукции Казахстана выросла в Украине и Азербайджане. Доля продукции Молдовы увеличилась в Украине, Грузии, Беларуси и Азербайджане. Доля продукции Азербайджана выросла в Молдове и Украине. Оборот продукции Кыргызстана зафиксирован в Грузии, Казахстане, Украине, Беларуси, Узбекистане, Молдове и Армении. Таким образом, национальная фармацевтическая промышленность развивается не только в целях обеспечения внутренних потребностей каждой из стран, но и формирует общий фармацевтический рынок Содружества.

Ниже представлен анализ розничного сектора стран СНГ и Грузии за текущий отчетный период (1 кв. 2012 г.); периодами сравнения по основным показателям являются предыдущий отчетный период (4 кв. 2011 г.) и аналогичный период предыдущего года (1 кв. 2011 г.). Все расчеты приведены в ценах конечного потребления (USD), если не указано иное. Страны перечислены в порядке от максимального к минимальному объему розничного сектора по итогам текущего отчетного периода.

Таким образом, по итогам 2012 г. общий объем розничного сектора фармрынка СНГ может вплот-

¹Национальный режим — принцип, применяемый в международных договорах, в силу которого юридическим и физическим лицам (гражданам) одного договаривающегося государства предоставляется на территории другого договаривающегося государства равные же права, льготы и привилегии. В рамках нового договора о ЗСТ страны договорились о предоставлении друг другу национального режима в отношении внутренних налогов, сборов, законов, правил, относящихся к купле-продаже, перевозке, распределению, использованию, переработке товаров на внутринациональном рынке; о провозглашении принципа свободы транзитных перевозок.

² Оценка по показателю прироста доли в розничном секторе фармрынка в стоимостном выражении, 1 кв. 2012 / 1 кв. 2011.



Таблица 1. Динамика роста основных макроэкономических характеристик стран СНГ и Грузии, 1 кв. 2012 г. (% к соответствующему предыдущему периоду)

Страна	ВВП (в постоянных ценах)	Оборот розничной торговли (в постоянных ценах; все каналы реализации)	Индексы потребительских цен ²	Экспорт в страны СНГ	Импорт из стран СНГ
Азербайджан	100,5	109,3	100,5	28,0	86,5
Армения	104,7	99,0	102,7	140,4	110,0
Беларусь	103,0	107,7	105,0	126,4	122,2
Грузия	106,5	106,8	97,8 ³	н/д	н/д
Казахстан	105,6	112,0	101,1	91,0	125,4
Кыргызстан	93,2	108,2	100,9	188,3	153,2
Молдова	106,4 ⁴	104,3	101,0	114,3	110,4
Россия	104,9	107,5	101,5	100,8	102,0
Узбекистан	107,5	111,1	102,7	134,8	103,6
Украина	101,8	114,2	100,7	111,5	93,9

Источник: www.cisstat.com, www.geostat.ge

² Март 2012/декабрь 2011 (%).

³ Март 2012/март 2011 (%).

⁴ 2011/2010 (%).

Таблица 2. Объем розничного сектора фармрынков стран СНГ (% , USD), 1 кв. 2012 г.

№	Страна	Объем розничного фармрынка, млнUSD	Категория*
1	Украина	632,82	Годовой аптечный товарооборот более 1 млрдUSD
2	Казахстан	260,30	
3	Беларусь	155,10	Годовой аптечный товарооборот более 500 млнUSD
4	Азербайджан	151,45	
5	Узбекистан	95,71	Годовой аптечный товарооборот более 200 млнUSD
6	Грузия	65,24	
7	Кыргызстан	48,88	Годовой аптечный товарооборот более 100 млнUSD
8	Молдова	44,47	
9	Армения	30,27	
Итого		1 484,24	

*Оценка розничного товарооборота за календарный год.

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



Казахстан

Таблица 3. Основные характеристики розничного сектора фармрынка Казахстана, 1 кв. 2012 г.

Показатель		Значение
Объем	млрд USD	0,26
	млрд упак.	0,11
Доля ОТС (USD), %		43,1
Доля локальной продукции, %	USD	6,9
	упак.	23,1
Средняя цена, USD/упак.		2,46
<i>Динамика рынка относительно 4 кв. 2011 г.</i>		
Динамика, %	USD	7
	упак.	2
Динамика ср. цены, USD/упак.		5
<i>Динамика рынка относительно 1 кв. 2011 г.</i>		
Динамика, %	USD	34
	упак.	25
Динамика ср. цены, USD/упак.		7

Источник: ЦМИ «Фармэксперт» — Аудит розничных продаж ЛС в Казахстане

Таблица 4. TOP10 корпораций и торговых марок по доле розничного сектора фармрынка Казахстана (%; USD), 1 кв. 2012 г.

TOP10 корпораций					TOP10 ТМ				
Рейтинг			Корпорация	Доля, %	Рейтинг			ТМ	Доля, %
1 кв. 2012	4 кв. 2011	1 кв. 2011			1 кв. 2012	4 кв. 2011	1 кв. 2011		
1	1	1	Novartis	6,65	1	1	2	Актовегин	1,92
2	2	5	Nycomed	5,50	2	2	1	Терафлю	1,06
3	4	4	TevaPharmaceutical IndustriesLtd.	4,79	3	4	3	Эссенциале	0,81
4	3	2	Sanofi-Aventis	4,46	4	6	4	Цефазолин	0,78
5	5	3	Bayer Healthcare	4,15	5	5	9	Линекс	0,75
6	7	9	Santo/Polpharma	3,40	6	12	35	Конкор	0,72
7	6	8	Berlin-Chemie/Menarini	3,17	7	10	16	Лазолван	0,72
8	8	7	GSK	2,95	8	8	7	Амбробене	0,70
9	10	10	Abbott Products	2,92	9	24	24	Урсосан	0,67
10	9	6	Gedeon Richter	2,75	10	25	13	Креон	0,67
TOP10				40,74	TOP10				8,80

Источник: ЦМИ «Фармэксперт» — Аудит розничных продаж ЛС в Казахстане



ную приблизиться к 6 млрд USD. С учетом российского розничного сектора эта цифра может составить порядка 24 млрд USD.

Заключение:

Максимальный объем розничного сектора фармрынка среди стран Содружества (без учета РФ) отмечен в Украине, что обусловлено самой большой численностью населения в рассматриваемом регионе (исключая Россию). Среди всех рассматриваемых стран Украина выделяется наиболее развитым локальным фармпроизводством. Доля локальной продукции в розничном секторе этой страны составляет почти 30% в стоимостном выражении. Однако по уровню потребления ЛС

на душу населения это страна не является лидером. Наибольшее среднедушевое потребление зафиксировано в Беларуси и Азербайджане (16,4 USD/чел.). Интересно отметить, что именно эти страны имеют максимальные и минимальные показатели по динамике развития розничного сектора: в Азербайджане по сравнению с 1 кв. 2011 г. зафиксирован максимальный прирост объема сектора и средней цены на ЛС, а в Беларуси отмечена противоположная ситуация — сокращение объема розничного сектора и максимальное снижение средней цены на ЛС. На этом фоне доля белорусских производителей на национальном рынке существенно увеличилась (+13%). По

сравнению с 1 кв. 2011 г. наиболее активное развитие локального производства отмечено в Узбекистане: прирост доли локальной продукции составил +22% в стоимостном выражении. Такие темпы роста позволили локальным компаниям занять уверенные позиции в рейтингах. В состав TOP10 корпораций в Беларуси и Узбекистане входят по четыре локальных фармпроизводителя. Привлекает внимание также тот факт, что в Украине, Беларуси и Узбекистане лидерами розничного рынка являются именно национальные компании. В остальных рассматриваемых странах лидерами являются мультинациональные корпорации. 



БЕЗОПАСНОСТЬ ЛЕКАРСТВ

СТАТИНЫ АССОЦИИРУЮТСЯ С ПОВЫШЕНИЕМ РИСКА ДИАБЕТА

Использование статинов у женщин в постменопаузе ассоциируется со значительным повышением риска сахарного диабета, согласно результатам изучения данных «Women's Health Initiative» (WHI).

«Проведенное исследование показало, что риск диабета особенно высок у пожилых женщин, и этот риск намного больше, чем найденный в раннее проведенном мета-анализе», — сказал доктор Юншенг Ма (Yunsheng Ma) (University of Massachusetts Medical School, Boston).

Энни Кулвер (Annie Culver) (Mayo Clinic, Rochester, MN), один из авторов исследования, опубликованного в онлайн-выпуске «Archives of Internal Medicine» от 9 января 2012 г. сказала, что необходимы тщательный контроль и индивидуализированная оценка риска и преимуществ, как и акцент на долговременных изменениях образа жизни. В данном возрасте пациенты имеют более высокую предрасположенность к диабету, и поэтому контроль диабета у пациентов, получавших статины, становится более важным.

В проведенном исследовании ученые проанализировали данные из WHI, исследования, включившего 153 840 женщин в постменопаузе в возрасте 50–79 лет. Информация об использовании терапии статинами была получена при регистрации и спустя три года; в проведенный анализ вошли данные до 2005 г. В начале исследования 7,0% женщин принимали статины, 30% женщин — симвастатин, 27% — ловастатин, 22% — правастатин, 12,5% — флувастатин, и 8% — аторвастатин. В течение периода исследования было зарегистрировано 10 242 случаев развития диабета.

В нестандартизированной модели риска использование статинов в начале исследования ассоциировалось с 71% увеличением риска развития диабета. После учета потенциальных смешивающих факторов риск диабета, связанного со статиновой терапией, снизился до 48%. Ассоциация имела место для всех типов статинов.

Значительное повышение риска диабета отмечалось у белых, латиноамериканских и азиатских женщин (увеличение риска — 49%, 57%, и 78%, соответственно). Среди афроамериканских женщин, которые составляли 8,3% изученной популяции, было незначительное увеличение риска диабета — 18%, ассоциируемое с применением статинов в начале исследования. Прием статинов и риск диабета также были связаны у женщин с различными ИМТ (ИМТ <25,0, 25,0–29,9, и > 30,0 кг/м²). Женщины с самым низким ИМТ (<25,0 кг/м²), казалось, имели самый высокий риск диабета, по сравнению с женщинами с ожирением, что, по предложению исследователей связано с фенотипом или гормональными различиями между женщинами.

Доктор Ма согласился, что статины используются с увеличивающейся частотой, включая первичную профилактику, и — по результатам исследования JUPITER — у пациентов с нормальным уровнем холестерина ЛПНП, но повышенным С-реактивным белком (> 2,0 мг/л). В данном исследовании статиновая терапия в начале исследования ассоциировалась со значимым увеличением риска диабета у женщин с и без сердечно-сосудистых заболеваний на 46 и 48%, соответственно. Только 7% женщин из исследования WHI были включены в анализ. Доктор Ма сказал, что врачи должны оценить риск диабета, так же как потенциальные преимущества терапии статинами у пожилых пациентов, и начать лечение статинами после того, как будут предприняты вмешательства, направленные на изменение образа жизни.

По данным abbottgrowth.ru
clinical-pharmacy.ru



КИНЕ-2012: БОЛЬШЕ УЧАСТНИКОВ – БОЛЬШЕ ВОЗМОЖНОСТЕЙ

Традиционная, 19-ая по счету казахстанская международная выставка «Здравоохранение - КИНЕ-2012», собрал в этом году в свои павильоны на треть больше участников. На этот раз в ней участвовало 209 компаний из 22 стран мира. С национальными стендами приехали Германия, Китай и Малайзия, причем для малайзийских производителей медицинской и фармацевтической промышленности это стало дебютом на казахстанском выставочном пространстве. Организаторами события, опять-таки по традиции, выступила казахстанская выставочная компания «Итеса» совместно с международными партнерами из Великобритании, Германии и Турции.



На открытие КИНЕ-2012 и торжественное перерезывание ленточки были приглашены почетные гости из числа самых известных организаторов отечественного здравоохранения и фармацевтического бизнеса, представители казахстанской медицинской науки, различных государственных структур здравоохранения, чрезвычайные и полномочные послы, руководители дипломатических миссий стран-участниц выставки. В числе почетных гостей Серик Турарович Сейдуманов, заместитель акима г. Алматы, Серик Куандыкович Акчулаков, председатель правления АО «Республиканский научный центр нейрохирургии» Национального медицинского холдинга, Амир Амантаевич Ахметов, председатель правления Республиканского диагностического центра Национального медицинского центра, Локшин Вячеслав Натанович, президент Ассоциации международных фармацевтических производителей в Республике Казахстан, Гульнара Курпенова,

генеральный директор ТОО «Юмгискор Холдинг», выступившего генеральным спонсором нынешней выставки здравоохранения, и др.

Вначале торжественного открытия было зачитано приветственное письмо министра здравоохранения З. Каирбековой участникам выставки. Оно было озвучено директором департамента Комитета контроля медицинской и фармацевтической деятельности РК по г. Алматы Айзат Молдагасимовой. «Важной площадкой для демонстрации достижений медицинской и фармацевтической промышленности» охарактеризовала глава здравоохранительного ведомства ежегодные казахстанские выставки, посвященные здравоохранению. И выразила надежду, что КИНЕ-2012 даст толчок дальнейшему прогрессу в отрасли, а организованные на ней семинары, мастер-классы помогут врачам Казахстана познакомиться с лучшими достижениями мировых производителей медицинского оборудования.

— Я уже седьмой раз открываю такие выставки, — признался заместитель акима г. Алматы Серик Сейдуманов, — и вижу, какой мощный толчок они дают развитию системы здравоохранения нашего мегаполиса. За последние годы мы открыли в городе много крупных современных медицинских центров, и именно отсюда, с КИНЕ-2012, мы брали лучшие образцы медицинского оборудования для их оснащения. Благодаря этой выставке, мы знаем, куда, в каком направлении двигаться, какое оборудование на рынке закупать.

Исполнительный директор ТОО «Итеса» Юрий Бородин обозначил для посетителей выставки новинки от КИНЕ образца 2012 года, на которые стоит обратить внимание. Традиционный участник наших выставок — Германия, вновь привезла внушительный ассортимент выставочной продукции, оборудовав национальный стенд. Впервые участвуют в казахстанской выставке малайзийские



компания, их «изюминка» на фармацевтическом мировом рынке — медицинские перчатки и другие изделия из латекса, которые производятся в их стране. Групповым стендом представлены в нынешнем году предприятия Нижнего Новгорода, здесь изделия медицинского назначения выпускают даже предприятия бывшего оборонного ведомства.

И вот под звуки торжественного марша перерезана ленточка, и КИНЕ-2012 распаивает двери своих павильонов для посетителей!

Участники старые — экспонаты новые

На выставке представлен широкий спектр медицинских товаров и услуг — от производителей, дилеров и дистрибьюторов медицинского оборудования до производителей лекарственных препаратов, средств дезинфекции, товаров для здорового образа жизни и т.д. Тут всякому пытливому уму найдется, чему поучиться и чему подивиться...

Выставка «Здравоохранение» для казахстанских врачей и топ-менеджеров отечественного здравоохранения уже давно стала местом встреч с давними партнерами и друзьями по профессии. Поэтому первым делом они обращают внимание на те экспозиции, продукция которых уже «опробована на себе», стоит в их клиниках, медицинских центрах, отделениях.

К таким «старым знакомым» можно смело отнести компанию

«Ordamed», выбравшую девизом своей деятельности «Здоровые технологии для жизни». На нынешней выставке известная в области производства лабораторно-



го оборудования компания заняла четыре стенда! На них представлено немецкое, швейцарское, корейское оборудование для диагностики — от МРТ последнего поколения, цифровых рентген-систем, УЗИ-сканеров, дефибрилляторов, биохимических автоматических анализаторов и прочего современного лабораторного оборудования до всего комплекса реагентов для проведения сложнейших анализов.

Постоянный участник казахстанских выставок по здравоохранению — компания Philips. На этот раз она представила две диагностические системы ClearVue 350 и iE33, а также систему PACS, интегрированную с ультразвуковой диагностической системой HD-11xe. Данные решения, подчеркивают в компании, представлены в Казахстане впервые.

— Внедрение системы ранней диагностики заболеваний в нашей стране является одним из ключевых направлений национальной программы развития здравоохранения

«Саламатты Қазақстан» на 2011 — 2015 гг., утвержденной главой нашего Государства, — комментирует ситуацию Раушан Ибжановна Рахимжанова, главный рентген-радиолог Министерства здравоохранения РК, — уровень смертности в результате сердечно-сосудистых и онкологических заболеваний по-прежнему остается высоким, и уменьшить этот показатель мы сможем, выявляя заболевания на ранней стадии,

что невозможно осуществить без хорошего диагностического оборудования.

Ультразвуковая система iE33 помогает справиться со сложными диагностическими задачами таких патологий, как заболевания коронарных сосудов, сердечная недостаточность, патология клапанов сердца, врожденный порок сердца и инсульт. В этом практикующие врачи из числа посетителей смогли убедиться тут же, не отходя от экспозиции. Компания Philips предоставила уникальную возможность опробовать в работе современную программную систему PACS на примере работы УЗИ-аппарата HD-11xe. Им понравилось, что данная система облегчает процедуру хранения, архивации и просмотра медицинских изображений, а также обеспечивает доступ к цифровым изобра-



жениям, полученным в результате сканирования пациента на любом совместимом оборудовании (КТ, МРТ, позитронно-эмиссионный томограф, рентген) посредством специального сервера, доступ к которому осуществляется из разных медицинских учреждений. Это позволяет в сложных случаях привлечь к установке диагноза специалистов, находящихся в разных местах, которые получают возможность проанализировать изображения и данные исследований и представить свои выводы. А это и экономия больничных средств, и гарантия правильного диагноза и правильного лечения.

— На сегодняшний день в странах СНГ доля высокотехнологичного медицинского оборудования неуклонно растет, но по-прежнему остается не столь существенной как, например, в европейских странах, — отметил глава представительства компании Philips в Казахстане Игорь Грачев. — В казахстанских клиниках, по данным экспертов, установлено всего около 80 компьютерных томографов, т.е. примерно 5 аппаратов на миллион населения. А по данным Организации по экономическому сотрудничеству и развитию, в США на 1 миллион населения приходится в среднем 34 КТ-сканера, в Корее — 37, в Италии — 30, в Германии — 16. Практика показывает, что инвестиции в профилактику и раннюю диагностику намного эффективнее и результативнее, чем лечение на поздних стадиях.

Заклучай договора, не отходя от стенда!



Для топ-менеджеров казахстанских отечественных лечебных учреждений подобные выставки — возможность наладить прямые контакты с производителями необходимого оборудования с тем, чтобы в дальнейшем заключить с ними договора и работать напрямую, без посредников.

Приходят сюда ознакомиться с новинками и практикующие врачи южного мегаполиса. С одним из них — сотрудником негосудар-



ственного Медицинского центра «Евразия» Раушанбеком Мухаевым мы познакомились у стенда российской компании MZKRS, занимающейся производством синтетического шовного материала. Хирурга с большим стажем работы очень заинтересовала зарегистрированная ими под торговой маркой Лактисорб хирургическая нить с иглами Premium со средним сроком рассасывания. Он ее внимательно рассматривал, испытывал на прочность, и взял на пробу несколько упаковок.

— Я ежеквартально заказываю подобные нити на разных фирмах, — рассказывает хирург Мухаев, — и если одна фирма будет нам их поставлять — это будет и удобнее, и дешевле.

Руководитель отдела продаж MZKRS Ирина Алексеевна Бармина, специально приехавшая на открытие казахстанской выставки из Москвы, досконально проинформировала казахстанского врача, как производит их фирма доставку продукции в другие регионы, насколько быстро они смогут изготовить нужную партию. Обменялись визитками — и договорились сотрудничать.

Посмотрел, послушал, поучился...

Большим плюсом казахстанских выставок по здравоохранению является их насыщенная деловая программа. В программу каждой КИНЕ непременно входят обучающие семинары, мастер-классы, встречи с известными в различных отраслях здравоохранения врачами и учеными. Не стала исключением и нынешняя выставка. Под деловую часть мероприятия были отведены две се-

минарские комнаты в павильонах №10 и №11. На параллельных площадках одновременно проходило два десятка семинаров и презентаций. Участники мероприятия смогли познакомиться с новинками медицинского оборудования и самыми современными лечебными и диагностическими технологиями, получили рекомендации и пояснения от производителей и разработчиков.

Так, компания «Юмгискор Холдинг» организовала сразу несколько обучающих мероприятий для участников выставки. Два семинара — первый на тему: «Инновации в эндоскопическом инструментарии EndoTherapy» и второй — «Процессы катетеризации недоношенных пациентов в неонатальной реанимации», а также мастер-класс «Новые продукты для преаналитического этапа в Республике Казахстан», который провела Долгих Татьяна Ивановна.

Подхватили обучающие традиции КИНЕ и новички нынешней выставки — малайзийские производители изделий медицинского назначения из компании Malaysian Rubber Export Promotion Council. Они провели семинар на тему «Медицинские перчатки: что необходимо знать?». Спикером на нем выступил мистер Carol Tan из Малайзии. На семинаре было много врачей-практиков, среднего медперсонала и других посетителей выставки. В качестве подарков организаторы семинара вручали участникам образцы своей продукции, и перчатки из Малайзии оказались совсем неплохими!

Топ-менеджеров отечественного здравоохранения заинтересовала тема семинара, проведенного АО «КазМедТех» — «Лизинг медицинской техники». О современных иммунохимических методах для определения инфекций желудочно-кишечного тракта шел разговор на семинаре, организованном ТОО «Вега-Холдинг». Он был адресован врачам-инфекционистам, специалистам лабораторий клиничко-диагностического, бактериологического, вирусологического и паразитологического профиля. На все свои «как», «зачем» и «почему» участники обучающих семинаров получили обстоятельные ответы.

Наталья ТОДОРОВА
Фото Айгуль РАХМЕТОВОЙ



В АЛМАТЫ ВЫБРАЛИ ЛУЧШЕГО ПРОВИЗОРА ГОДА

Рано или поздно наступает момент, когда проблемы со здоровьем заставляют посетить аптеку. И как хочется, чтобы не только нужное лекарство оказалось в аптеке, но еще и встретил приветливый и грамотный провизор.



В Алматы 30 мая состоялся профессиональный праздник — конкурс «Лучший провизор года». В конкурсе приняли участие провизоры ТОО «Melissa», ТОО «Жайык – AS», ТОО «Глобал холдинг», ТОО «Приват клиник Алматы», Каз НИИ глазных болезней, ГКП №5. Организатором конкурса выступил Комитет Контроля медицинской и фармацевтической деятельности Министерства здравоохранения Республики Казахстан при поддержке Ассоциации поддержки и развития фармдеятельности, Ассоциации международных фармацевтических производителей в Республике Казахстан и Ассоциации дистрибьюторов фармацевтической продукции Республики Казахстан. В состав жюри вошли: директор департамента контроля медицинской и фармацевтической деятельности по г. Алматы А. Молдагасимова, президент Ассоциации поддержки и развития фармдеятельности З. Сыбанкулова, исполнительный директор Ассоциации международных фармацевтических производителей в Республике

Казахстан С. Оспанова, исполнительный директор Ассоциации дистрибьюторов фармацевтической продукции Республики Казахстан Н. Гунько, начальник нормативно-правового отдела РГП на ПХВ «Национальный центр экспертизы лекарственных средств, изделий медицинского назначения и медицинской техники» МЗ РК Т. Мамаева. Для подсчета результатов конкурса была создана счетная комиссия под председательством М. Дурмановой, провизора с большим опытом законодательной и практи-

ческой фармдеятельности.

В красиво оформленном актовом зале ЦГКБ №12 собрались участники конкурса и гости. Такие мероприятия не только поднимают престиж фармотрасли, но и позволяют ее представителям пообщаться друг с другом в неформальной обстановке, поделиться новостями и опытом.

Открывая конкурс, Айзат Балтагуловна поздравила всех с праздником: «Сегодня действительно праздник, чувствуется праздничное настроение, теплая атмосфера. Алматы — мегаполис, где трудятся лучшие провизоры и врачи. И сегодня мы выбираем самого достойного, кто поедет защищать честь лучшего провизора республики в г. Астане. Участие в конкурсе — это труд. Не каждый умеет показать то, что умеет и знает, но теплая атмосфера позволит конкурсантам выступить непринужденно и показать свои профессиональные знания. Всем участникам желаю успехов, а жюри и счетной комиссии объективности».

З.Н. Сыбанкулова поздравила





коллег с профессиональным праздником, вспомнила о совместной работе с ветеранами фармации, пережитых победах и поражениях. Зурият Нуралимовна отметила, что несмотря на возраст все прекрасно выглядят, молодым специалистам пожелала соответствовать старшему поколению провизоров, а конкурсантам, стоящим на сцене, успехов.

Стало доброй традицией ежегодно на конкурс «Лучший провизор года» приглашать ветеранов фармации. И как отметила в своём приветственном слове Г.М. Рахметова, в прошлом первый начальник городского аптекоуправления и директор Алма-Атинской фармацевтической фабрики: «Конкурс объединяет всех провизоров и фармацевтов, повышает корпоративный дух отрасли, интеллектуальный потенциал и стимулирует наших молодых коллег к самообразованию. Мы присутствуем на конкурсе уже в 11 раз, и наблюдаем, что год от года задания становятся сложнее, а участники демонстрируют не только профессиональные навыки, но и знания нормативно-правовых документов, регламентирующих фармацевтическую деятельность».

В заключение Гульжан Мендыгалиевна поблагодарила организаторов праздника за предоставленную возможность увидеться с соратниками, вспомнить былое, порадоваться за новое поколение фармацевтов, узнать, чем живут сегодняшние аптеки, а конкурсантам пожелала побед.

Конкурс проводился в три этапа.

Не меняя старую традицию, конкурс начался с самой трудной и ответственной части — тестирования (теоретический тур). Строгое, но справедливое жюри проверяло

конкурсантов на знание нормативных документов, регламентирующих фармдеятельность. Чтобы дать участникам конкурса сосредоточиться, организаторы выделили для них отдельное помещение — конференц-зал. А в актовом зале веселый концерт, вручили подарки и цветы ветеранам фармации.

Затем жюри оценивало профессиональную подготовку на блиц-турнире: провизоры отвечали по билетам принадлежность препаратов к группе отпуска (безрецептурный или по рецепту). Этот тур требовал от участников не только профессиональных знаний, но и самообладания и быстрой реакции.

Третий тур был посвящен домашнему заданию — «Роль витаминов в жизни человека».

Домашнее задание — наверное, самый любимый и участниками, и зрителями конкурс, который традиционно сопровождается смехом, аплодисментами, криками «Браво!». Однако на этот раз конкурсанты в своих выступлениях ограничились стихами и песнями. С использованием современных методов донесения информации — презентаций, слайд-шоу участники конкурса рассказали жюри и зрителям о применении витаминов как промышленного производства, так и в виде «природных» витаминов — ягод, фруктов и солнечного загара.

Презентация витаминов «несравненной Елены Малышевой» в паре с «народным целителем Малаховым» очаровала зрителей (ТОО «Melissa»). Театрализованное выступление запомнилось юмором, находчивостью, умением показать приобретенные знания и практические навыки.

Особый колорит конкурсу при-

дали группы поддержки участников.

Определиться в предпочтениях жюри было очень сложно, т.к. уровень подготовки специалистов был высокий. После подведения итогов определился победитель. Им стала Токарева Светлана Петровна — заведующая аптекой 5 ГКБ. Второе место завоевала Джунь Елена Петровна — заведующая аптекой КазНИИ глазных болезней МЗ РК, неоднократный призер предыдущих конкурсов на звание «лучший провизор года». Третье призовое место досталось Носовой Любови Валерьевне (ТОО «Melissa»). Самой обаятельной участнице конкурса вручен поощрительный приз — микроволновая печь.

Победители конкурса были награждены плазменным телевизором (1 место), ноутбуком (2 место) и стиральной машиной (3 место), а также дипломами I, II и III степени Департамента контроля медицинской и фармацевтической деятельности по г. Алматы МЗ РК.

Не остались без подарков и остальные участники конкурса — Ушакпаева Гайни Кенеспековна (ТОО «Жайык — AS»), Джексембиева Гульнар Умирбековна (ТОО «Глобал холдинг»), Герасименко Ольга Геннадьевна (ТОО «Приват клиник Алматы»), всем были вручены поощрительные призы и Благодарственные Сертификаты Департамента контроля медицинской и фармацевтической деятельности по г. Алматы.

По общему мнению, профессиональный праздник удался, а лучшему провизору г. Алматы — Светлане Токаревой все пожелали победы на республиканском конкурсе в Астане.

Айгуль РАХМЕТОВА



И.Ж. МАЗИНОВА, Н.А. БУЖЕНОВА, Д.Ж. РАХИМБАЕВА
РГП на ПХВ «Национальный Центр экспертизы лекарственных средств, изделий медицинского назначения и медицинской техники» МЗ РК, г. Алматы

ЧАСТО ВСТРЕЧАЮЩИЕСЯ НЕСООТВЕТСТВИЯ В ИТОНОВЫХ ДОКУМЕНТАХ ПРИ ОФОРМЛЕНИИ ПРОЕКТОВ ПРИКАЗОВ



Экспертиза лекарственных препаратов при государственной регистрации, перерегистрации и внесении изменений в регистрационное досье типа II состоит из четырех этапов: первичной экспертизы, аналитической экспертизы, специализированной фармацевтической экспертизы, специализированной фармакологической экспертизы. При внесении изменений в регистрационное досье типа I — первичной экспертизы, аналитической и (или) специализированной фармацевтической, и (или) специализированной фармакологической экспертиз в соответствии с требованиями вносимых изменений.

Каждый последующий этап экспертизы лекарственного средства проводится на основании положительного заключения предыдущего этапа.

После прохождения полного цикла экспертных работ итоговые документы на лекарственные препараты (проект инструкции по медицинскому применению, проект нормативно-технического документа по контролю за качеством

и безопасностью лекарственного средства (далее АНД (ВАНД)) и макеты упаковок поступают на завершающий этап «Заключение о безопасности» в отдел первичной экспертизы лекарственных средств.

Специалист отдела комплектует поступившие документы и проводит дополнительную сверку всех сведений, которые будут отражены в Государственном Реестре: торговое название, МНН, лекарственную форму, дозировку, состав, описание, форму выпуска и упаковки, условия и срок хранения, условия отпуска из аптек, наименование производителя и пр. на государственном и русском языках.

В случае выявления разночтений в проектах АНД (ВАНД) и макетах упаковок на бумажном и электронном носителях специалист отмечает в программе несоответствие, оформляет письменный запрос заявителю с приложением одного экземпляра АНД (ВАНД), макетов упаковок и CD-диска.

При наличии несоответствий в проекте инструкции по медицинскому применению документ передается ученому секретарю Фармакологического центра для исправления выявленных замечаний.

При отсутствии замечаний специалист оформляет проект приказа, который состоит из следующих документов:

- заключение о безопасности, эффективности и качестве ЛС, заявленного на государственную регистрацию и перерегистрацию, внесение изменений в регистрационное досье на зарегистрированное лекарственное

средство в период действия регистрационного удостоверения;

- перечень лекарственных препаратов, рекомендованных к государственной регистрации, перерегистрации, внесению изменений и разрешенных к медицинскому применению на территории РК;

- сведения о прохождении экспертных работ при государственной регистрации, перерегистрации ЛС, внесении изменений в регистрационное досье.

В 2009–2011 гг. введены в действие новые нормативно-правовые документы, регламентирующие правила оформления проектов инструкций по медицинскому применению, проектов АНД (ВАНД) и маркировки упаковок:

- постановление Правительства РК от 14.07.2010 г. №712 «Об утверждении Технического регламента «Требования к безопасности лекарственных средств»;

- постановление Правительства РК от 14.07.2010 г. №1692 «Об утверждении Правил маркировки лекарственных средств, изделий медицинского назначения и медицинской техники и внесении изменений в постановление Правительства Республики Казахстан от 14 июля 2010 г. №712 «Об утверждении технического регламента «Требования к безопасности лекарственных средств»;

- приказ МЗ РК от 02.11.2009 г. №634 «Об утверждении



Таблица.

№	Тип документа	Замечания
1	Проект АНД (ВАНД)	а) необходимо правильно указывать номер и наименование нормативного аналитического документа, утвержденного при регистрации, взамен которого вводится АНД
		б) отечественным производителям при регистрации препарата оформлять временный аналитический нормативный документ (ВАНД) со сроком действия 3 года, а не АНД, срок действия которого составляет 5 лет
2	Проект инструкции	а) указывать лекарственную форму, состав, описание, форму выпуска и упаковки, условия хранения с учетом замечаний экспертов Фармакопейного центра
3	Макеты упаковок	а) указывать предусмотренные приказами обязательные предупредительные надписи, перечень вспомогательных веществ (антимикробные консерванты, красители, сахара и этанол), для инфузионных растворов – количественный состав вспомогательных веществ
		б) не наносить на упаковку сведения рекламного характера
		в) оформлять дизайн упаковки лекарственного препарата одной и той же лекарственной формы, содержащего разные количества активных веществ, в различном цветовом исполнении
		г) указывать маркировку первичной и вторичной упаковок на государственном и русском языках
		д) согласовывать текст маркировки на государственном языке со специалистами отдела переводов
		е) представлять бумажные и электронные макеты упаковок, соответствующие описанию раздела «Упаковка» проекта АНД (ВАНД)
ж) не указывать на упаковке прежний регистрационный номер в случае изменения статуса заявки «Перерегистрация» на «Регистрация» при подаче препарата на плановую перерегистрацию		

Правил маркировки лекарственных средств, изделий медицинского назначения и медицинской техники»;

— приказ МЗ РК от 26.11.2009 г. №754 «Об утверждении Правил составления, согласования и экспертизы нормативно-технического документа по контролю за качеством и безопасностью лекарственных средств»;

— приказ МЗ РК от 08.06.2011 г. №366 «О внесении дополнения в приказ МЗ РК №634» и др.

Маркировка потребительской

упаковки должна соответствовать АНД (ВАНД) и инструкции по медицинскому применению, утверждаемых при государственной регистрации, перерегистрации, внесении изменений лекарственного средства.

Нами проанализированы и систематизированы ошибки, допускаемые заявителями при подготовке проектов инструкций, АНД (ВАНД) и макетов упаковок.

В таблице приведены замечания, часто выставляемые специалистами на этапе заключения о безопасности, эффективности и

качестве ЛС и оформления проекта приказа.

Ввиду наличия несоответствий в итоговых документах, которые сопровождаются последующей перепиской и приостановкой заявителем экспертных работ для согласования замечаний с заводом-изготовителем, сроки проведения экспертных работ затягиваются.

Таким образом, для обеспечения своевременного проведения экспертных работ заявителям необходимо с большей ответственностью относиться к подготовке документов регистрационного досье.



А.К. КУЛАТАЕВА

ЛИЗИНГ МЕДИЦИНСКОГО ОБОРУДОВАНИЯ В РЕСПУБЛИКЕ КАЗАХСТАН

Одним из основных направлений государственной политики в области здравоохранения РК является создание благоприятных условий для оснащения медицинских учреждений современным диагностическим и лечебно-профилактическим оборудованием. Эту сложную задачу призвано выполнить эффективное функционирование рынка медицинского оборудования. В нем утвердились новые формы собственности и конкуренция, увеличилось число хозяйствующих субъектов, вырос объем и ассортимент предлагаемой продукции.

Эффективное обеспечение здравоохранения медицинским оборудованием является одной из важнейших составляющих всего комплекса медицинских услуг. В этой связи отметим, что обеспеченность современным медицинским оборудованием напрямую влияет на результативное функционирование системы здравоохранения и состояние здоровья населения.

Опыт развития здравоохранения как в Казахстане, так и за рубежом показывает, что различные макроэкономические тенденции не позволяют государству полностью брать на себя финансирование этой сферы. Как справедливо замечают многие исследователи, данная ситуация связана с общим низким уровнем финансирования здравоохранения как из региональных, так и из республиканского бюджетов.

Несовершенное управление процессом финансирования приводит к нерациональному расходованию выделяемых денежных средств, что еще больше осложняет ситуацию.

Решение задач построения социально-ориентированной экономики в Казахстане сопряжено с необходимостью формирования и реализации эффективной инвестиционной политики, кардинальных преобразований в этой области. Суть заключается в переходе от централизованного распределения медицинского оборудования и становлении принципиально но-

вого механизма финансирования данного вида, адекватного современному экономическому отношению. По мнению Министерства экономики РК и Министерства здравоохранения РК, решению этих проблем может способствовать закупка оборудования в лизинг /1; 2/.

Понятие лизинга вошло в Казахстанскую официальную финансовую лексику на рубеже 1990-х годов, когда в лицензиях коммерческих банков на право осуществления банковских операций был введен лизинг как вид банковской деятельности по предоставлению банковских услуг. Лизинг стал находить отражение и в некоторых нормативных документах, регулирующих банковскую деятельность. Банки оценили целесообразность использования в своей практике лизинговых операций по-разному.

На первом этапе для большинства банков были характерны попытки осуществления лизинговых сделок, в которых они непосредственно выступали в роли лизингополучателя. Это вносило изменения в структуру банков — выделялись самостоятельные подразделения либо секторы лизинга в их инвестиционных департаментах и управлениях. Однако широкого развития на этом этапе лизинг не получил. В казахстанских условиях выделяется еще два варианта организации лизинга — лизинговые компании, создаваемые как дочерние предприятия банков второго

уровня («БТА — лизинг», Астана — Финансы — Лизинг и др.), лизинговые компании, созданные иностранными инвесторами.

Как у любого сложного экономического понятия у лизинга есть множество определений. Прежде всего, лизинг — слово английского происхождения, производное от глагола «to lease» — брать и сдавать имущество во временное пользование. Наиболее точно отражающим сущность термина «лизинг» является следующее определение: Лизинг представляет собой инвестирование временно свободных или привлеченных финансовых средств, при котором лизингодатель обязуется приобрести в собственность обусловленное договором имущество у определенного продавца и предоставить это имущество лизингополучателю за плату во временное пользование с правом последующего выкупа.

Лизинговая сделка, в свою очередь, представляет собой совокупность договоров, необходимых для реализации договора лизинга между лизингодателем, лизингополучателем и продавцом (поставщиком) предмета лизинга.

Одним из первых законов о лизинге стал Закон Уэльса 1284 г., однако традиционно лизинг считается американским изобретением, за точку отсчета лизинговых операций зарубежные исследователи принимают 1877 год, когда американская компания «Белл Телефон Компани» приняла решение вместо продажи телефонов сдавать их



в аренду. Мощный импульс развитию лизинга дало создание специальных лизинговых компаний, для которых лизинг стал не только средством торговой политики, но и предметом деятельности. Первая лизинговая компания «Юнайтед Стейтс лизинг корп.» была создана в 1952 г. в Сан-Франциско. В начале 60-х годов американские предприниматели «перевезли» лизинг через океан в Европу, где первая лизинговая компания — «Дойче лизинг ГМБХ» появилась в 1962 г. в Дюссельдорфе. С 1972 г. здесь существует европейский рынок лизинга.

В Республике Казахстан Закон «О финансовом лизинге» регулирует три основных вида лизинга: оперативный, финансовый и возвратный (по сути, является разновидностью финансового лизинга).

Оперативный (сервисный) лизинг — это соглашение о текущей аренде. Как правило, срок такого соглашения меньше периода полной амортизации арендуемого актива. Таким образом, предусмотренная контрактом арендная плата не покрывает полной стоимости актива, что вызывает необходимость сдавать его в лизинг несколько раз.

Важнейшая отличительная черта оперативного лизинга — право лизингополучателя (арендатора) на досрочное прекращение контракта. Подобные соглашения также могут предусматривать оказание различных услуг по установке и текущему техническому обслуживанию сдаваемого в аренду оборудования. Отсюда и второе, часто употребляемое название этой формы лизинга — сервисный. При этом стоимость оказываемых услуг включается в арендную плату либо оплачивается отдельно.

Недостатки оперативного лизинга: более высокая, чем при других формах лизинга, арендная плата; требования о внесении авансов и предплат; наличие в контрактах пунктов о выплате неустоек в случае досрочного прекращения аренды; прочие условия, призванные снизить и частично компенсировать риск владельцев имущества.

Финансовый (капитальный) лизинг — долгосрочное соглашение, предусматривающее полную амортизацию арендуемого оборудования за счет платы, вносимой арендатором. Поскольку подобные

соглашения не допускают возможности досрочного прекращения аренды, правильное определение величины периодической платы обеспечивает владельцу полное возмещение понесенных затрат на приобретение и содержание оборудования, а также требуемую норму доходности. При этой форме лизинга все расходы по установке и текущему обслуживанию имущества возлагаются, как правило, на арендатора. Часто подобные соглашения предусматривают право арендатора на выкуп имущества по истечении срока контракта по льготной или остаточной стоимости (такая стоимость может быть чисто символической, например 1 доллар).

В отличие от оперативного, финансовый лизинг существенно снижает риск владельца имущества. По сути, его условия во многом идентичны договорам, заключаемым при получении долгосрочных банковских кредитов, так как предусматривают полное погашение стоимости оборудования (займа); внесение периодической платы, включающей в себя стоимость оборудования и доход владельца (выплата по займу — основная и процентная части); право объявить арендатора банкротом в случае его неспособности выполнить соглашение и т.д.



Лизинг интересен всем субъектам лизинговых отношений: потребителю оборудования, инвестору, представителем которого в данном случае является лизинговая компания; государству, которое может использовать лизинг для направления инвестиций в приоритетные отрасли экономики, и, наконец, банку, который в результате лизинга может рассчитывать на уверенную долгосрочную прибыль.

Особенность закупки медицинского оборудования во многом обусловлена ее специфической составляющей, как по применению, так и по условиям эксплуатации, ожидаемым результатам, ассорти-

ментному ряду и т.д. Грубо говоря, сколько известно заболеваний у человека — на каждое найдется свое оборудование, применяемое в лечении.

В последние годы на закупку медицинского оборудования выделялись огромные денежные средства бюджетом Республики Казахстан, которые из года в год имели тенденции к еще большему увеличению. Несмотря на это существовавшая до начала прошлого года централизованная система закупок медицинской техники, при большой затратности не всегда удовлетворяла потребности медицинских учреждений. Для устранения этих недостатков, а также для придания большей самостоятельности медицинским учреждениям в республике была создана уникальная и не имеющая аналогов в мире система закупок медицинской техники на условиях лизинга, а также структура, реализующая данную схему — государственная лизинговая компания со 100%-ным участием государства в лице Министерства здравоохранения АО «КазМедТех».

Акционерное общество «КазМедТех» было создано Постановлением Правительства Республики Казахстан от 23 ноября 2010 года №1238, основным предметом деятельности которого является организация и проведение закупок медицинской техники для дальнейшей передачи организациям здравоохранения на условиях финансового лизинга.

Целью внедрения лизинга медицинской техники является обеспечение высокого качества медицинской помощи в результате эффективного использования медицинской техники организациями здравоохранения. Для выполнения этой цели представляется важным совершенствовать механизм оснащения организаций здравоохранения республики медицинской техникой, нацеленной на конечный результат.

В настоящее время первые итоги позволяют сделать предварительные выводы об экономической целесообразности данного механизма закупа медицинского оборудования.

Основные преимущества на данном этапе, заключаются в следующем:



Для государства:

При сложившейся экономической ситуации и острой необходимости в оживлении инвестиционной активности проблема развития лизинга приобретает для государства особую актуальность.

В прошлом, заявки, подаваемые больницами, проходили систему унификации и в результате, для всех закупалась однотипная медицинская техника, без учета уже имеющегося и эксплуатируемого в организации парка оборудования и совместимости с ним. Решение о закупе принималось только на основании одного фактора — наличия финансовых ресурсов. В такой ситуации медицинское оборудование нередко просто простаивало либо использовалось не на полную мощность, т.е. фактически себя не окупало, а государство, выделяя немалые средства, не получало результатов в виде определенных диагностических и лечебных услуг, оказываемых населению.

Кроме того, закупу не предшествовал анализ реальной потребности больницы в запрашиваемой технике, а также ее мощности, характеристиках и комплектации, так как эти параметры, по логике, являются отражением того, какие услуги оказывает клиника и в каком объеме. Таким образом, больница могла завысить мощность аппаратуры или включить комплектующие, необходимые для таких услуг, которые в принципе ею не оказываются. Не бралось в расчет наличие условий для эксплуатации данного типа техники, квалификации кадров, обученных ее обслуживать, не принимались во внимание и возможности бюджета или клиники закупать расходные материалы и изнашиваемые узлы. Исходя из вышеизложенного посредством данного механизма (лизинга) обеспечивается гарантированное и эффективное использование инвестиционных ресурсов на цели переоснащения лечебно-профилактических организаций. За 2011 год в АО «Каз-МедТех» от организаций здравоохранения поступило более 400 заявок от медицинских учреждений на сумму более 8,7 млрд тенге. Из них на основании результатов экспертной оценки были отклонены заявки на сумму более 4 млрд

тенге. Среди основных причин — необоснованность, излишняя комплектация, отсутствие условий для эксплуатации, дороговизна расходных материалов. Более того, имели место случаи, когда поступали заявки на морально устаревшую и даже незарегистрированную медицинскую технику. Лизинговая система закупок является барьером для закупок нерентабельного оборудования, а это и есть не что иное, как экономия.

Государство, поощряя лизинговую деятельность, может существенно уменьшить бюджетные ассигнования на финансирование инвестиций и эффективно управлять процессом совершенствования оснащенности ЛПУ¹, содействовать развитию сферы услуг, повышению качества предоставляемых медицинских услуг населению, повышению квалификации медперсонала.

Для лизингополучателя (медицинской организации):

Больнице выгодно брать медицинскую технику в лизинг, потому что она имеет возможность выбрать именно то, что необходимо, и при этом практически не затрачивает свои средства ни на закуп, ни на возврат лизинговых платежей. Если медицинская организация выполняет услуги по ГОБМП², то возмещение лизинговых платежей осуществляется посредством КОМУ³, но только при полной загруженности закупаемого оборудования.

В противном случае больнице приходится гасить лизинговые платежи из собственных средств. Это действенный инструмент, стимулирующий использование техники максимально эффективно, а, следовательно, способствующий повышению доступности диагностических и лечебных услуг. Механизм лизинга делает систему закупок медицинской техники более прозрачной и исключает влияние «субъективных факторов» — больница никогда не возьмет на баланс технику, которая будет простаивать или эксплуатироваться не на полную мощность.

ЛПУ имеет возможность получить оборудование и начать выполнять медицинские услуги населению без крупных единовремен-

ных затрат. Удобство расчетов по лизинговым платежам, снижение риска возможного неплатежа, возможность освободиться от простаивающего оборудования, привлечения заемных средств.

В договоре лизинга можно предусмотреть использование более удобных, гибких схем погашения задолженности.

Для лизингодателя:

Для лизинговой компании, как инвесторов, лизинг обеспечивает необходимую прибыль на вложенный капитал при более низком риске (по сравнению с обычным кредитованием) за счет действенной защиты от неплатежеспособности клиента. До завершающего платежа лизингодатель остается юридическим собственником медоборудования, так что в случае срыва расчетов может востребовать медоборудование и реализовать его для погашения убытков. В случае банкротства лизингополучателя медицинское оборудование также в обязательном порядке возвращается лизинговой компании. Лизингодателем передаются лизингополучателю не денежные ресурсы, контроль над использованием которых не всегда возможен, а непосредственно средства производства. Освобождение от уплаты налога на прибыль, которая получена от реализации договоров финансового лизинга со сроком действия не менее трех лет.

Для продавцов лизингового имущества:

В развитии лизинга заинтересованы не только лизингополучатели как потребители оборудования, но и действующие производства, поскольку за счет лизинга расширяется рынок сбыта производимого ими медицинского оборудования. Увеличивается доход от реализации запчастей к лизинговому оборудованию, осуществление его сервиса и модернизации.

С учетом экономических условий в Казахстане лизинг остается наиболее привлекательным механизмом приобретения основных средств, выгодным для всех участников сделки и будет перспективным направлением на долгие годы вперед. 🚫

Список использованных источников можно запросить в редакции.

¹ ЛПУ — лечебно профилактическое учреждение

² ГОБМП — гарантированный объем бесплатной медицинской помощи

³ КОМУ — комитет оплаты медицинский услуг



УДК 615.2:616-053.9:616-053.2

К.Д. ШЕРТАЕВА, О.В. БЛИНОВА, М.Р. БАКТЫБАЕВА, Р.Е. БОТАБАЕВА
ЮКГФА, г. Шымкент

РАЗРАБОТКА ОРГАНИЗАЦИОННО-МЕТОДИЧЕСКИХ АСПЕКТОВ ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ПОЖИЛЫМ И ДЕТЯМ

Ерге және балаларға фармацевтикалық көмектің көрсетілуі олардың ағзасының өзгеше ерекшеліктеріне байланысты өзекті мәселе болып табылады. Авторлармен геронтология науқастарына, тұрғындарға көрсетілетін фармацевтикалық көмектерінің дәрі-дәрмекпен қамтамасыз етуін жетілдіруге мүмкіндік беретін ұйымдастыру үлгісі жасалған.

Providing pharmaceutical care for elderly and children is an urgent problem related to the specific features of their body. The authors have developed an organizational model of pharmaceutical care, gerontological patients, allowing to improve the drug provision of these categories of people.

Процесс старения населения – это устойчивая тенденция. Доля пожилых людей неуклонно увеличивается и к 2050 г. в мире составит, по оценкам экспертов ООН, 22%, а доля пожилых людей в Казахстане возрастет до 25%. По состоянию на 1 января 2010 г. численность лиц старше 65 лет в Казахстане составила более миллиона человек.

Бремя государственных расходов на обеспечение социальной адаптации людей старшего поколения растет, тем не менее, ресурсов не хватает. В этих условиях НПО должны стать надежным партнером государства в решении острой социальной проблемы по медико-социальной помощи возрастающей популяции пожилых и старых людей.

Население старшего возраста страдает множественными тяжелыми хроническими заболеваниями, протекающими на фоне сниженных компенсаторных возможностей. Уровень заболеваемости у лиц в возрасте (от 60 до 74 лет) почти в 2 раза выше, а у лиц старческого возраста (75 лет и старше) – в 6 раз выше, чем у лиц молодого возраста /1; 2/. Состояние здоровья сельского населения традиционно хуже, чем городского, чему есть как объективные (более «старое» население), так и субъективные (меньшая доступность медицинской помощи) причины. В старших

возрастных группах отмечается больший уровень заболеваемости, однако выявляемость и регистрация заболеваний в сельской местности значительно ниже, чем в городах /3; 4/.

Исследования показывают, что старшее поколение не получает необходимой медицинской и социальной помощи и все больше ощущает себя лишними в нашем обществе /5; 6/. Помимо заболеваемости, важнейшими факторами, обуславливающими потребность пожилых в стационарной медико-социальной помощи, являются ограничение двигательной активности и возрастные изменения психики. По мере старения резко обостряются физические, психические и социальные проблемы пожилых, им требуется более многосторонний и интенсивный уход, физически беспомощны 12–20% пожилых людей /7; 8; 9; 10/.

Таким образом, оказание фармацевтической помощи людям пожилого и старческого возраста является комплексной и организационной проблемой. Для её решения нами были разработаны организационно-методические подходы к организации и оказанию адресной и качественной фармацевтической помощи.

Проведенные нами исследования позволили сформировать организационную модель фармацевтической помощи геронтологичес-

ким больным (рис.).

Организационным аспектом модели определяется её структура. Системный подход к фармацевтической помощи предполагает оказание профессиональных фармацевтических услуг специалистами с фармацевтическим образованием на различных этапах медицинской помощи.

Фармацевтическая помощь – новое направление профессиональной деятельности фармацевта. Фармацевт не заботится только об увеличении ассортимента лекарственных препаратов или только лишь о продаже лекарства. Основной целью его профессиональной деятельности ставится повышение эффективности и безопасности лекарственной терапии конкретного больного.

Современная концепция ВОЗ «Здоровье для всех в XXI веке», направленная на укрепление здоровья и профилактику заболеваний при повышении самостоятельности пациента, модифицирует систему «врач – фармацевт – пациент – лекарство».

Фармацевтические работники при оказании фармацевтической помощи работают в сотрудничестве с врачами, осуществляют сбор данных, обзор медицинских карт, составляют аналитические отчеты. Процесс фармацевтической помощи подразделяется на несколько этапов: инициирование



сбора данных, анализ и оценка полученной информации, составление плана лекарственной терапии, выполнение плана, мониторинг и необходимая корректировка плана, последующий контроль /11/.

С целью оценки качества фармацевтической помощи, оказываемой населению аптечными организациями, используется система количественных показателей: количество необоснованных отказов, затраты времени посетителя на ожидание обслуживания, число дополнительных услуг /12/.

Ключевым звеном в организационно-функциональной модели фармацевтической помощи становится специалист с фармацевтическим образованием, получивший углубленную подготовку в области геронтологии.

Представленная нами организационно-функциональная модель фармацевтической помощи геронтологическим больным включает фармакотерапию геронтологических больных, которая ставит перед собой следующие задачи:

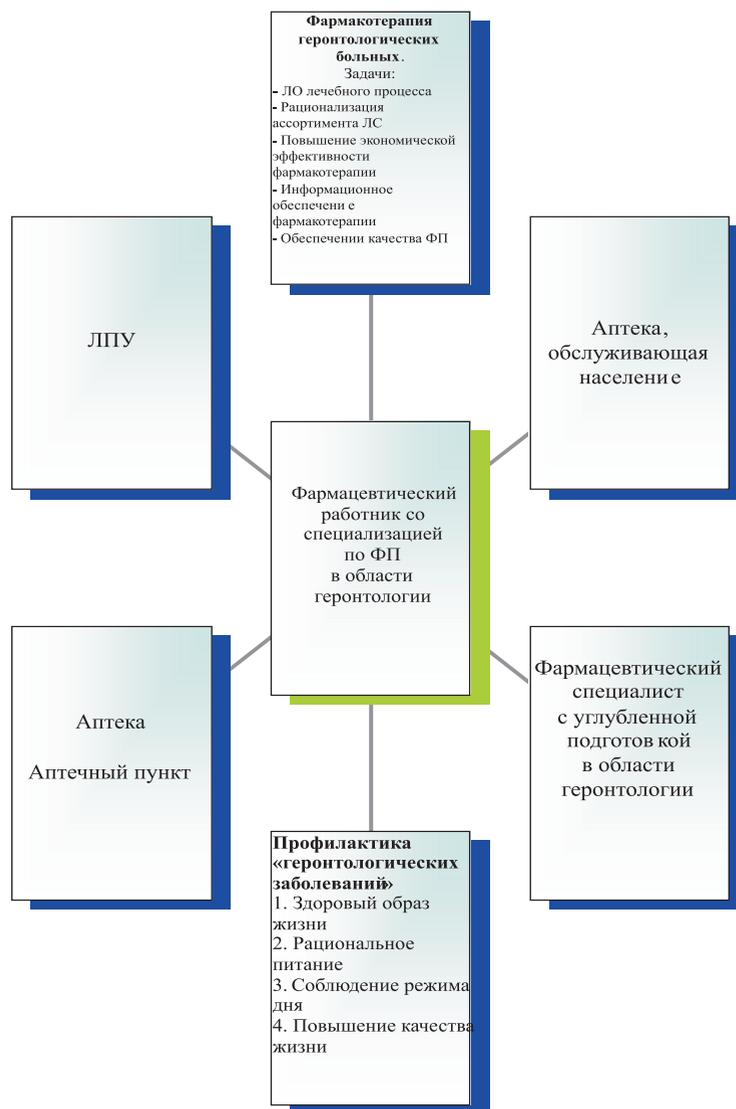
- лекарственное обеспечение лечебного процесса;
- рационализация ассортимента лекарственных средств;
- повышение экономической эффективности фармакотерапии;
- информационное обеспечение фармакотерапии;
- обеспечение качества фармацевтической помощи.

Оказание фармацевтической помощи специалистом с углубленной подготовкой на всех этапах медицинской помощи геронтологическим больным требует решения вопросов, связанных с обеспечением качества фармацевтической помощи.

Под качеством мы понимаем деятельность, направленную на создание таких условий оказания фармацевтической помощи, которые позволяют реагировать на заявленные цели и задачи фармацевтической помощи в виде фармацевтических услуг в соответствии с учетом удовлетворенности потребителей в получении фармацевтической помощи.

Важным элементом, обеспечивающим качественную фармацевтическую помощь, является наличие стандарта фармацевтической помощи при обслуживании лиц пожилого и старческого возраста. Так как подходы фармацевта

Рисунок. Организационно-функциональная модель фармацевтической помощи геронтологическим больным



к пациенту в зависимости от возраста также имеют большую значимость в общении «фармацевт – пациент».

Существуют так называемые «группы риска» – группы населения, в большей степени, чем другие предрасположенные к различным заболеваниям, к которым относятся лица пожилого и старческого возраста и дети.

Необходимо отметить, что детское население также относится к социально уязвимым слоям населения и они нуждаются в пристальном внимании государства, особенно в фармацевтической помощи. Нами изучены основные факторы, влияющие на здоровье детского населения, и проведен анализ заболеваемости и состояния лекарственного обеспечения.

Используя методический подход к построению модели фармацевтической помощи геронтологическим больным, нами разработывается модель фармацевтической помощи детям, учитывающая специфику и особенности этой категории больных. Исследования в этом направлении продолжаются.

На основе материалов исследований разработаны методические рекомендации по совершенствованию организации лекарственного обеспечения и повышению качества фармацевтической помощи населению пожилого и старческого возраста, рекомендации по составлению гарантированного набора медикаментов для детей до 5 лет. ✓

Список использованной литературы можно запросить в редакции.



С.Ф. БЕРКИНБАЕВ, А.Т. МАНШАРИПОВА, Г.М. ИМАНТАЕВА, А.Т. МУСАГАЛИЕВА,
Е.К. БИСЕНБАЕВ, Г.К. КУМИСБЕК, А.К. САРИЕВ, Д.А. АБАИМОВ, М.В. ШИРЯЕВА, Е.А. РОЖКОВА
Научно-исследовательский институт кардиологии и внутренних болезней МЗ РК; ТОО «ВИВА
ФАРМ», г. Алматы; «Московский научно-практический центр медицинской реабилитации, восстано-
вительной и спортивной медицины Департамента здравоохранения города Москвы», Россия

ИССЛЕДОВАНИЕ БИОЭКВИВАЛЕНТНОСТИ ПРЕПАРАТА ФОЗИНОПРИЛ ВИВА ФАРМ, ТАБЛЕТКИ 20 МГ

Бір апталық шаю кезеңімен, екі айналымға, айқасталған, бір реттік, ашық, рандомизацияланған зерттеу аясында 18 ерікті адамға 20 мг-дық бірдей дозға фозиноприлдің екі таблеткаланған түрінің биоквиваленттілігі зерттелді. Қан плазмасының үлгілері 48 сағат бойы валидацияланған ЖЭСХ-МС/МС әдісімен зерттелді. Тексерілетін препараттар үшін келесі фармакокинетикалық параметрлер есептелінді: AUC_{0-t} , C_{max} , t_{max} , C_{max}/AUC . AUC_{0-t} -ның логарифмдік түрлендірілген мәндеріне арналған 90 %-дық сенімді аралық 0,905–1,032 және C_{max} үшін – 0,971 – 1,120-ды құрады. Зерттеудің нәтижелері бойынша фозиноприлдің салыстырылған препараттарының биоэквиваленттілігі жөнінде қорытынды жасалды.

In a single-dose, two-treatment, two-period, two-sequence crossover study with a 1-week wash-out period was carry out the bioequivalence study of two tablet formulation of fosinopril that given to 18 volunteers in equal doses (20 mg). Drug blood plasma concentrations were determined by validated LC-MS method for 48 hours. There were calculated the followed parameters: AUC_{0-t} , C_{max} , t_{max} , C_{max}/AUC . 90 % confidence interval for log-transformed AUC_{0-t} values was 0,905–1,032 and one for log-transformed C_{max} was 0,971 – 1,120, respectively. It was made the conclusion about bioequivalence of compared fosinopril formulations.

Артериальная гипертензия (АГ) — один из самых распространенных модифицируемых факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний /2/. В странах Европы распространенность АГ в настоящее время составляет около 44%. Важнейшим этапом развития медицины XX столетия стала возможность использования ингибиторов ангиотензинпревращающего фермента (иАПФ) в лечении артериальной гипертензии. Ингибиторы АПФ подавляют активность ренин-ангиотензин-альдостероновой системы, являющейся одной из важнейших систем в регуляции артериального давления /8/. Одним из представителей третьего поколения ингибиторов АПФ является фозиноприл (рис. 1), который является пролекарством и действует после всасывания и трансформации в активный

метаболит — фозиноприлат, который циркулирует в связанном с белками плазмы крови (95–98%) состоянии.

Фозиноприл трансформируется в активный метаболит в печени и в слизистой желудочно-кишечного тракта. В связи с быстрой и практически полной трансформацией препарата в активный метаболит именно по поведению метаболита изучается клиническая фармакокинетика фозиноприла. Широкая распространенность АГ и дороговизна оригинальных препаратов из группы ингибиторов АПФ обуславливает активный поиск возможностей перевода пациентов на более дешевые и экономически выгодные варианты терапии: замена препарата внутри одного класса или между классами, замена оригинального препарата на воспроизведенный и т.д. Из-

вестно, что в клинической практике даже те препараты, которые содержат одно и то же действующее активное вещество, но разработанные различными фармкомпаниями, могут существенно отличаться по фармакологической активности. Нередко это обусловлено различием ингредиентного состава вспомогательных веществ, содержащихся в твердой лекарственной форме /1/. Во всем мире для подтверждения одинаковой терапевтической активности воспроизводимых препаратов проводятся исследования биоэквивалентности. При этом в качестве основного критерия выбирается достаточно «близкая» биодоступность изучаемых лекарственных средств /5; 6/. В этой связи, целью настоящей работы являлось исследование биоэквивалентности воспроизведен-



Рисунок 1. Структурная химическая формула фозиноприла

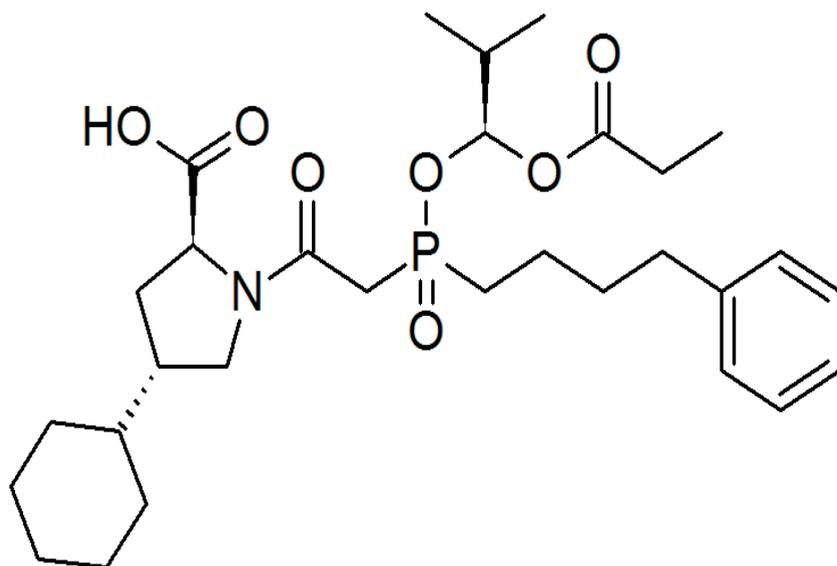


Рисунок 2 а). Масс-спектр фозиноприлата

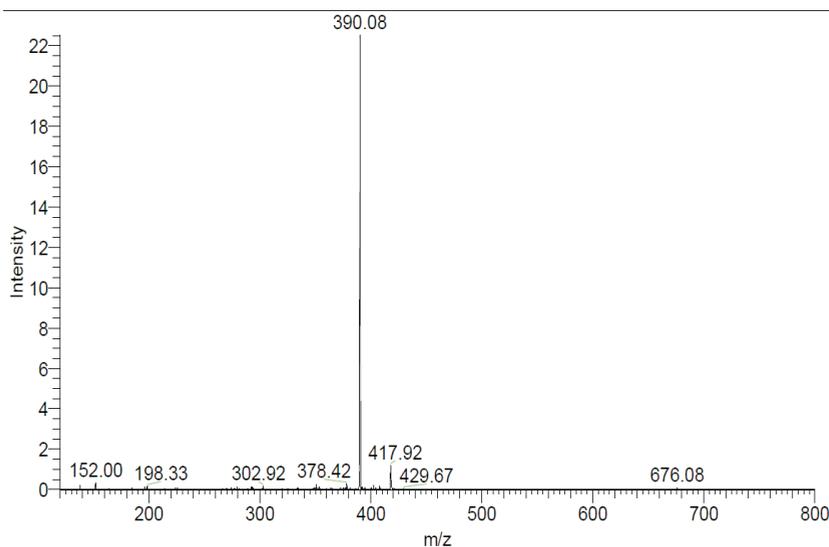
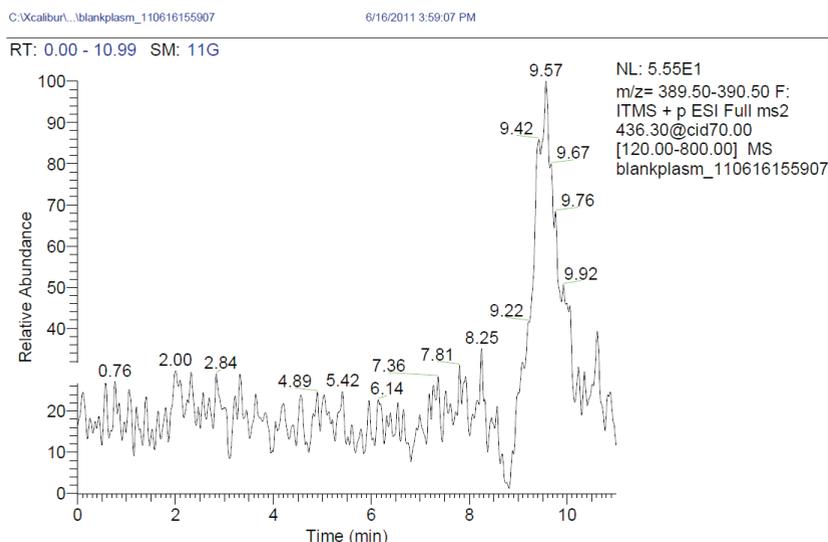


Рисунок 2 б). Хромограмма интактной плазмы крови



ного лекарственного препарата Фозиноприл Вива Фарм (Т – ТОО «ВИВА ФАРМ», Республика Казахстан) в сравнении с инноватором Моноприл (R – Бристол-Майерс Сквибб С.р.Л., Италия).

Объект и методы исследования
Исследуемые препараты

В качестве тест-препарата (Тест; Т) использовали Фозиноприл Вива Фарм, таблетки, содержащие 20 мг фозиноприла (производитель – ТОО «ВИВА ФАРМ», Республика Казахстан), в качестве препарата сравнения (Референс; R) использовался оригинальный препарат Моноприл, таблетки, содержащие 20 мг фозиноприла («Бристол-Майерс Сквибб С.р.Л.», Италия.).

Дизайн исследования

Дизайн исследования соответствовал утвержденному протоколу исследования (№ВЕ-10/04 от 15.09.2010г.), а также требованиям «Надеждающей клинической практики» (GCP) /3; 4; 9/.

18 здоровых волонтеров молодого возраста мужского (n=11) и женского (n=7) пола (возраст – 25,7±5,3, массы тела – 69,1±11,5) после подписания информированного согласия были направлены в Научно-исследовательский институт кардиологии и внутренних болезней. Там они были разделены на 2 группы случайным образом, согласно схеме рандомизации. Все участники были проверены на наличие наркотических веществ и алкоголя, кроме того, волонтерам женского пола был проведен тест на беременность. Общий анализ крови, биохимический анализ крови и ЭКГ были проведены дважды: до начала исследования и в последний визит (в конце второго этапа исследования).

В оба периода исследования участники находились в исследовательском центре непрерывно в течение 48 час. На обоих этапах исследования отбор образцов крови (5 мл) производился до введения дозы (0 час.), и в течение 48 час. после введения препарата.

Взятие образцов крови для последующего определения содержания препарата в плазме крови осуществлялось в дискретные интервалы времени 0; 0,5; 1,0; 1,5; 2,0; 3,0; 4,0; 8,0; 12,0; 24,0; 36,0 и 48,0 после приема препаратов.

Перед каждым отбором крови



испытуемый находился в течение 5 мин в лежачем положении. Кровь была взята из локтевой вены (с нулевого фона до 6 час., путем катеризации локтевой вены) и с 12 по 48 час. одноразовыми шприцами в количестве 5–10 мл в стеклянные пробирки с добавлением гепарина. Образцы крови отстаивались в течение 15 мин в условиях комнатной температуры, затем путем центрифугирования (3000 об/мин в течение 10 мин) получали плазму крови. Плазма хранилась при температуре -24° С. Приготовление стандартных растворов фозиноприлата осуществлялось в плазме крови.

Аналитический метод

Для количественного определения фозиноприлата применяли метод /10/ с модификациями.

Растворители, реактивы и материалы

Все реактивы, использованные в работе, имели характеристики чистоты не ниже х.ч., растворители имели маркировку HPLC-grade.

Приготовление образцов для анализа

К 1 мл плазмы крови добавляли 200 мкл 1 М соляной кислоты и перемешивали на вортекс-миксере. К полученной смеси добавляли 5 мл диэтилового эфира и дихлорметана в соотношении 3:1 соответственно. Полученную смесь встряхивали на вортекс-миксере в течение 3 мин. После этого пробирки со смесью центрифугировали в течение 5 мин при 3000 g до полного разделения слоев. Надосадочный органический слой осторожно декантировали в пробирку и упаривали под вакуумом при температуре 60°С. Сухой остаток растворяли в 200 мкл метанола, и полученный раствор использовали для анализа. Объем образца вводимого в петлю инжектора прибора составлял 10 мкл.

Определение концентрации фозиноприлата проводили методом высокоэффективной жидкостной хроматографии с масс-спектрометрическим детектированием.

Хромато-масс-спектрометрический анализ

Анализ проводили на жидкостном хроматографе «Surveyor» производства «Thermo Fisher Scientific» (США), оснащенном насосом «Finnigan Surveyor LC Pump Plus», автосамплером «Finnigan Surveyor

Рисунок 2 в). Хроматограмма экстракта плазмы крови содержащей 3,9 нг/мл фозиноприлата. Пик с RT 2,08 мин – пик фозиноприлата

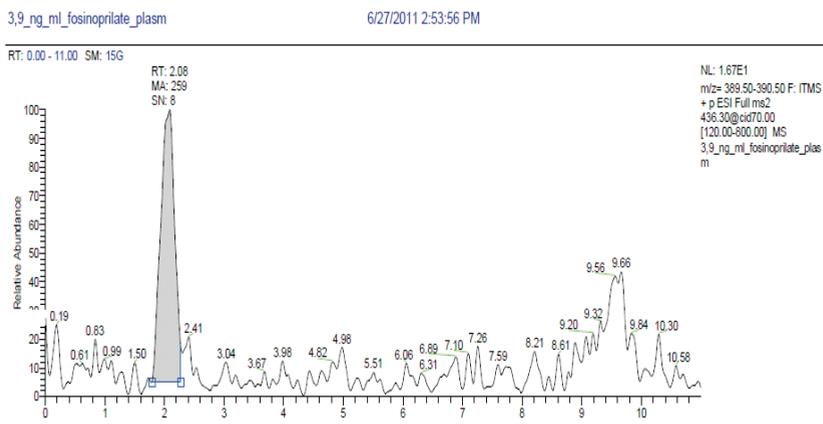


Рисунок 2 г). Хроматограмма экстракта плазмы крови, содержащей 31,25 нг/мл фозиноприлата. Пик с RT 2,07 мин – пик фозиноприлата

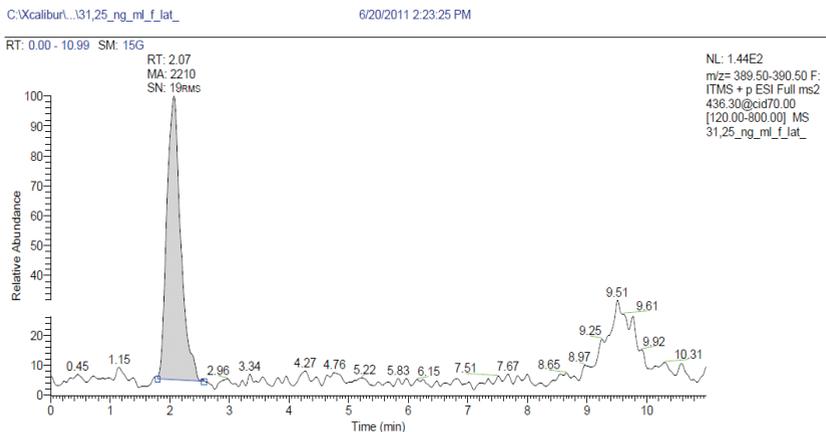
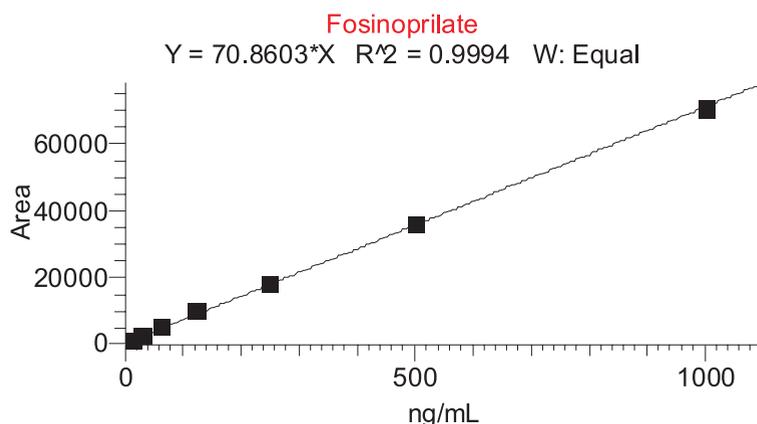


Рисунок 3. Калибровочная кривая зависимости концентрации фозиноприлата от площади хроматографических пиков



AS Plus» с колоночным термостатом и масс-спектрометрическим детектором «LCQ Fleet MS» (квадрупольная ионная ловушка).

Масс-спектрометр работал в режиме регистрации ионов, положительно заряженных электропреем (ESI), создаваемым на-

пряжением в 5 кВ. Количественное определение проводили по выбранному дочернему иону (m/z 390,1), образующемуся в результате распада молекулярного иона фозиноприлата (m/z 436,2) при нормализованной энергии соударений 70 eV (масс-спектр второго



Таблица 1. Фармакокинетические параметры фозиноприла у добровольцев после однократного приема 20 мг исследуемых препаратов

	AUC _{0-t} (нг/мл×ч)		C _{max} (нг/мл)		t _{max} (ч)		C _{max} /AUC (ч ⁻¹)	
	Т	Р	Т	Р	Т	Р	Т	Р
\bar{x}	4716,89	4840,52	396,93	384,00	3,39	3,33	0,089	0,083
SD	2050,14	1967,34	118,11	126,59	0,50	0,49	0,014	0,013
\bar{Sx}	483,52	464,00	27,86	29,86	0,12	0,11	0,003	0,003
C.V.%	43,5	40,6	29,8	33,0	14,8	14,6	15,4	16,1
Размах	1513,00	1103,50	406,00	481,10	1,00	1,00	0,0402	0,041

Примечание:

Т – тест-препарат (рабемак 20);

Р – референс-препарат (париет);

\bar{x} – среднее арифметическое;

SD – стандартное отклонение;

\bar{Sx} – среднеквадратичное стандартное отклонение;

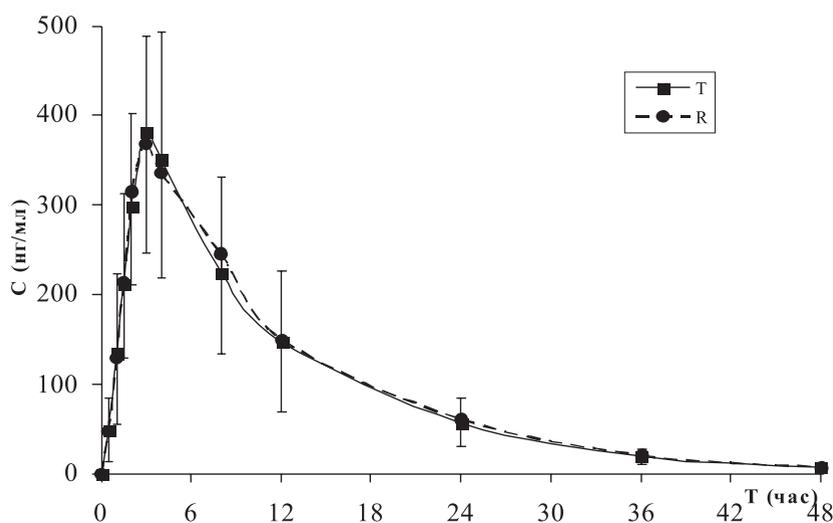
C.V.% – коэффициент вариации;

Размах = максимальное значение ряда – минимальное значение ряда.

Таблица 2. 90% доверительные интервалы отношения среднего значения (μ_T/μ_R) AUC_{0-t}, C_{max} и C_{max}/AUC_{0-t} (логарифмически преобразованные данные), полученные на основе дисперсионного анализа (ANOVA)

Параметр	Нижнее значение	Среднее значение	Верхнее значение
AUC _{0-t}	0,905	0,977	1,032
C _{max}	0,971	1,056	1,120

Рисунок 4. Усредненные кинетические кривые фозиноприлата в плазме крови добровольцев после однократного приема таблеток ФОЗИНОПРИА ВИВА ФАРМ (Т) и таблеток МОНОПРИА (R): (n=18; ±SD)



порядка для фозиноприлата представлен на рисунке 2 а). В качестве демпфирующего газа в ионной ловушке использовался гелий. Данные обрабатывались с помощью Xcalibur 2.1 w/Foundation 1.0.1.

Разделение осуществляли на хроматографической колонке Luna C18 Phenomenex, 5 мкм, 4,6×250 мм. Элюирование осуществляли в градиентном режиме. Подвижная фаза состояла из двух растворов: 10 мМ ацетат аммония (раствор А) и ацетонитрил – 10 мМ ацетат аммония (90:10) (раствор Б). Скорость потока подвижной фазы 1 мл/мин. Объем пробы 10 мкл. Время анализа единичного образца составляло 11±0,5 мин.

На рисунке 2 б), в), г) представлены хроматограммы экстрактов бланковой (интактной) плазмы крови, плазмы, содержащей фозиноприлат в концентрации 3,9 и 31,2 нг/мл соответственно.

Количественный анализ

Количественный анализ проводили методом абсолютной калибровки с использованием программного обеспечения «Quan Browser» компании «Termo Fisher Scientific». Калибровочную кривую получали в результате анализа проб плазмы с добавками известного количества стандарта определяемого соединения.

Для построения калибровочной кривой и расчета процента извлечения анализируемого соединения из биоматериала готовили рабочий стандартный раствор фозиноприлата в метаноле – 1 мг/мл. Из него далее методом пос-



Таблица 3. Результаты дисперсионного анализа фармакокинетических параметров ($\ln AUC_{0-\infty}$ и $\ln C_{\max}$), определяющих биодоступность фозиноприла из таблеток $\ln AUC_{0-\infty}$

Источник вариации	SS	DF	MS	F
Препарат	0,011	1	0,011	0,82649
Последовательность	0,001	1	0,001	0,06309
Испытуемые	5,647	17	0,332	25,99404
Остаточная вариация	0,204	16	0,013	-
Общая вариация	5,863	35	-	-

$\ln C_{\max}$

Источник вариации	SS	DF	MS	F
Препарат	0,016	1	0,016	1,02911
Последовательность	0,007	1	0,007	0,44662
Испытуемые	3,186	17	0,187	12,43436
Остаточная вариация	0,241	16	0,015	-
Общая вариация	3,449	35	-	-

Примечание:

SS – сумма квадратов отклонений;

MS – средний квадрат;

DF – число степеней свободы;

F – рассчитанное значение F-критерия Фишера (при уровне значимости $\alpha = 5\%$),

ледовательных разведений готовили серию стандартных растворов фозиноприлата в 50%-ном водном метаноле с концентрациями: 1000; 500; 250; 125; 62,5; 31,2; 15,6, 7,8 и 3,9 нг/мл. Модельные растворы фозиноприлата в плазме крови (для построения внутренней калибровочной кривой) готовили в аналогичных концентрациях, как описано выше.

Калибровочная зависимость (рис. 3) была линейной в изучаемом диапазоне концентраций. Коэффициент корреляции составил 0,9994, что соответствует отличной аппроксимации. Предел количественного обнаружения в плазме составил 1,5 нг/мл.

Прецизионность и правильность методики оценивали по трем концентрационным уровням рабочих стандартных растворов фозиноприлата после 6 определений каждого уровня. Для концентрации 15,6 нг/мл ошибка метода

не превышала 10,4%.

Статистическая обработка полученных результатов

Полученные экспериментальные данные подвергнуты математической статистической обработке с помощью программы «Statistica v.6.0». В таблице 1 приведены средние арифметические значения (\bar{x}), соответствующие им стандартные отклонения (SD) и стандартные ошибки среднего значения ($S\bar{x}$), коэффициенты вариации (C.V.%). Расчет фармакокинетических параметров анализируемых препаратов был проведен с использованием модельно-независимого метода. В таблице 1 кроме (\bar{x}) и (SD) приведены коэффициенты вариации (C.V.%) и размах – непараметрический параметр статистики (разность между максимальным и минимальным значениями ряда).

Оценка биоэквивалентности проводилась применительно к па-

раметрам AUC_{0-t} , C_{\max} (натуральные и логарифмически преобразованные данные) с использованием методов параметрической статистики (см. табл. 1). В таблице 2 представлены результаты работы анализа вариации ANOVA для различных показателей биоэквивалентности ($\ln AUC_{0-t}$, $\ln C_{\max}$).

Условием применения является предположение о нормальном распределении изучаемого показателя. Нулевая гипотеза: между средними значениями показателей биоэквивалентности тест- и референс-препарата отсутствуют статистически значимые различия. В качестве источников вариации изучаются межиндивидуальные различия (испытуемые), последовательность получения препаратов и различия между препаратами. Полученные значения сравниваются со значением остаточной вариации с учетом числа степеней свободы (DF). Результа-



ты сравнения отражены в столбце F таблицы 3.

Для установления статистически значимых различий между средними значениями показателя биоэквивалентности сравниваемых препаратов значение F для строки «препарат» должно превзойти соответствующее табличное значение (таблица критерия Фишера для числа степеней свободы (1, n-2) и выбранного уровня значимости α). В нашем случае, для 18 добровольцев табличное значение F критическое равно 4,49 для 5% уровня значимости. Если рассчитанное значение F превосходит табличное значение, нулевая гипотеза об отсутствии значимых различий между средними значениями данного показателя биоэквивалентности может быть отброшена, а различия признаны статистически значимыми на соответствующем уровне значимости.

Рассчитывали парные критерии Стьюдента в предположении отсутствии влияния периода получения препарата и нормального распределения изучаемого показателя. Гипотеза биоэквивалентности принималась, когда 90% доверительный интервал для отношения среднего значения (μ_T/μ_R) логарифмически преобразованных данных AUC составлял $0,8 < \mu_T/\mu_R < 1,20$ и для C_{max} $0,7 < \mu_T/\mu_R < 1,43$. Границы этих интервалов рассчитывались при помощи дисперсионного анализа ANOVA. Расчет 90% доверительных интервалов проводили с использованием программы Bioeqv /7/.

Результаты и их обсуждение.

На рисунке 4 представлены усредненные фармакокинетические кривые фозиноприлата в плазме крови добровольцев после однократного приема таблеток Фозиноприл Вива Фарм и Моноприл, где анализируемое лекарственное вещество определяется на протяжении 48 час.

Сравнительный анализ основных фармакокинетических параметров (табл. 1) фозиноприла после однократного приема 20 мг таблеток Фозиноприл Вива Фарм и Моноприл показал, что изучаемые препараты почти с одинаковой скоростью всасываются из желудочно-кишечного тракта (параметр C_{max}/AUC_{0-t} — для T составил

$0,089 \pm 0,014$; для P — $0,083 \pm 0,013$ ч⁻¹; $\bar{x} \pm SD$). Время достижения максимальной концентрации (t_{max}) составило в среднем для T — $3,39 \pm 0,50$ и для P — $3,33 \pm 0,49$ час, соответственно. При этом средняя максимальная концентрация фозиноприла, определяемая в плазме крови добровольцев (C_{max}), составила для препарата Фозиноприл Вива Фарм — $396,93 \pm 118,11$ нг/мл и для Моноприл — $384,00 \pm 125,59$ нг/мл.

Индивидуальный анализ основного параметра, характеризующего степень и скорость всасывания действующего вещества из лекарственной формы — AUC_{0-t} указывает на значительную вариабельность данного параметра (размах для препарата Фозиноприл Вива Фарм составил 6360,23 и для препарата Моноприл — 7186,47 нг/мл × ч). Среднее значение AUC_{0-t} для тест-препарата составило $4716,89 \pm 2050,14$ и для референс-препарата — $4840,52 \pm 1967,34$ нг/мл × ч.

Относительная биодоступность таблеток Фозиноприл Вива Фарм по отношению к таблеткам Моноприл, определяемая отношением соответствующих значений AUC_{0-t'} составила в среднем $0,977 \pm 0,152$ (усредненные данные на основании точечных индивидуальных оценок). Доверительный интервал для логарифмически преобразованных значений AUC_{0-t} составил 0,905 — 1,032. Степень биодоступности, определяемая отношением соответствующих значений C_{max}' составила $1,056 \pm 0,173$, а доверительный интервал для логарифмически преобразованных значений C_{max} — 0,971 — 1,120 (табл. 2). Полученные доверительные интервалы лежат в установленных «Рекомендациями» пределах, что говорит в пользу биоэквивалентности исследуемых препаратов /5/.

Дисперсионный анализ также показал, что 2 источника вариации, учитываемых при установлении биоэквивалентности, т.е. «препараты» и «испытуемые» в дисперсионных отношениях F для этих факторов не превосходят табличное значение. Следует подчеркнуть, что для установления статистически значимых различий между средними значениями показателя биоэквивалентности

сравниваемых препаратов значение F для строки «препарат» должно превзойти соответствующее табличное значение (таблица критерия Фишера для числа степеней свободы (1, n-2) и выбранного уровня значимости α). В нашем случае, для 18 пациентов табличное значение F критическое равно 4,49 для P = 0,95. Рассчитанное значение F не превосходит табличное значение (для параметра $\ln AUC_{0-t}$ F = 0,82 и для $\ln C_{max}$ F = 1,02911). Следовательно, нулевая гипотеза об отсутствии значимых различий между средними значениями данного показателя биоэквивалентности подтверждается, а различия не признаются статистически значимыми на соответствующем уровне значимости. Из результатов исследования относительной биологической доступности двух препаратов следует, что исследуемый препарат Фозиноприл Вива Фарм, таблетки 20 мг, производства ТОО «ВИВА ФАРМ», Республика Казахстан является биоэквивалентным препарату сравнения Моноприл, таблетки 20 мг, производства «Бристол-Майерс Сквипб С.р.Л.», Италия.

Выводы:

1. Таблетки Фозиноприл Вива Фарм с фармакокинетической позиции являются биоэквивалентными таблеткам Моноприл.

2. Результаты сравнительного фармакокинетического исследования позволяют утверждать, что Фозиноприл Вива Фарм и Моноприл имеют одинаковую эффективность и переносимость.

3. С учетом основных положений доказательной медицины и фармации целесообразность проведения генерической замены препарата Моноприл препаратом Фозиноприл Вива Фарм является обоснованной. 

Список использованной литературы можно запросить в редакции.



УДК 615.322.:582.736:615.03

Е.Т. ТЕГИСБАЕВ, Э.М. ТЕМИРҒАЛИЕВА, Е.А. ЛИ, Г.М. БАЙНАЗАРОВА,
А.Н. ҚАЙЫРЖАНОВА, Р.Ш. МАСИМХАНОВ, А.В. ЕФРЕМОВА
Қазақстан-Ресей Медицина Университеті, Алматы қ.

ФАРМАКОЛОГИЯ САЛАСЫНДА ФИТОПРЕПАРАТТАРДЫҢ МАҢЫЗЫ

За последние 20 лет проведен ряд работ по созданию оригинальных лекарственных средств на основе отечественных субстанций, обладающих выраженной активностью, и несмотря на достижения в этом направлении активный поиск по созданию новых фитопрепаратов продолжается.

The last 20 years well known the series works on the creation original medicines on the found home substations possession active expression and in spite of this achievement direction and continue the active look for on the creation new fitopreparates.

Қазақстанға және басқада ТМД мемлекеттерінде уақыт аясында фармацевтикалық нарықта көп мөлшерде өсімдік тектес дәрілік заттардың шығуы жыл сайын өсуде. (Рахимов Қ.Д.).

Аймақты жоғары сапалы, қауіпсіз және қолжетімді дәрілік заттармен қамтамасыз ету мемлекеттің тапсырмасы, оның тиімді шешілуі тек жергілікті шикізаттарды жоғары деңгейде пайдаланғанда ғана болады.

Елбасымыздың Қазақстан халқына жлдауында халықты дәрілік заттармен қамтамасыз ету ерекше назарға алынып, мемлекетке келетін медициналық препараттардың бағасы мен сапасы қатал бақыланып, жеке фармацевтикалық фабрикалардың құрылуына белсенді түрде инвестициялар тартылуы керек. ҚР социалды-экономикалық саясатының мемлекеттік импорт алмастыру жобасы халықты медикаменттермен қамтуға бағытталған. Қазақстанның фармацевтік нарығында отандық өнімдердің 90% көлемі жеке сатылымдағы шетелде өндірілген препараттар. Бүгінгі таңда Қазақстан өзіндік медикаменттер мен жаңа тиімділігі жоғары фитопрепараттарды өндіруде ғылыми және кадрлық потенциалдар мен өндірмелі күштерге ие. Фармакологтар жеке әсер ететін дәрілік өсімдіктермен жұмыс жасағанмен, барлық

заттардың кешенді фармакокинетикасы мен фармакодинамикасымен тәжірибеленбейді. Фармакологиялық өсімдік тектес дәрілік заттарды зерттеу адамды өсімдіктен дайындалған дәрілік заттармен емдеудің мүмкін болар шегі жайлы ақпараттар береді (П.В. Белоусов, А.В. Чемерис, 2001).

Профессор Қ.Д. Рахимовтың көп жылдық зерттеуі Қазақстанның өсімдік флорасынан алынған белсенді әртүрлі биологиялық қосылыстарға бағытталған. Қазақстан Республикасында клиникаға дейінгі зерттеуге профессорлар Қ.Д. Рахимов пен Т.А. Арыстановқа фитопрепараттар ішінен дәрілік заттар таңдалынып, таныстырылды. Фитопрепараттарды зерттеу барысында алынған тәжірибелік ақпараттар препараттардың арсеналын кеңейтуге мүмкіндік береді.

Қазіргі уақытта дәрілік өсімдіктерге кең ауқымда көңіл аударылуда. ДДСҰ болжамы бойынша 10 жылдан кейін жалпы дәрілік заттардың 60% көлемін фитопрепараттар құрайтын болады. Әлемде синтетикалық дәрілік заттарды қабылдаудан кейінгі асқынулардан соң бұл сандар шындыққа айналды. Қазіргі кезде әлем халқының 12% химиялық дәрілік заттардан туындаған аллергиядан зардап шегуде, ал шамамен халықтың 80% алғашқы медикаментозды

көмек ретінде өсімдік препараттарын қолданады. Өсімдіктерден өндірілген препараттар жұмсақ әсері мен аллергиялық әсерінің, уыттылығының төмендігіне байланысты ұзақ уақыт емдеу курстары мен алдын алу шараларын жүргізуге ыңғайлы болғандықтан синтетикалық дәрілік заттардан әлдеқайда жоғары әсерге ие (Вайс, 2000).

Дүниежзілік денсаулық сақтау ұйымының ақпараты бойынша халықтың 80% өсімдік негізінде дайындалған препараттарды қалайтындығы анықталған. Дәрілік заттардың емдік әсері биологиялық белсенді заттар деп аталатын олардың құрамындағы әртүрлі химиялық қосылыстарында. Олар өсімдік жапырақтарында, гүлдерінде, тамырларында немесе бұтақтарында, жемісінде және тұқымдарында орналасуы мүмкін (С.Я. Соколов, 2001). Осыған байланысты, жабайы және қолдан өсірілген өсімдіктер шикізатынан алынған фитопрепараттар бағасы мен сапасы жағынан шетелдік препараттар баламасымен бірдей дәрежеде болуын қамтамасыз ету ауқымды міндеттердің бірі.



Қазіргі фитопрепараттардың жетістігі, олардың құрамында биологиялық белсенді заттарды сіңіретін заттардың болуында.



Олар жасушалардың медиаторлармен, жүйке жүйесімен байланысын арттырып ферментативтік белсенділігін жоғарылатады, эластинді тіндердің сезімталдығын арттырып ағзадан уыттардың шығарылуына жәрдемдеседі. Терапевттік әсердің кеңдігі мен ұзақ уақыт қауіпсіз қолдануға болатындығы олардың синтетикалық медикаменттермен бәсекелес болуына мүмкіндік береді (О.Д. Барнаулов, 1999).

Қазіргі заманға сай фармакологияның басты тапсырмаларын шешу үшін фитофармакологиялық зерттеулердің маңызы зор (Қ.Д. Рахимов).

Жаңа фитопрепараттарды жасау тәсілін өзгерту жолында екенімізге күмән келтіре алмаймыз (Қ.Д. Рахимов, Э.М. Темірғалиева).

«ҚР фармацевтикалық саласының дамуы» Мемлекеттік бағдарламасына сай ҚР мемлекеттік денсаулық сақтау мәселесі 2011 –

2015 жж. «Салауатты Қазақстан», ұзақ мерзімді саясат жүйесі отандық шикізаттардан дәрілік препараттардың фармакологиялық және терапевтік қасиеттерін зерттеуге бағытталған, сондықтан бұл жүйе үлкен экономикалық маңызға және жоғары әсерге ие, қауіпсіз, қолжетімді өсімдік тектес препараттарды қолдану заманауи медицинаның өзекті бағыты. 

Пайдаланған әдебиеттер тізімін редакциядан алуға болады.

ПАНОРАМА НОВОСТЕЙ

СОВРЕМЕННАЯ КАРДИОКЛИНИКА ПОЯВИТСЯ В СЕЛЕ



В Алматинской области начинается строительство международной кардиологической клиники «Седжон Евразия».

Инициатором уникального проекта, благодаря которому возможности современной кардиологии станут ближе к сельским жителям, выступила казахстанская международная медицинская клиника «Седжон Евразия» и ее партнер из Южной Кореи — госпиталь Седжон.

Торжественная церемония закладки первого камня в основание международной кардиологической клиники «Седжон Евразия» прошла 22 мая в поселке Ынтымак Алматинской области. В ней приняли участие представители Акимата Алматинской области, начальник Управления здравоохранения Алматинской области Маралбек Меирбеков, представители медицинских учреждений Алматинской области, генеральный директор Международного медицинского центра «Седжон Евразия» Вячеслав Шегай и др.

На торжественное открытие кардиоклиники прибыла представительная делегация из Страны Утренней Свежести, которую возглавил

Генеральный Консул Посольства Республики Корея в РК Шин Хен Ын. Специально для этого из Сеула прилетели Президент Института развития индустрии здравоохранения Кореи Ко Кен Хва, руководитель отдела развития здравоохранения провинции Кенги-до Рю Ён Голь, председатель Госпиталя Седжон Пак Ен Гван, президент Госпиталя Седжон Чон Ран Хи.

Данный проект осуществляется в рамках франшизного договора о сотрудничестве между ТОО «Международная медицинская клиника «Седжон Евразия» и компанией «Hyewon Medical Foundation «Sejong General Hospital» при участии правительства и руководителей заинтересованных министерств Кореи и Казахстана. Он был подписан 26 августа 2011 г. в Астане. О том, как зарождался этот проект, мы уже рассказывали в выпусках своего журнала за прошлые годы.

Как отметили на торжествах организаторы, основной целью проекта является строительство и функционирование в Алматинской области современного медицинского центра, в составе которого будет поликлиника, диагностический центр и стационар на 100 коек. Строительство новой кардиологической клиники обеспечит доступ населения к высокотехнологичной медицинской индустрии Республики Корея. Госпиталь Седжон (Корея) передаст казахстанской стороне эксклюзивные медицинские технологии, и обучит медперсонал будущей клиники — с помощью IT-технологий, а также отправит своих специалистов к нам в республику.

Госпиталь СЕДЖОН (SEJONG GENERAL HOSPITAL) был основан в 1981 году, и на сегодняшний день является безусловным лидером на южнокорейском рынке медицинских услуг среди частных клиник.

Основанный 30 лет назад как клиника, специализирующаяся на лечении сердечных заболеваний, в настоящее время Госпиталь Седжон — это многопрофильный медицинский центр, оказывающий полный спектр медицинской помощи населению не только Южной Кореи, но и всей Юго-Восточной Азии. За эти годы здесь было проведено 20 тысяч операций на сердце. Успешность проведенных операций почти стопроцентная — 99,97%. Именно этой клиникой впервые в Корее было создано искусственное сердце, пересаженное теленку, который прожил с ним 45 дней. Это — абсолютный рекорд по длительности успешного приживания искусственного сердца. Это была первая операция по пересадке сердца в Корею.

Использование корейского опыта управления лечебными учреждениями, надо сказать, весьма эффективного, привлечение к деятельности новой казахстанской кардиоклиники консультантов и высококвалифицированных специалистов из Кореи, по мнению казахстанских организаторов проекта, даст возможность сделать нашу страну привлекательной для потенциальных медицинских туристов из приграничных государств, включая Россию, Китай, Киргизию, Узбекистан. В настоящее время они предпочитают лечиться в клиниках Кореи, а это, признаться, далековато. Теперь уникальные технологии корейских кардиологов станут гораздо ближе и доступнее.

Наталья ТОДОРОВА



УДК 615.2:616-053.9:616-053.2

Л.А. ХАЖАЛИЕВА, З.Б. САКИПОВА, А.А. КЕСИКОВА

РГП на ПХВ «Национальный центр экспертизы лекарственных средств, изделий медицинского назначения и медицинской техники» МЗ РК, г. Алматы; КазНМУ им. С.Д. Асфендиярова

МАРКЕТИНГОВЫЙ АНАЛИЗ ЛЕКАРСТВЕННОГО ПРЕПАРАТА: ОЦЕНКА НУЖД ПОТРЕБИТЕЛЕЙ

Бұл мақала «Қызыл май» дәрілік препаратының маркетингтік талдауына, соның ішінде тұтынушыларды таңдау критерийлерін бағалауға арналған. Осы препаратқа әр-түрлі сатып алушылар категорияларының қоятын негізгі талаптар анықталды, ол көрсеткіштер «ФитОлеум» ЖШС өндірушісінің бизнес-процесін жетілдіру үшін қажет.

The article is devoted to the analysis of the marketing of the medicinal product "Kyzyl May": to the evaluation conditions of the consumer choice. The authors determined the basic requirements for the different categories of customers to that drug, these interpretations are essential in optimizing business processes at the company LLC "FitOleum".

Современный менеджмент характеризуется искренним интересом фирм к структуре потребностей, которые управляют потребительским спросом. Производитель фармацевтической продукции не может получить ту прибыль, на которую он можно рассчитывать, если он не обладает достоверной информацией об истинных потребностях своих клиентов. Анализ потребителей призван дать ответ на три группы стратегических вопросов, связанных с сегментацией рынка, потребителями и выявлением их неудовлетворенных нужд и потребностей.

Покупателями оригинального препарата «Кызыл май» являются следующие категории потребителей:

- крупные дистрибьюторы (казахстанские фармацевтические компании: Медсервис-Плюс, Медикус-Центр, Стофарм, INKAR и др.);
- лечебно-профилактические учреждения (ЛПУ);
- аптечная сеть;

- индивидуальные покупатели.

Любая фармацевтическая компания не сможет получать ту прибыль, на которую она могла бы рассчитывать, если она не обладает достоверной информацией об истинных потребностях своих клиентов. Каждая категория потребителя индивидуальна и отличается друг от друга по многим параметрам. Основные требования и критерии к препарату потребителей представлены в таблице 1.

Одним из инструментов определения уровня удовлетворенности клиентов является опрос потребителей. Несмотря на кажущуюся информативность данного метода, без правильной трактовки полученных результатов его практическая ценность минимальна.

Основные факторы, которые принимают во внимание потенциальные потребители — это стоимость препарата, условия оплаты, безопасность, эффективность и качество, расфасовка и хранение, широта ассортимента, качество обслуживания, реклама продукции.

Для удовлетворения требований потребителей, производитель лекарственного средства «Кызыл май» ТОО «ФитОлеум» выпускает данную продукцию в различных упаковках: 30, 50, 100 мл.

Для многих потребителей важен срок хранения препарата. «Кызыл май» стабилен при хранении при температуре не выше 25 градусов — 3 года.

Гибкие условия поставок и оплаты, предлагаемые оптовым покупателям, позволили ТОО «ФитОлеум» наладить сотрудничество с крупнейшими в Казахстане дистрибьюторами лекарственных средств: ТОО КФК «Медсервис Плюс», ТОО «INKAR», ТОО «СТОФАРМ», СП «Медикус центр».

В результате опроса рынок конечных потребителей оказался неоднородным, по своему составу его можно разделить на сегменты.

В основу сегментации взяты следующие переменные факторы: уровень доходов, возраст, повод для совершения покупки, искомые выгоды.



Таблица 1. Основные требования, предъявляемые покупателями к препарату

Группа покупателей	Требования				
	Упаковка	Цена	Условия	Качество	Дополнительные требования
Крупные дистрибьюторы	Удобная, надежная, герметичная	Низкая цена за единицу, скидки	Отсрочка платежа	Безопасность, эффективность и качество в соответствии требованиям нормативных документов (обязательное наличие сертификата качества)	Рекламная поддержка, сервисное обслуживание
Аптеки	Удобная, надежная, герметичная	Низкая цена за единицу	Желательно отсрочка платежа		Рекламная поддержка, сервисное обслуживание
ЛПУ	Большой объем	Низкая цена за курс лечения	Отсрочка платежа		Сервисное обслуживание
Индивидуальные потребители (конечные потребители)	Различный объем	Разное отношение к цене	Учитывать ценностные ориентации		Ориентация на специфику стиля жизни, реклама продукции

Таблица 2. Сегментация конечных потребителей

Уровень дохода	Рядовые потребители	Постоянно заботящиеся о своем здоровье потребители	Проблемные потребители	Потребители-сталкеры
Средний: лица в возрасте от 17 до 25 лет лица в возрасте от 25 до 35 лет лица в возрасте от 35 до 55 лет лица в возрасте старше 55 лет	Сегмент 1	Сегмент 5	Сегмент 9	Сегмент 13
	Сегмент 2	Сегмент 6	Сегмент 10	Сегмент 14
	Сегмент 3	Сегмент 7	Сегмент 11	Сегмент 15
	Сегмент 4	Сегмент 8	Сегмент 12	Сегмент 16
Выше среднего: лица в возрасте от 17 до 25 лет лица в возрасте от 25 до 35 лет лица в возрасте от 35 до 55 лет лица в возрасте старше 55 лет	Сегмент 17	Сегмент 21	Сегмент 25	Сегмент 29
	Сегмент 18	Сегмент 22	Сегмент 26	Сегмент 30
	Сегмент 19	Сегмент 23	Сегмент 27	Сегмент 31
	Сегмент 20	Сегмент 24	Сегмент 28	Сегмент 32
Высокий: лица в возрасте от 17 до 25 лет лица в возрасте от 25 до 35 лет лица в возрасте от 35 до 55 лет лица в возрасте старше 55 лет	Сегмент 33	Сегмент 37	Сегмент 41	Сегмент 45
	Сегмент 34	Сегмент 38	Сегмент 42	Сегмент 46
	Сегмент 35	Сегмент 39	Сегмент 43	Сегмент 47
	Сегмент 36	Сегмент 40	Сегмент 44	Сегмент 48



Лекарственное средство «Кызыл май» покупают лица старше 17 лет, для потребителей младше 17 лет лекарства приобретают их родители. Сегментация конечных потребителей на группы представлена в таблице 2.

Сегменты 1–4, 17–20, 33–36 – «рядовые потребители». Это обычные потребители, покупающие препараты, когда в них возникает необходимость и имеющие минимальный запас лекарств в домашней аптечке.

Сегменты 5–8, 21–24, 37–40 – «постоянно заботящиеся о своем здоровье потребители» – это люди, которые ответственно относятся к состоянию собственного здоровья и здоровья своих близких.

Сегменты 9–12, 25–28, 41–44 – «проблемные потребители» – это люди, приобретающие препарат ввиду возникновения какой-либо проблемы, носящей как случайный, так и систематический характер (выезжающие в командировку, на отдых, туристы, те, кто со «слабым» желудком и др.).

Сегменты 13–16, 29–32, 45–48 – «потребители-сталкеры» – люди, находящиеся в условно-экстремальных условиях, которые вынуждены часто пользоваться подобными средствами

либо постоянно иметь их под рукой. Это могут быть потребители, проживающие в местах с неблагоприятной экологией, рискующие в процессе работы получить какую-либо травму (жители регионов с суровыми климатическими условиями, нефтяники, «дальнобойщики» и т.д.).

Рассмотрев сегменты по приоритетам и возможностям их объединения, определено следующее:

– новаторами на данном рынке являются постоянно заботящиеся о своем здоровье потребители – сегменты 5–8, 21–24, 37–40, и это необходимо учесть в продвижении продукции на региональных рынках и разработке рекламы;

– в ряду ранних последователей (раннего большинства) пребывает существенно большая часть покупателей из сегментов 9–12, 25–28, 41–44, 45–48, т.е. «проблемные потребители» и «потребители-сталкеры»;

– группу поздних последователей (позднего большинства) составляют представители «рядовых потребителей», а также «потребителей-сталкеров» (сегменты 13–16, 29–32).

Влияние на спрос индивидуальных (конечных) потребителей оказывают: реклама, мнение и со-

веты родных, друзей и знакомых, наличие товара в розничной сети, имидж товара.

К основным потребительским качествам лекарственного средства «Кызыл май» следует отнести: оригинальность состава (изготовлен из натуральных, экологически чистых продуктов, не имеет возрастных ограничений), широкий спектр показаний к применению, простота и удобство в применении, универсальность расфасовки, возможность использования в лечебно-косметической практике.

Таким образом, определены основные требования, предъявляемые различными категориями покупателей к лекарственному препарату «Кызыл май», интерпретация которых необходима для оптимизации бизнес-процессов производителя ТОО «ФитОлеум» с целью увеличения объемов продаж и обеспечения качества препарата, соответствующего международным стандартам. ✓

ПАНОРАМА НОВОСТЕЙ

СПИСОК АНТИБИОТИКОВ, УВЕЛИЧИВАЮЩИХ РИСК СМЕРТИ, РАСШИРЕН

Еще один достаточно распространенный во всем мире антибиотик был официально признан опасным для употребления. Азитромицин – впервые появившийся на мировом рынке медикаментов в 1980 г., в течение долгого времени активно применялся для лечения пневмонии, бронхита, ушных инфекций и венерических заболеваний.

Однако крупномасштабное исследование, проведенное в период с 1992 по 2006 г., на территории нескольких медицинских учреждений штата Теннесси, выявило, что риск развития сердечно-сосудистых заболеваний после приема азитромицина может увеличиваться в несколько раз! В частности во время курса приема антибиотиков риск смерти от сердечно-сосудистых заболеваний возрастает в 2,5 раза. Примерно настолько же возрастает риск инфарктов и инсультов. Исследователи из Университета Вандербильта проанализировали более 348 тыс. случаев приема азитромицина пациентами различных возрастов, социальных групп с разным уровнем достатка и образом жизни.

На сегодняшний день уже доподлинно известно, что ряд антибиотиков способны существенно усугублять болезни сердечно-сосудистой системы и тем самым значительно увеличивать вероятность смерти. Врачи сопоставляли риск смерти от сердечно-сосудистых заболеваний при приеме азитромицина с аналогичным риском при приеме амоксицилина, который традиционно принято рассматривать в качестве одного из наиболее безопасных для сердца антибиотиков. По результатам исследования было установлено, что при приеме азитромицина риск смерти в среднем составляет на 47 случаев больше в расчете на миллион человек, нежели при приеме амоксицилина в группе здоровых людей. В группе людей, уже страдающих от заболевания сердечно-сосудистой системы этот риск увеличивается на 245 смертей в расчете на миллион человек.

В общем, прием азитромицина повышает риск смерти от сердечно-сосудистых заболеваний во время курса приема препарата в 2,5 раза – констатируют исследователи, что делает его одним из наиболее опасных для сердца антибиотиков, широко используемых в современной медицине. Даже если учесть тот факт, что общее количество умерших в результате влияния данного фактора людей во время исследования было низким, исследователи отмечают, что людям с заболеваниями сердечно-сосудистой системы необходимо рассматривать альтернативные медикаменты.

По МАТЕРИАЛАМ MED INDIA



М.А. ИЗБАСАРОВ

Городская поликлиника ЦГКБ №12, г. Алматы

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЦЕФИКСИМА (ЦЕФИМ) В ЛЕЧЕНИИ ОСТРОГО И ХРОНИЧЕСКОГО РИНОСИНУСИТА В СТАДИИ ОБОСТРЕНИЯ У ВЗРОСЛЫХ НА АМБУЛАТОРНОМ ЭТАПЕ

Жедел және созылмалы риносинуситтің асқыну кезеңінде 65 емделушіге клиникалық және лабораториялық тексеру өткізілді. Бактериологиялық егіндердің нәтижелерін ескере отырып барлық аурулар Цефимег (цефиксим), III ұрпақ цефалоспорині препаратын қабылдады. Өткізілген терапияны талдау нәтижесінде жоғары клиникалық және бактериологиялық жауап алынды.

It was carried out the clinical laboratory examination and treatment of 65 patients with acute and chronic rhinosinusitis at the exacerbation stage. With a glance of bacterial inoculation results all patients received treatment with drug Cefimed (cefixime) – III generation cephalosporin. On the basis of carried out therapy was received the high clinical and bacteriological response.

Проблема воспалительных заболеваний околоносовых пазух на сегодняшний день крайне актуальна и имеет большое социальное значение. Помимо того что риносинусит (РС) является крайне распространенным заболеванием, он наносит весьма ощутимый финансовый урон обществу, так как наибольшее число больных – люди в возрасте от 18 до 55 лет, т.е. наиболее активная и трудоспособная часть населения. В последнее время отмечается ежегодный прирост заболеваемости на 1,5–2%. Острые риносинуситы обычно имеют вирусную или бактериальную этиологию, хронические – бактериальную, реже грибковую. Пусковым моментом в развитии острого синусита, как правило, бывает вирусная инфекция, причем наиболее типичным возбудителем являются риновирусы (более 80% случаев). Исследования, проведенные с использованием компьютерной, магнитно-резонансной томографии, а также в результате реоэнцефалографии и биомикроскопии, показали, что почти у 90% больных ОРВИ в сли-

зистой оболочке околоносовых пазух выявляются изменения в виде отека, нарушения микроциркуляции и застоя секрета. Не менее важную роль в развитии синусита (и особенно для его хронизации) играют аномалии строения внутриносовых структур и решетчатого лабиринта.

Среди возбудителей синусита наиболее значимыми в настоящее время являются *S.pneumoniae*, *H.influenzae*, реже встречается *Moraxella catarrhalis*. Некоторые авторы отмечают, что серьезные внутричерепные и орбитальные осложнения при остром синусите обычно являются результатом инфицирования *S.pneumoniae*. *H.influenzae* – грамотрицательная палочка, более вирулентная и резистентная к антибиотикам, чем пневмококк. С ней также связывают развитие внутричерепных осложнений. Так же как и пневмококк, ее разные штаммы, сменяя друг друга, колонизируют носоглотку. При хронических РС микробная флора отличается большим разнообразием, и спектр возбудителей несколько смеща-

ется в пользу анаэробной флоры. По данным ряда исследований, в 52% случаев выделяются аэробы (различные стрептококки – 21%, гемофильная палочка – 16%, синегнойная палочка – 15%, золотистый стафилококк и моракселла – по 10%), и в 48% случаев – анаэробы (*Prevotella* – 31%, анаэробные стрептококки – 22%, *Fusobacterium* – 15% и др.).

На сегодняшний день инфекции ЛОР-органов являются одним из ведущих показаний к назначению антибиотиков. Во Франции ежегодно выписывается более 3 млн, а в США – около 30 млн рецептов на антибиотики по поводу острых риносинуситов. Важным является вопрос о том, когда надо начинать антибактериальную терапию. В первые дни заболевания на основании клинической картины бывает трудно дифференцировать варианты течения ОРВИ, при которых не требуется назначения антибиотиков. Считается, что если симптомы ОРВИ, несмотря на симптоматическое лечение, сохраняются без улучшения более 5 дней или прогрессируют, то не-

обходимо назначение антибиотиков. В подавляющем большинстве случаев на практике приходится эмпирически назначать антибактериальную терапию. К сожалению, классические схемы лечения риносинуситов, десятилетиями применяющиеся в практике врача оториноларинголога, зачастую не отвечают современным требованиям клинической микробиологии, не учитываются данные о природной чувствительности микроорганизмов к антибиотикам, что влечет за собой инициацию процессов вторичной резистентности возбудителей к антибактериальным препаратам, персистенцию полирезистентных штаммов микроорганизмов. В результате, идет формирование острых и хронических форм инфекций ЛОР-органов, лечение которых становится крайне затруднительным, что приводит к значительному повышению стоимости терапии. Существенные дополнительные затраты могут быть также связаны с развитием побочных реакций от неправильно выбранной антибактериальной терапии.



Общей тенденцией на сегодняшний день является нарастание резистентности пневмококка к пенициллину, тетрациклам, а гемофильной палочки – к аминопенициллам (ампициллин, амоксициллин) и тетрациклам. Все штаммы моракселлы и золотистого стафилококка следует рассматривать как устойчивые к пенициллину, ампициллину, амоксициллину, карбенициллину, поскольку эти микроорганизмы в большинстве случаев (80% и выше) являются продуцентами бета-лактамаз, разрушающих эти антибиотики.

По имеющимся данным, *S. pneumoniae* и *H. influenzae*, в том числе выделенных при острых синуситах, сохраняют высокую чувствительность к аминопенициллам и цефалоспорином (ЦС). ЦС – наиболее часто применяемые препараты благодаря высокой эффективности и низкой токсичности. Наиболее широко в амбулаторной практике применяются пероральные цефалоспорины II, а теперь уже и III поколения. На казахстанском рынке ярким представителем ЦС III поколения для перорального приема является цефиксим с торговым названием Цефимед, который по уровню антимикробной активности в отношении пенициллин-резистентных пневмококков, а также β-лактам-устойчивых гемофилов и моракселл значительно превосходит ЦС II поколения. Помимо этого, Цефимед (цефиксим) хорошо зарекомендовал себя как препарат с удобным режимом дозирования (400 мг 1 раз в сутки), а это дает возможность повышения комплаентности лечения, улучшения качества лечения в амбулаторных условиях. Цефимед обладает оптимальной фармакокинетикой, позволяющей сохранять высокие концентрации действующего вещества в слизистой оболочке околоносовых пазух, миндалин, среднем ухе, что очень важно при лечении патологий ЛОР-органов.

Материалы и методы. На базе нашего ЛПУ было проведено обследование и лечение 65 взрослых пациентов, страдающих острым или хроническим РС в стадии обострения, диагноз устанавливался на основании жалоб, анамнестических данных, результатов лабораторного и инструментального обследования. Все больные получали Цефимед в суточной дозировке 400 мг в течение 8 дней.

Распределение больных по полу было приблизительно одинаковым. Среди них было 39 женщин (60%) и 26 мужчин (40%) в возрасте от 18 до 63 лет (39±10,82 лет). Следует отметить, что 73% больных находились в активном трудоспособном возрасте. На основании результатов проведенного комплексного клинического и параклинического исследования у 20 больных (30,7%) данной группы

был диагностирован острый гнойный гайморит, из них у 12 больных – двусторонний, у 8 больных – односторонний процесс. У 35 (53,8%) больных отмечалось обострение хронического гайморита, в том числе у 36 больных – двусторонний, у 9 больных (13,8%) – односторонний процесс. У 8 больных был верифицирован острый фронтит, а у 2 (3,1%) – гемисинусит. Всем больным проводили бактериологическое исследование на базе лаборатории при ЦГКБ.

Результаты. На основании полученных результатов бактериологических посевов ведущими возбудителями при остром гнойном синусите были: *S. pneumoniae* (46,5%), *H. influenzae* (34,1%), *S. pyogenes* (9,6%), *M. catarrhalis* (7,3%), *Staphylococcus spp.* (2,5%). Обострение хронического гнойного синусита было представлено следующим спектром патогенов: *Neisseria spp.* – 18%, стрептококки – 28,7%, стафилококки – 20,9%, энтеробактерии – 11,0%, на долю *P. aeruginosa* пришлось – 5,2%, грибковая микрофлора – 9,6%, прочие – 6,6%. На основании анализа проведенной терапии клинический ответ был получен у 91,4% больных. При повторном микробиологическом исследовании удалось добиться эрадикации ведущих возбудителей у 90,8% больных. Следует отметить, что препарат Цефимед (цефиксим) в целом обладает высоким профилем безопасности. За время проведения исследования данного препарата не было зарегистрировано ни одного случая побочных эффектов.

На основании вышеизложенного, Цефимед (цефиксим) может быть рекомендован, как препарат выбора для лечения острой и обострения хронической гнойно-воспалительной патологии ЛОР-органов. Цефиксим проявил высокую комплаентность по сравнению с инъекционными формами других ЦС и ЦС II поколения при амбулаторном лечении. Благодаря оптимальной фармакокинетике цефиксима существенно сокращается курс проводимой терапии. 

Список использованной литературы можно запросить в редакции.



С.Ш. ШАМОВА

КГП на ПХВ «Городская поликлиника №3», г. Петропавловск

ИРС-19 В КАЧЕСТВЕ ВАКЦИНОПРОФИЛАКТИКИ РЕСПИРАТОРНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ЧАСТО БОЛЕЮЩИХ ДЕТЕЙ



Острые респираторные инфекционные заболевания являются наиболее распространенными в детском возрасте. Их доля совместно с гриппом составляет не менее 70% в структуре всей заболеваемости у детей. Но и высокие показатели не отражают истинной распространенности респираторной патологии, поскольку официальной регистрации подлежат лишь грипп и ОРЗ, тогда как поражение респираторного тракта могут вызвать большинство из известных 2,5 тыс. возбудителей инфекционных заболеваний.

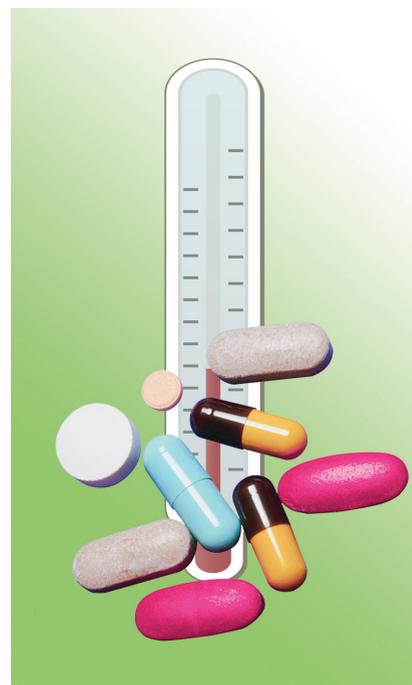
Повторный грипп, острое респираторное заболевание способствуют формированию у детей хронической бронхолегочной патологии, предрасполагают к появлению гайморитов, тонзиллитов, отитов, могут быть причиной задержки

психомоторного и физического развития, приводят к возникновению вторичной иммуносупрессии, формируют группу так называемых «часто болеющих детей».

В последнее время для лечения и профилактики заболеваний у часто болеющих детей широкое применение получили иммунокорректоры бактериального происхождения, вызывающие формирование селективного иммунного ответа против конкретных возбудителей.

ИРС-19 высокоэффективен для местной иммунотерапии, усиливает природный специфический и неспецифический иммунитет слизистой оболочки верхних дыхательных путей, а также стимулирует систему фагоцитоза и выработку универсальных факторов защиты лизоцима и интерферона.

ИРС-19, предназначенный для ингаляционного введения через слизистую оболочку верхних дыхательных путей, был выбран с учетом специфических анатомо-физиологических условий в носоглотке. Слизистая оболочка в этой области имеет большую поверхность, чрезвычайно интенсивно снабжается кровью и пронизана лимфатическими сосудами. Благодаря указанным анатомическим и физиологическим условиям ИРС-19 может чрезвычайно быстро и интенсивно проникать через слизистую оболочку в организм, вызывая тем самым немедленную мобилизацию защитных механизмов в слизистой оболочке и запуская эффективную продукцию антител. Кроме того, ИРС-19 уменьша-



ет отек полости носа, разжижает экссудат слизистой оболочки и облегчает его отток. Применение ИРС-19 в форме аэрозоля позволяет создать равномерный слой препарата на слизистой оболочке, что является оптимальным условием для всасывания.

Материалы и методы

Вакцинопрофилактика с использованием ИРС-19 была проведена в течение 2-х лет 130 часто болеющим детям. Частота случаев респираторных заболеваний составила более 6 раз в год, со средней продолжительностью заболеваний более 10 дней. В контрольной группе 65 детей получали традиционное лечение: сана-



ция носоглотки, ингаляционные, противовоспалительные и антигистаминные препараты. В обеих группах были дети от 1 года до 12 лет, мальчиков — 75, девочек — 55. В структуре заболеваний часто болеющих детей преобладали заболевания терминальных респираторных отделов: ларинготрахеобронхиты, пневмонии, бронхиты, обструктивные бронхиты. В исследуемой группе назначили ИРС-19 по 1 дозе в обе половинки носа не более 2-х недель в осеннее и весеннее время года. Наряду с ИРС-19 дети получали традиционную терапию. Всем детям проводилось исследование состава микрофлоры.

Результаты и обсуждение

В результате вакцинопрофилактики препаратом ИРС-19 в иссле-

дуемой группе снизилась частота заболеваний в 3 раза, сократилась длительность заболеваний с 10 до 6 дней, количество обострений обструктивным синдромом сократилось вдвое. В контрольной группе детей, получавших традиционную терапию и не получавших вакцинопрофилактику ИРС-19, не отмечено снижения частоты заболеваний респираторного тракта. Снижение заболеваемости респираторного тракта позволило снизить антибактериальную нагрузку, уменьшив тем самым последствия применения антибиотиков. Использование ИРС-19 у детей во время подъема респираторно-вирусной инфекции способствует снижению периода разгара заболевания, укорочения течения из-за сокращения длительности симптомов интоксикации.

Переносимость ИРС-19 хорошая, осложнений аллергического характера не наблюдалось. Таким образом, данные исследования показали, что ИРС-19 эффективно и безопасно использовать в качестве вакцинопрофилактики у часто болеющих детей. 

Список использованной литературы можно запросить в редакции.



БЕЗОПАСНОСТЬ ЛЕКАРСТВ

СТАТИНЫ ПРИЗНАНЫ FDA ОПАСНЫМИ

Потеря памяти, спутанность сознания, повышения уровня глюкозы в крови и риск развития сахарного диабета 2 типа, — вот возможные побочные эффекты статинов. Подобный вердикт в отношении статинов вынесло FDA, сообщает WebMD.

FDA призывает разместить предупреждение о возможных побочных эффектах на всех оригинальных препаратах и их дженериках. В «черный список» попали Липримар (аторвастатин), Лескол (флувастатин), Мевакор (ловастатин), Altoprev (ловастатин пролонгированного действия), Livalo (питавастатин), Pravachol (правастатин), Крестор (розувастатин), Зокор (симвастатин), Advicor (ловастатин плюс ниацин пролонгированного действия), Simcoг (симвастатин с ниацином пролонгированного действия) и Vytorin (симвастатин плюс эзетимиб).

Новые этикетки должны предупреждать пациентов о том, что средство вызывало у ряда людей негативные реакции со стороны мозга. Правда, реакция пропадала, когда прием препаратов прекращался. Также больные сахарным диабетом должны знать: статины повышают уровень глюкозы в крови. А люди, не болеющие диабетом 2 типа, рискуют его заполучить.

Особое предупреждение касается препарата Мевакор. Он, в отличие от большинства статинов, несет высокий риск развития рабдомиолиза.

По данным clinical-pharmacy.ru



Н.А. КОЙКО

Городская поликлиника №14, г. Алматы

ГОЛОВНАЯ БОЛЬ НАПРЯЖЕНИЯ У ДЕТЕЙ ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА

Широкий спектр заболеваний, сопровождающихся головной болью, и многообразие их клинических проявлений отражают актуальность этой проблемы в педиатрии и неврологии. Частота распространенности головной боли напряжения (ГБН) у детей весьма вариабельна – от 28,7 до 72,8%. ГБ имеет место у 80% школьников (причем уже в младшем школьном возрасте), а у 30% из них носит хронический характер. ГБ постепенно нарастает по частоте, пик которой приходится на пубертатный период. В дальнейшем происходит некоторое снижение заболеваемости с последующим плавным увеличением к возрасту окончания школы. В структуре ГБН преобладает эпизодический вариант, но с возрастом болезнь имеет тенденцию к хроническому течению.

В этой связи значительно повышается роль современного и эффективного лечения ГБН. В настоящее время перспективным является применение препаратов, улучшающих как мозговое кровообращение, так и метаболизм головного мозга.

Материал и методы. Мы наблюдали 16 детей в возрасте от 7 до 14 лет (средний возраст $10,5 \pm 2,9$ года), предъявлявших жалобы на ГБ. 56,25% составили мальчики, 43,75% – девочки. Характер ГБ определяли на основании объективного клинического исследования, а также изучения анамнеза, данных официальной медицинской документации. Детей разделили на три группы. Первую группу составили 8 детей с ГБ напряжения, сочетающейся с первичным или вторичным синдромом вегетативной дистонии. Во вторую группу вошли 5 детей, перенесших закрытую черепно-мозговую травму (сотрясение головного мозга) с посттравматической ГБ в позднем восстановительном периоде. Третья группа состояла из трех детей, причиной ГБ у которых явились врожденные аномалии прецеребральных сосудов (С- и S-деформации, гипоплазии и др.), верифицированные ангиологическими методами. Обследование включало:

- клинический неврологический осмотр;
- оценку интеллектуально-мнестических функций путем исследования показателей памяти (тест "10 слов");
- оценку концентрации (корректурная проба Бурдона);
- оценку скорости переключения внимания (с помощью таблицы Шульте);
- оценку интенсивности ГБ по визуальной аналоговой шкале (ВАШ).

Перечисленные показатели оценивали трижды: исходно и во время контрольных визитов через 1 и 2 месяца.

В качестве средства нейрометаболической терапии был выбран препарат Фезам®, капсулы (производитель Балканфарма-Дупница АД, Болгария), состоящий из двух действующих веществ — пирацетама (400 мг) и циннаризина (25 мг).

Пирацетам — ноотропное средство. Оказывает положительное влияние на обменные процессы и кровообращение мозга. Повышает утилизацию глюкозы, улучшает течение метаболических процессов, улучшает микроциркуляцию в ишемизированных зонах, ингибирует агрегацию активированных тромбоцитов. Оказывает защитное действие при

повреждениях головного мозга, вызываемых гипоксией.

Циннаризин — блокатор кальциевых каналов с выраженным влиянием на сосуды головного мозга, снижает поступление в клетки Ca^{2+} и уменьшает его содержание в депо плазмолеммы, снижает тонус гладкой мускулатуры артериол, уменьшает их реакцию на биогенные сосудосуживающие вещества. Обладает сосудорасширяющим эффектом, не оказывая существенного влияния на АД. Улучшает мозговое кровообращение, повышает устойчивость тканей к гипоксии. Уменьшает возбудимость вестибулярного аппарата

Оба компонента взаимно потенцируют действие друг друга. Фезам® разрешен к применению у детей в возрасте от 6 лет.

Детям назначали по 1 капсуле 2 раза в день (утром и вечером) в течение 2 месяцев.

Результаты. Исходно больные предъявляли следующие жалобы:

Группа 1: ГБ преимущественно давящего характера, двусторонняя, без четкой локализации — 6 больных (75 %); мигреноподобная ГБ — 2 больных (25%); церебростенические жалобы (снижение работоспособности, концентрации внимания, успеваемости в школе, эмоциональная лабиль-



Таблица. Показатели состояния высших психических функций

Группа пациентов	Тест «10 слов»		Таблицы Шульте		Корректурная проба Бурдона	
	До лечения	через 2 мес. лечения	До лечения	через 2 мес. лечения	До лечения	через 2 мес. лечения
1	6,5±1,5	8,7±1,0	46,8±9,0	42,5±7,8	6,5±0,4	7,4±0,5
2	6,8±0,9	8,1±0,9	50,8±7,9	47,3±5,4	7,1±0,5	7,3±0,7
3	6,9±0,6	7,2±0,8	48,3±6,4	47,5±6,8	6,9±0,8	7,0±0,6

ность, нарушения сна) — 6 больных (75%); вегетативные жалобы (повышенная потливость, головокружения, боли в области живота, кардиалгии, лабильность артериального давления) — 3 больных (37,5%).

Группа 2: ГБ давящего сжимающего характера, диффузная, локализованная по месту травмы — 5 больных (100%); церебростенические жалобы (снижение работоспособности, концентрации внимания, успеваемости в школе, эмоциональная лабильность, нарушения сна) — 3 больных (60%).

Группа 3: ГБ давящего, сжимающего характера, диффузная — 1 больной (33,3%); мигреноподобная ГБ — 2 больных (66,7%).

Интенсивность ГБ по ВАШ в 1-й, 2-й и 3-й группах составила 6,7±1,5; 6,3±1,7 и 6,6±1,3 баллов соответственно.

При нейропсихологическом тестировании во всех группах у большинства детей при анализе показателей памяти отмечалось незначительное снижение непосредственного запоминания при нормальных показателях долговременной памяти. По результатам тестирования с использованием таблиц Шульте и корректурной пробы Бурдона выявлена недостаточная концентрация внимания наряду с его неустойчивостью, а в отдельных случаях с истощаемостью (табл.).

Все больные прошли двухмесячный курс лечения Фезамом® по приведенной выше схеме. Каких-либо побочных действий препарата не обнаружено. Во время первого контрольного визита (к концу 1-го месяца лечения) отмечались снижение частоты и интенсивности ГБ у половины больных, тенденция к уменьшению

церебростенических жалоб, изменений со стороны эмоционально-волевой сферы. Данная позитивная динамика была наиболее заметна в 1-й и 2-й группах (в 50 и 40% случаев соответственно). Во время второго контрольного визита (к концу 2-го месяца лечения) выявлено следующее: в 1-й группе у 6 больных (75%) отмечалось полное исчезновение ГБ либо ее появление реже 1 раза в неделю. У двоих детей не было существенного сокращения частоты эпизодов ГБ, однако все отметили снижение интенсивности ГБ (3,5±0,9 по ВАШ). У большинства больных (90%) нивелировались сопутствующие церебростенические и вегетативные жалобы. Больные отмечали улучшение настроения, повышение работоспособности, уменьшение утомляемости от школьных занятий и физической нагрузки, нормализацию сна, реже предъявляли жалобы на боли в области сердца, головокружения. Схожая тенденция к концу лечения наблюдалась во 2-й группе: анализ жалоб выявил урежение или исчезновение ГБ у 3 больных (60 %); интенсивность ГБ составила 4±1,2 балла по ВАШ. Отсутствие жалоб астенического характера отмечено у одного ребенка (20%). В 3-й группе только в одном случае отмечалось уменьшение частоты и интенсивности ГБ. У двух детей видимых положительных изменений не наблюдалось.

При исследовании когнитивных функций наибольшая положительная динамика показателей памяти и внимания отмечалась в 1-й группе. У больных 2-й группы отмечалось улучшение показателей памяти; значительной динамики показателей внимания не

наблюдалось. В 3-й группе улучшения когнитивных функций не произошло (табл.).



Таким образом, полученные данные продемонстрировали высокую эффективность препарата Фезам® в лечении детей с ГБ напряжения в сочетании с синдромом вегетативной дистонии, а также лечения детей с посттравматическими ГБ. На фоне приема Фезама® отмечался выраженный клинический эффект в виде уменьшения всех основных симптомов заболевания. Препарат обладает комплексным вегетокорригирующим, антиастеническим и анксиолитическим эффектом. Следует отметить хорошую переносимость Фезама® всеми пациентами.

И в заключение хотелось бы напомнить, что при терапии ГБН у детей и подростков следует соблюдать следующие принципы:

- 1) индивидуальность — терапия не болезни, а больного;
- 2) обоснованность — использование методов лечения, адекватных конкретной ситуации;
- 3) комплексность — сочетание разнообразных методов терапии. 



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

Торговое название (МНН) (состав)	Фирма	Номер рег. удостовере- ния (дата рег.)	Дата ис- течения	Фарм. группа (Код АТС)	Форма выпуска (Упаковка)	Тип НД	№ НД
Эналаприл(Эналаприл) 1) Эналаприла малеат 10 мг	Павлодарский фармацевтиче- ский завод ТОО	РК-ЛС- 5№004836 03.05.2012	03.05.2017	С09АА02 Эналаприл	Таблетки 10 мг 1) Упаковка контурная ячейковая №10	АНД	42-3125-11
Трамадол (Трамадол) 1) Трамадола гидрохлорид 50 мг	Химфарм	РК-ЛС- 5№014045 10.05.2012	10.05.2017	N02АХ02 Трамадол	Раствор для инъекций 5% 1) Ампула 1 мл 2) Ампула 2 мл 3) Пачка картонная №2 4) Пачка картонная №2 5) Упаковка контурная ячейковая №5 6) Упаковка контурная ячейковая №5	АНД	42-3858-12
Кловикс 75 (Клопидогрел) 1) Клопидогреля бисуль- фат 111.86 мг	Нобел Алматинс- кая Фармацевти- ческая Фабрика АО	РК-ЛС- 3№018916 15.05.2012	15.05.2015	В01АС04 Клопидогрел	Таблетки, покрытые пленочной оболочкой 75 мг 1) Пачка картонная №1 2) Пачка картонная №2 3) Упаковка контурная ячейковая №14	ВАНД	42-442-12
Кловикс 300(Клопидогрел) 1) Клопидогреля бисуль- фат 447.44 мг	Нобел Алматинс- кая Фармацевти- ческая Фабрика АО	РК-ЛС- 3№018917 15.05.2012	15.05.2015	В01АС04 Клопидогрел	Таблетки, покрытые пленочной оболочкой 300 мг 1) Пачка картонная №2 2) Пачка картонная №4 3) Упаковка контурная ячейковая №7	ВАНД	42-442-12
Пантокрин 1) Панты марала 0.6 г	Аксу-Дэен СП ТОО	РК-ЛС- 5№005474 15.05.2012	15.05.2017	А13А Общецо- низирующие препараты	Настойка 1) Коробка из картона №1 2) Флакон стеклянный 50 мл	АНД	42-3091-11



1	2	3	4	5	6	7	8
Антигерпин® (Ацикловир) 1) Ацикловир 0.5 г	Химфарм АО	РК-АС-5№012720 15.05.2012	15.05.2017	D06BB03 Ацикловир	Мазь 5% 1) Коробка из картона №1 2) Туба алюминиевая 10 г	АНД	42-3818-11
Солодкового корня сироп 1) Солодки корня 67.5 г	Химфарм АО	РК-АС-5№005606 18.05.2012	18.05.2017	R05CA Отхар- кивающие препараты	Сироп 1) Флакон 150 г	АНД	42-3590-11
Секразол®(Амброксол) 1) Амброксола гидрохло- рид 30 мг	Нобел Алматинс- кая Фармацевти- ческая Фабрика АО	РК-АС-3№018929 23.05.2012	23.05.2015	R05CB06 Амброксол	Таблетки 30 мг 1) Коробка из картона №3 2) Коробка из картона №2 3) Коробка из картона №5 4) Упаковка контурная ячейковая №10	ВАНД	42-400-11
Мапрофен (Флурбипро- фен) 1) Флурбипрофен 100 мг	Нобел Алматинс- кая Фармацевти- ческая Фабрика АО	РК-АС-3№018933 23.05.2012	23.05.2015	M01AE09 Флурбипро- фен	Таблетки, покрытые пленочной оболочкой 100 мг 1) Пачка картонная №2 2) Пачка картонная №3 3) Пачка картонная №4 4) Пачка картонная №6 5) Упаковка контурная ячейковая №5	ВАНД	42-404-11
Левомецетин (Хлорамфе- никол) 1) Хлорамфеникол 500 мг	Химфарм АО	РК-АС-5№010172 23.05.2012	23.05.2017	J01BA01 Хло- рамфеникол	Таблетки 500 мг 1) Упаковка контурная ячейковая №10	АНД	42-3883-12

Количество позиций: 10



Торговое название (комплектность)	Фирма	Номер рег. удостове- рения (дата рег.)	Дата истечения
Маски хирургические четырехслойные противожидкостные Max Protection FFP2 (без клапана) на резинках в упаковке № 2, №25	ТОО «Dolce»	PK-ИМН-5№009876 17.05.2012	17.05.2017
Маски хирургические четырехслойные противожидкостные Max Protection FFP1 (без клапана) на резинках в упаковке № 2, №25	ТОО «Dolce»	PK-ИМН-5№009877 17.05.2012	17.05.2017
Марля медицинская нестерильная 1м*90см, 2м*90см, 3м*90см, 5м*90см, 10м*90см, 20м*90см	ТОО «Желдорфар- мация»	PK-ИМН-5№009884 17.05.2012	17.05.2017
<p>Модульные чистые помещения МЧП-«LAMINAR SYSTEM»</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Система воздухоподготовки и распределения воздуха в составе 2) Приточная(ые) система(ы) в составе 3) Приточные кондиционеры различной мощности 4) Кондиционеры температуры воздуха различной мощности 5) Кондиционеры влажности воздуха на основе пароувлажните- лей различной производительности 6) Автономные системы очистки и обеззараживания воздуха раз- личной производительности на основе вентиляционного оборудования 7) Система распределения и финишной очистки воздуха 8) Вытяжные системы различной производительности на основе вентиляционного оборудования 9) Система управление микроклиматом помещения (автоматика) 10) Конструктив (Конструктивные элементы для герметизации модулей) в составе: 11) Гигиенические герметичные стеновые ограждающие кон- струкции 12) Герметичные распашные двери (глухие или остекленные), открываемые вручную 13) Автоматические раздвижные или распашные двери 14) Окна, передаточные окна 15) Гигиенические герметичные потолочные ограждающие кон- струкции со встроенной системой освещения 16) Пол линолеумный антистатический или наливной 17) Медицинское, сантехническое (технологическое) и инженер- ное оборудование (системы), встраиваемое в конструктив модуля в составе 18) Светильники операционные стационарные, Потолочное осве- щение 19) Консоли подвода медицинских газов и электропитания пото- лочные, настенные, встраиваемые 20) Облучатели бактерицидные потолочные и настенные, Нега- тоскопы встраиваемые 21) Слаботочные системы сигнализации, связи, диспетчеризации видеонаблюдения, часофикации 22) Умывальники (в т.ч. хирургические), мойки и другие сантехни- ческие приборы 23) Системы отопления, водопровода и канализации 24) Комплект ЗИП 	ТОО «Innovation Technology LTD»	PK-МТ-7№009919 23.05.2012	23.05.2019

Количество позиций: 4

Информация предоставлена Информационно-аналитическим маркетинговым центром РГП на ПХВ «Национальный центр экспертизы лекарственных средств, изделий медицинского назначения и медицинской техники» МЗ РК.



ПЕРЕЧЕНЬ ПРОДУКЦИИ, НЕ СООТВЕТСТВУЮЩЕЙ ТРЕБОВАНИЯМ НОРМАТИВНЫХ ДОКУМЕНТОВ (май 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
30.12.2011	РК-ЛС-5№009166	Цитрамон П, таблетки, упаковка контурная безъячейковая, №10	30811, 90811, размер партии 52 770 уп.	Ирбитский химико-фармацевтический завод» ОАО, Россия	ОПС ТФ РГП «НЦЭЛС» г. Атырау	Описание
11.05.2012	РК-ЛС-5№018629	Рефордез-РТ, раствор для инфузий, 6%, бутылка, 500 мл	010210, размер партии 96 фл.	ЗМП ТОО ФК «Ромат», РК	ОПС ДГП «НЦЭЛС» г. Усть-Каменогорск	Количественное определение, относительная плотность
16.05.2012	РК-ЛС-5№012204	Эгилор® Ретард, таблетки ретард, покрытые оболочкой, 50мг, упаковка контурная ячейковая, №30	00040112, размер партии 640 уп.	Ацино Фарма АГ, Швейцария для ЭГИС Фармацевтический завод ОАО, Венгрия	ОПС ДГП «НЦЭЛС» г. Костанай	Маркировка
29.05.2012	РК-ЛС-5№015915	Бифидум-бактерин форте®, порошок, пакет №10, концентрация для приема внутрь, 5 доз	9-30312, размер партии 1050 уп.	ЗАО «Партнер», Россия	ОПС ДГП «НЦЭЛС» г. Тараз	Маркировка

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