

Учредитель и издатель: Министерство здравоохранения Республики Казахстан

РГП на ПХВ «Национальный центр экспертизы лекарственных средств,
изделий медицинского назначения и медицинской техники»

WWW.DARI.KZ

ГЛАВНЫЙ РЕДАКТОР

А.И. Нуртаев

ЗАМЕСТИТЕЛЬ ГЛАВНОГО РЕДАКТОРА

А.А. Рахметова

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)

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

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

ОТПЕЧАТАНО В ТИПОГРАФИИ

ТОО «VEDA PRESS»
РК, г. Алматы, пр. Абая, 68/74
тел.: +7 (727) 266 55 87
Подписано к печати 26.09.2012 г.
Тираж 1300 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

	ОФИЦИАЛЬНЫЙ ОТДЕЛ	3
	АКТУАЛЬНОЕ ИНТЕРВЬЮ	
	Халықтың дәрі-дәрмек бойынша сауаттылығын қалай арттырамыз.....	5
	АЗБУКА ДЛЯ ЗАЯВИТЕЛЯ	7
	ТЕМА НОМЕРА: КАДРОВАЯ ПОЛИТИКА И ОБРАЗОВАНИЕ	
	Какие врачи и фармацевты сегодня востребованы?.....	8
	ЮБИЛЕЙ	
	STADA: 10 лет успеха.....	10
	ПРОГРАММА «САЛАМАТТЫ ҚАЗАҚСТАН» В ДЕЙСТВИИ	
	Мазбаева А.М. Государственная программа реформирования здравоохранения РК на 2011–2015 годы «Саламатты Қазақстан».....	12
	ЗАКОН & ВЫ	
	Казиева Г.К. Защита интеллектуальных прав в Республике Казахстан.....	13
	Уркенова А.А. Анализ врачебных ошибок.....	14
	ПОИСК-ИССЛЕДОВАНИЯ-ЭКСПЕРИМЕНТЫ	
	Ногайбаева А.А., Шин С.Н. Современные подходы в изучении физиологии клеток млекопитающих.....	16
	МЕДТЕХНИКА	
	Садвакасов Б.К. Рентгенологическая экспертиза продольного плоскостопия в условиях городской поликлиники г. Кокшетау.....	18
	Дуйсенгожаева Б.Д. Лучевая диагностика грыжи пищеводного отверстия диафрагмы.....	19
	ФАРМПРАКТИКУМ	
	Шертаева И.Т. Терапевтическая коррекция дисциркуляторной энцефалопатии препаратом Глиатилин.....	20
	21
	СЕРТИФИКАЦИЯ	22

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН
КОМИТЕТ КОНТРОЛЯ МЕДИЦИНСКОЙ И ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

№574

от 3 августа 2012 г.

ПРИКАЗ

О запрещении медицинского применения серий №3F0069 лекарственного средства «Вобэнзим» таблетки, покрытые кишечнорастворимой оболочкой №40, серий №3L0016 лекарственного средства «Вобэнзим» таблетки, покрытые кишечнорастворимой оболочкой №200, производства Мукос Эмульсионс ГмбХ (Германия) под регистрационным номером от 2 октября 2008 года РК-ЛС-5№007842

В соответствии с постановлением Правительства Республики Казахстан от 5 декабря 2011 года №461 «Об утверждении Правил запрета, приостановления или изъятия из обращения лекарственных средств, изделий медицинского назначения и медицинской техники», ПРИКАЗЫВАЮ:

1. Запретить медицинское применение серий №3F0069 лекарственного средства «Вобэнзим» таблетки, покрытые кишечнорастворимой оболочкой №40, серий №3L0016 лекарственного средства «Вобэнзим» таблетки, покрытые кишечнорастворимой оболочкой №200, производства Мукос Эмульсионс ГмбХ (Германия) под регистрационным номером от 2 октября 2008 года РК-ЛС-5№007842;

2. Территориальным подразделениям Комитета контроля медицинской и фармацевтической деятельности МЗ РК в течение пяти календарных дней довести настоящий приказ до сведения Управлений здравоохранения областей и гг. Астана и Алматы, дистрибьюторов, а также всех субъектов фармацевтической деятельности через средства массовой информации и специализированные издания;

3. Производителю (его официальному представителю на территории Республики Казахстан), или дистрибьютору в срок до десяти календарных дней оповестить субъекты, имеющие в наличии запрещенные к применению, реализации, подлежащие изъятию из обращения лекарственные средства;

4. Субъект, у которого имеются в наличии указанные серии лекарственных средств, согласно пункта 1 настоящего приказа, запрещенные к применению, реализации, подлежащие изъятию из обращения, в течение пяти календарных дней с момента получения информации сообщают территориальному подразделению по месту расположения о принятых мерах относительно выполнения указанного решения;

5. Производителю (его официальному представителю на территории Республики Казахстан) обеспечить сбор остатков лекарственных средств указанных серий, согласно пункта 1 настоящего приказа, с последующим их уничтожением согласно требованиям действующего законодательства.

6. Территориальным подразделениям с момента получения настоящего приказа:

1) в течение тридцати календарных дней с момента получения настоящего приказа принять меры по недопущению обращения на фармацевтическом рынке лекарственных препаратов указанных серий, согласно пункта 1 настоящего приказа;

2) принять меры по исполнению данного приказа.

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

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

Основание: обращение представительства Mucos Pharma CZ, S.R.O. в Республике Казахстан от 18 июля 2012 года №49.

Председатель **Б. Байсеркин**



ПРИКАЗ МИНИСТРА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН

№ 473

от 11 июля 2012 года

О признании утратившим силу приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 7 апреля 2005 года № 173 «Об утверждении Правил использования в медицинских целях наркотических средств, психотропных веществ и прекурсоров, подлежащих контролю в Республике Казахстан»

В соответствии с пунктом 1 статьи 21-1 Закона Республики Казахстан «О нормативных правовых актах», ПРИКАЗЫВАЮ:

1. Признать утратившим силу приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 7 апреля 2005 года № 173 «Об утверждении Правил использования в медицинских целях наркотических средств, психотропных веществ и прекурсоров, подлежащих контролю в Республики Казахстан» (зарегистрированный в Реестре государственной регистрации нормативных правовых актов Республики Казахстан 27 апреля 2005 года под № 3599, опубликованный Бюллетень нормативных правовых актов РК, октябрь 2005 г., № 19, ст. 178).

2. Комитету контроля медицинской и фармацевтической деятельности Министерства здравоохранения Республики Казахстан (Байсеркин Б.С.) в недельный срок со дня подписания настоящего приказа направить копию настоящего приказа в Министерство юстиции Республики Казахстан и обеспечить его официальное опубликование.

3. Настоящий приказ вводится в действие со дня его подписания.

Министр **С. Каирбекова**

УВЕДОМЛЕНИЕ

**о прекращении производства, дистрибуции и поставок препарата Нетромицин (негилмицин), раствор для инъекций 25 мг/мл, 2 мл, 100 мг/мл, 2 мл
Регистрационные номера: РК-ЛС-5-№003782, РК-ЛС-5-№004942**

Представительство американской фармацевтической компании «Шеринг-Плау Централ Ист АГ» в Республике Казахстан сообщает о прекращении производства, дистрибуции и поставок препарата Нетромицин, раствор для инъекций 25 мг/мл, 2 мл, 100 мг/мл, 2 мл с "01" августа 2012 г.

Решение компании о прекращении производства препарата Нетромицин, раствор для инъекций 25 мг/мл, 2 мл, 100 мг/мл, 2 мл основано на двух факторах: производственный процесс, который больше нельзя поддерживать, и факт наличия терапевтических альтернатив для утвержденных показаний. Решение о прекращении выпуска препарата Нетромицин, раствор для инъекций 25 мг/мл, 2 мл, 100 мг/мл, 2 мл не связано с качеством продукции или вопросами его безопасности.

При возникновении вопросов по поводу сложившейся ситуации пожалуйста обращайтесь в Представительство компании Шеринг-Плау Централ Ист АГ в Казахстане по адресу: г. Алматы, пр. Достык, 38, бизнес-центр "Кен-Дала", 5-й этаж.

УВЕДОМЛЕНИЕ

**о прекращении производства, дистрибуции и поставок препарата Гаразон (бетаметазон/гентамицин), капли глазные/ушные во флаконе-капельнице по 5 мл
Регистрационный номер: РК-ЛС-5-№003776**

Представительство американской фармацевтической компании «Шеринг-Плау Централ Ист АГ» в Республике Казахстан сообщает о прекращении производства, дистрибуции и поставок препарата Гаразон, капли глазные/ушные во флаконе-капельнице по 5 мл с "01" августа 2012 г.

Решение компании о прекращении производства препарата Гаразон, капли глазные/ушные основано на двух факторах: производственный процесс, который больше нельзя поддерживать, и факт наличия терапевтических альтернатив для утвержденных показаний. Решение о прекращении выпуска препарата Гаразон, капли глазные/ушные не связано с качеством продукции или вопросами его безопасности.

При возникновении вопросов по поводу сложившейся ситуации пожалуйста обращайтесь в Представительство компании Шеринг-Плау Централ Ист АГ в Казахстане по адресу: г. Алматы, пр. Достык, 38, бизнес-центр "Кен-Дала", 5-й этаж.



ХАЛЫҚТЫҢ ДӘРІ-ДӘРМЕК БОЙЫНША САУАТТЫЛЫҒЫН ҚАЛАЙ АРТТЫРАМЫЗ

Біздің бүгінгі өмірімізді дәрі-дәрмексіз елестету қиын, біздің үйреншікті құндылықтарымыздың қатарында олар сірә жеп жүрген нанымыздан кейін тұрады. Елдің фармацевтикалық нарығы жылдан жылға өсуде, дефицит уақыты өткен өмір еншісінде, таңдау бар – әлемнің барлық фармфирмалары «бізге қонаққа келуде», бірақ осы молшылық нәтижесінде жаңа мәселе туындады. Әнгіме қазіргі күні әркім «өз-өзіне дәрігер» болып жүргендігі туралы – науқастар дәрігер тағайындаған дәріні емес, көршілерінің, достарының, немесе интернеттен тауып алған препараттарды қабылдайды. Мемлекет басшысының «дәрілік» сауаттылықты арттыру бойынша шаралар кешенін қабылдауға шақырып отырғаны бекер емес.

Алайда оны арттыру үшін қандай шаралар қолдану қажет? Елдің фармацевтикалық нарығы әрбір қазақстандыққа пайдалы болуы үшін оның қызметін қалай реттеу керек? Дәрілік препараттарды қабылдау арқылы тәуекелге бара отырып, өз денсаулығына тәжірибе жасағанда адамдарды өз денсаулығына ең қымбат құндылығына қарайтындай етіп үйрету үшін не істеу керек? Осындай сауалдардың барлығын ҚР ДСМ «Дәрілік құралдарды, медициналық мақсаттағы бұйымдарды және медицина техникасын сараптау ұлттық орталығы» ШЖҚ РМК бас директоры А.И. НУРТАЕВҚА қойды.



? Арнур Исабаевич, Сіздің қарамағыңыздағы ДЗ айналымы саласындағы мемлекеттік сараптау ұйымы болып табылатын Дәрілік құралдарды, медициналық мақсаттағы бұйымдарды және медицина техникасын сараптау ұлттық орталығы мемлекеттік тіркеу кезінде қазақстандық фармацевтикалық нарыққа келіп түсетін препараттарды сараптаумен, олардың қауіпсіздігі мен сапасын бағалаумен айналысатыны мәлім, бұл дегеніміз жауапты әрі жеткілікті дәрежеде күрделі іс болып табылады. Бірақ соңғы уақыттары ДҚСҰ ағартушылық қызметпен де белсенді айналыса бастады – бұл жерде пресс-конференциялар, брифинглер және т.б. көптеп өткізілетін болды. Тағы бір байқағанымыз – Орталық «қалың

бұқараға» бұрыдғыдан гөрі ашыла түсті – бір жыл бұрын алматылық БАҚ сіздердің мекемелеріңізде қызығушылықпен ХҚО жұмысымен танысты, және бұл жаңалық келушілер тарапынан жоғары бағаланды. Ашыла салып ҰО сайты танымал болды, мұнда тұрғындарға бұрын қолжетімсіз болған препараттар туралы ақпарат табуға болады. Бұл немен байланысты?

– Біз Қазақстан Республикасының Президенті Н.Ә. Назарбаевтың елдегі фармацевтика саласының қызметкерлеріне берген тапсырмасын орындап отырмыз. «Қазақстанның әлеуметтік модернизациясы: Жалпыға бірдей Еңбек Қоғамына жиырма қадам» атты жаңа бағдарламалық мақалада Елбасы «халықтың «дәрілік»

сауаттылығын арттыру бойынша шаралар кешенін қабылдау» маңыздылығын атап өтті. Осыған орай ҚР Үкіметіне «дәрілік заттарды қолдануға қатысты халықтың хабардарлық деңгейін арттырудың ұтымды механизмдерін» енгізу тапсырылған.

? Кезінде, дәрі-дәрмек тапшылығын жою қажет болғанда, ДЗ импортына жағдай жасайтын заң-нама әзірленді және қабылданды. Бүгін мемлекет басқа проблеманы шешуде – бұл заманауи дәрілік препараттардың қалың бұқара топтарына қолжетімді болуы. Және де, әрине, әрбір азамат препарат туралы дұрыс ақпарат алуға



құқылы. Ол тек дәрігерлер мен фармацевттерге ғана емес, сондай-ақ Қазақстанның шеткергі аймақтарындағы дәрілік затты қабылдайтын әрбір тұтынушыға түсі-нікті болуы қажет.

Осы мақсатта ДҚ, ММБ және МТ сараптау ұлттық орталығында - дәрілік заттардың, медициналық мақсаттағы бұйымдардың және медицина техникасының мемлекеттік тіркелімі (реестр) орналасқан. Онда еліміздің аумағында медициналық қолдануға және өткізуге рұқсат етіліп Қазақстан Республикасында тіркелген отандық және шетелдік дәрілік заттар, медициналық мақсаттағы бұйымдар және медицина техникасы туралы толық ақпараттар шоғырланған.

❓ Расында, қазір Мемлекеттік тіркелім әркімге қолжетімді болды, бірақ қарапайым келуіде ненің не екенінің басын ашатын арнайы білімі жеткілікті ме?

— Бұл ақпаратқа қолжетімділік барынша жеңілдетілген. Сайтта тіркеудің қарапайым процедурасынан өту қажет, сайтты пайдаланушының — логині, паролі, email, ТАӘ, туылу мерзімі, жынысы, білімі, қызмет түрі, елі, қаласы бойынша тіркеу формасындағы жол толтырылады — осылайша ақпаратқа рұқсат ашылады! Дәрілік препарат бойынша егжей-тегжей ақпарат алу үшін «Мемлекеттік тіркеу» тарауын, «Препараттарды іздеу» тармағын таңдау қажет және жолға препарат атауын енгізу керек. Мысалға, «Ранисан». Және жүйе барлық қажетті ақпаратты шығарады — қайда және кім өндірген, оның сипаттамалары, ҚР аумағында рұқсат етілген қаптама макеті, қолдану жөніндегі нұсқаулығы, ҚР қауіпсіздігі мен сапасы бағалаудан өткен препарат серияларының номері және т.б. мұндай ақпаратты ала отырып кез келгеніңіз өзіңіз сатып алған және Мемтіркелімге кірген дәріні салыстыра аласыз. Сөйтіп, фармацевтикалық нарықта кездесуі ықтимал күдікті препараттардан өзіңізді қауіпсіздендіресіз. Бұл елдегі халықтың «дәрілік» сауаттылығын арттыру ісіне біздің қосқан үлесіміз деп білемін.

❓ Азаматтарға қажет көптеген пайдалы ақпарат бүгін де Интернетте ақылы. Ал біздің сайттағы жағдай қалай?

— Дәрілік заттар, медициналық мақсаттағы бұйымдар және медицина техникасы туралы барлық ақпарат біздің сайтта мүлде ақысыз. Сайт ашылған уақыттан, яғни 2008 жылдан бастап, сайтқа кіру екі миллион сегіз жүзден астам рет белгіленген. Күнделікті оған екі мыңға жуық адам кіреді. «Кері байланыс» орнату үшін тұрғындар біздің сайтымызды бағалап, өздерінің тілектерін айтуына болатын сұрақтар қойылған.

❓ Бір жыл бұрын Орталықта мини-ХҚО ашылды. Бұл өтінім берушінің, яғни дәрілік заттарды, медициналық мақсаттағы бұйымдарды және медицина техникасын жеткізушілердің ахуалын қаншалықты жеңілдетті? Олар бұрын кезекке, тіркеу өтінімдерінің ұзақ қаралуына және басқа да мәселелерге жиі шағымданатын.

— Бүгінгі күні өтінім беру процедурасы біршама оңайлана түсті. Сараптама жүргізу үшін құжаттар мен материалдар «бір терезе» деп аталып жүрген Орталықтың жұмыс орынжайларынан оңашаланған ғимараттың бөлек қапталында беріледі. Мұнда өтінім берушілерден препараттардың тіркеу құжаттар жинағы мен үлгілерін қабылдайтын сарапшылар, сараптама жүргізу бойынша шарттарды қабылдайтын, ресімдейтін және тапсыратын заңгерлер, ДЗ медицинада қолданылуы жөніндегі нұсқаулықтарын әзірлейтін аудармашылар, өтінім берушілермен хат алмасу жүргізетін канцелярия еңбек етеді. Енді мұнда кезек те, алдына ала жазылу да, әбігерлік те, шу да жоқ. Өтінім берушілердің Орталық сарапшыларына өтуіне мүлде рұқсат жоқ, олар телефон қоңырауларына, басқа да байланыстарға алаңдамай өз жұмыстарын орындай алады, бұл белгілі бір жемқорлық әрекеттің болмауына мүмкіндік береді. Бізде үздіксіз бейнебақылау орнатылған. Қазір біз «электронды кезек» жүйесін тәжірибеден өткізе отырып жүзеге асырудамыз, және жуырда, біздің сайтта алдын ала қабылдауға жазылып, өтінім беруші құжаттар тапсыруға өзіне ыңғайлы уақытты келісе алады. Сонымен қатар ол сайттағы жеке кабинет арқылы сараптаманың барлық кезеңдері бойынша ДЗ тіркеуге өз өтінімінің қозғалу маршрутын қадағалай алады, бұл үшін онымен арнайы келісім жасалады.

❓ Арнур Исабаевич, елдегі фармацевтика жұртшылығы бір уақыттары ұзақ әрі қызу түрде талқылаған мәселе бойынша сіздің көзқарасыңызды білгіміз келеді.

Белгілі бір препараттың елдегі фармацевтикалық нарықта пайда болуының алдында болатын процедуралардың қайсысын жеке құрылымдарға «кері сатып алуға» беруі мүмкін, ал қайсысын мемлекет тек өзіне қалдыруы қажет?

— Дәрі — бұл ерекше тауар, ол кез келген ел үшін стратегиялық маңызға ие, оның қолжетімділігі, сапасы және қауіпсіздігі тұрғындар өмірінің сапасына тікелей ықпал етеді. Сондықтан әлемдік тәжірибеде ішкі нарықтағы ДЗ айналымын бақылауды, ДЗ қауіпсіздігін, тиімділігін және сапасын анықтау бойынша мемлекеттік тіркеу кезіндегі сараптамалық жұмыстарды қамтамасыз етуде жетекші рөл тек қана мемлекет бақылауында болып табылады.

Біздің республикамызда ДЗ айналымы саласындағы қатынастар бойынша мемлекеттік реттеудің бір саласы болып мемлекеттік тіркеу табылады. Дәрілік препараттар айналымының барлық саласын реттеу бойынша шаралар үнемі қатулана түсуде, мұнда әлемдік стандарттарды — Тиісті өндірістік, клиникаға дейінгі, дистрибьюторлық және дәріханалық тәжірибе талаптарын өнгізу. ДЗ регламенттелген өндірісін, импортын, экспортын, сақталуын, бөлінуін, өткізілуін және олармен халықты жабдықтау үшін жауапкершілікті жеке құрылымдар емес, мемлекеттік органдар артады, және бұл дұрыс тәсіл. Ол дәрілік заттардың қауіпсіздік, тиімділік және сапа бойынша халықаралық стандарттарымен түйіседі.

Наталья ТОДОРОВА



**РАЗЪЯСНЕНИЯ ЗАКОНОДАТЕЛЬСТВА РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН
в отношении регистрации лекарственных средств, изделий медицинского назначения и медицинской
техники по поручению Комитета контроля медицинской и фармацевтической деятельности
Министерства здравоохранения Республики Казахстан (письмо от 10.08.2012 г. №15-1/2267)**

В соответствии с основными понятиями, установленными **Кодексом Республики Казахстан от 18 сентября 2009 года № 193-IV ЗРК «О здоровье народа и системе здравоохранения»** (далее - **Кодекс**):

- лекарственные средства - средства, представляющие собой или содержащие фармакологически активные вещества, предназначенные для профилактики, диагностики и лечения заболеваний, а также изменения состояния и функций организма: лекарственная субстанция, лекарственное сырье природного происхождения, лекарственные ангро- и балк-продукты, лекарственные препараты, медицинские иммуно-биологические препараты, парафармацевтики;

- биологически активные добавки - добавки к продуктам, предназначенные для улучшения состояния здоровья при регулярном их употреблении и содержащие в себе компоненты натуральных или идентичных натуральным биологически активных веществ с целью обогащения ими рациона питания человека;

- парафармацевтики - биологически активные вещества натурального происхождения или их синтетические аналоги в лечебных дозах, обладающие фармакологическим действием и направленные на профилактику заболеваний, вспомогательную терапию и регуляцию функциональной активности органов и систем;

- нутрицевтики - биологически активные добавки, в составе которых имеются различные заданные сочетания эссенциальных (незаменимых) пищевых компонентов (некоторые аминокислоты, витамины, минеральные вещества и микроэлементы, полиненасыщенные жирные кислоты, дисахариды и пищевые волокна), не превышающих их рекомендуемую суточную потребность;

- биосимиляр - воспроизведенное биологическое лекарственное средство, заявленное как подобное по качеству, безопасности и эффективности ранее зарегистрированному, эталонному инновационному биологическому лекарственному средству и имеющее сходное международное непатентованное название;

- лекарственные препараты биологического происхождения - препараты, содержащие биологические белки (гормоны, цитокины, факторы свертывания крови, в том числе низкомолекулярные гепарины, инсулины, моноклональные антитела, ферменты, колониестимулирующие факторы, препараты, созданные на базе клеток тканей, полученные с помощью генно-инженерных и гибридных технологий), а также биосимиляры;

- государственная регистрация лекарственного средства, изделий медицинского назначения и медицинской техники - процедура определения правомерности присутствия на фармацевтическом рынке, оценки безопасности, эффективности и качества лекарственного средства, изделий медицинского назначения и медицинской техники и внесение лекарственного средства, изделий медицинского назначения и медицинской техники на определенный срок в Государственный реестр лекарственных средств, изделий медицинского назначения и медицинской техники, осуществляемые в порядке, установленном уполномоченным органом.

В соответствии со статьей **71 Кодекса**:

Пункт 4. Государственной регистрации и перерегистрации подлежат произведенные в Республике Казахстан, а также ввозимые на ее территорию лекарственные средства, изделия медицинского назначения и медицинская техника, включая:

- 1) лекарственные препараты под торговыми наименованиями с указанием лекарственной формы, дозировки, фасовки;
- 2) балк-продукты лекарственных средств, ввозимые в Республику Казахстан;
- 3) новые комбинации ранее зарегистрированных в Республике Казахстан лекарственных средств с указанием лекарственной формы, дозировки, фасовки;
- 4) лекарственные средства, зарегистрированные ранее в Республике Казахстан, но произведенные другими организациями-производителями в других лекарственных формах с новой дозировкой, новой фасовкой, новой упаковкой, другим составом вспомогательных веществ, другим названием;
- 5) изделия медицинского назначения и медицинская техника с учетом их классификации в зависимости от степени потенциального риска применения в медицинских целях;
- 6) изделия медицинского назначения, предназначенные для диагностики вне организма человека, за исключением диагностических реагентов, не относящихся к медицинским иммунобиологическим препаратам, а также линзы контактные и для коррекции зрения.

Пункт 8. Государственной регистрации в Республике Казахстан подлежат лекарственные средства, изделия медицинского назначения и медицинская техника, зарегистрированные в стране-производителе.

Пункт 11. Обязательным условием государственной регистрации, перерегистрации, внесения изменений в регистрационное досье является проведение экспертизы лекарственного средства, изделия медицинского назначения и медицинской техники.

Экспертизу в проводит государственная экспертная организация в сфере обращения лекарственных средств, изделий медицинского назначения и медицинской техники (РГП на ПХВ «Национальный центр экспертизы лекарственных средств, изделий медицинского назначения и медицинской техники» МЗ РК).

Расходы, связанные с проведением экспертизы лекарственного средства, изделия медицинского назначения и медицинской техники при их государственной регистрации и перерегистрации, несут заявители.

Пункт 12. Государственной регистрации не подлежат лекарственные препараты, изготовленные в аптеках, изделия медицинского назначения, изготовленные в магазинах медицинской техники и изделий медицинского назначения, изделия медицинской оптики, изготовленные в магазинах оптики, а также лекарственные субстанции, произведенные в условиях Надлежащей производственной практики.

Пункт 13. Заявление о государственной регистрации и перерегистрации, внесении изменений в регистрационное досье лекарственного средства, изделий медицинского назначения и медицинской техники и (или) расходных материалов к ним подается в письменной форме разработчиком или производителем лекарственного средства, изделия медицинского назначения и медицинской техники, несущим ответственность за качество заявляемой продукции на всех этапах их продвижения, или их представителями.

К заявлению прилагается регистрационное досье, содержащее документы, перечень которых утвержден приказом Министра здравоохранения РК от 18.11.2009 года № 735 «Об утверждении Правил государственной регистрации, перерегистрации и внесения изменений в регистрационное досье лекарственного средства, изделий медицинского назначения и медицинской техники» (приложение 3 «**Перечень документов регистрационного досье, предоставляемых при государственной регистрации, перерегистрации лекарственных средств в Республике Казахстан**»).



КАКИЕ ВРАЧИ И ФАРМАЦЕВТЫ СЕГОДНЯ ВОСТРЕБОВАНЫ?

В рамках государственной программы развития здравоохранения РК «Саламатты Қазақстан» на 2011–2015 годы заложены цели, которые напрямую касаются каждого из нас, казахстанцев. Это увеличение продолжительности жизни, снижение материнской и младенческой смертности, болезней системы кровообращения, социально значимых заболеваний, доступность и качество медицинских услуг, безопасность лекарственных средств. Это как раз те самые «болевы́е точки» отечественного здравоохранения, которые мешают нам жить, которые становятся темами для раздирающих душу сюжетов на телевидении. Сегодня государство решило взяться за них всерьез, но остается открытым вопрос: кто будет реализовывать все намеченное? Ежегодный дефицит врачей в Казахстане – 5–6 тысяч человек, системе не хватает квалифицированного медперсонала среднего звена, мало в ней талантливых менеджеров здравоохранения.

Но самая большая кадровая проблема – это уровень квалификации людей в белых халатах.

Об этом говорится на всех проходящих в стране медицинских форумах – конгрессах, съездах врачей и провизоров, научно-практических конференциях, коллегиях отраслевого ведомства. Своей точкой зрения на этот счет поделился с участниками недавнего конгресса «Здоровье для всех» ректор старейшего медицинского вуза страны – КазНМУ им. С. Асфендиярова, доктор медицинских наук, профессор А.А. АКАНОВ.



О том, что существующая у нас система оплаты труда, мотивация, престиж врачей и средних медицинских работников остаются недостаточными, говорят практически все специалисты и представители общественности. Министерство здравоохранения в последние годы предпринимает очень серьезные шаги по решению этих проблем. Так, государственный заказ на подготовку врачей увеличен до 5 тысяч человек в год, проводится реформа высшего и среднего медицинского образования, создаются специальные программы дополнительного образования по наиболее актуальным темам современного здравоохранения, таким как первичная медико-санитарная помощь, болезни системы кровообращения, кардиохирургия, онкология и т.д.

Большие надежды мы связываем с разработанной и обсуждаемой сейчас Концепцией кадровой политики Минздрава РК. В ней получили отражение все основные кадровые проблемы отечественного здравоохранения. Намечены конкретные меры, как их решать, так что теперь мы движемся в правильном направлении.

Но, на мой взгляд, наряду с традиционными факторами кадровой политики: численность, структура, распределение, условия труда и т.д., нужно рассматривать эту проблему в первую очередь с точки зрения рынка труда медицинского работника.

Особенностью новой системы здравоохранения должно быть коренное преобразование культуры взаимоотношений на этом рынке труда. Именно он должен дать нам портрет нового медработника: как врача, так и среднего медицинского персонала. На этом рынке должны появиться новые лица, он должен соответствовать лучшим западным образцам. А что у нас получается? Медицинские технологии и знания развиваются ежедневно и ежечасно, а существующий рынок труда в здравоохранении нашей страны ничем не отличается от советского рынка. Те же лица, та же расстановка сил, те же традиции. Главные врачи, как правило, хорошие клиницисты, но они вынуждены заниматься всем, чем угодно, кроме врачевания. Их заместители, тоже врачи, и тоже выключены из этого процесса. И незаметный, бессловесный, находящийся у нас на вторых ролях средний медперсонал – это те медицинские сестры, которые в западных клиниках являются очень заметными фигурами.

Как известно, медицинское образование в развитых странах мира работает в зависимости от требований рынка труда, чутко реагируя на все нововведения и новые технологии. Новые специальности появляются от того, что они нужны потребителям медицинских услуг. К сожалению, наши медицинские организации не работают в такой плоскости со своим потребителем – населением. И потому не могут сформировать социальный заказ на нового врача и среднего медработника.

Как известно, высшее медицинское образование в нашей стране сегодня развивается в соответствии со Стратегией развития высшего образования Казахстана, и на сегодняшний день, по моему мнению, отстает от общего развития высшего образования страны на несколько лет. Так, например, лучшие отечественные вузы – КазНУ, ЕНУ и другие – вошли в рейтинг 500 самых лучших университетов мира, внедрили полностью кредитно-модульное обучение, имеют контакты и обмен студентами и ППС с 400–500 вузами мира, развивают мощную университетскую науку. Под крышами таких университетов функционируют десятки научно-исследовательских институтов и центров, создаются прорывные проблемные лаборатории и бизнес-инкубаторы.

Но еще дальше уходит Назарбаев Университет. Будущий врач-выпускник НУ – это врач-исследователь, работающий с самыми передовыми технологиями и внедряющий основы доказательной медицины в свою повседневную деятельность, это специалист международного уровня. Для нашей страны это – врач будущего. Даже самые передовые казахстанские вузы отстают по развитию от Назарбаев университета на 7–8 лет. И это большой стимул нам для работы! Мы, медицинские университеты, в настоящее время



делаем многое, чтобы это отставание нагнать.

Так, например, наш университет первым в стране перешел на компетентностно-ориентированное медицинское образование. Пытаемся сформировать своего выпускника по пяти компетенциям. Первое — дать знания хорошего международного уровня, второе — крепкую основу для медицинской практики. Третье — научить коммуникационным способностям, т.е. умению врача общаться с больным и его родственниками. Четвертая наша задача — дать выпускнику основу медицинского права. И наконец, научить его постоянно работать над совершенствованием своих знаний.

Эти принципы лежат в основе медицинского образования США, Европы, овладение ими позволит нашим выпускникам в будущем успешно конкурировать на международном уровне. Я глубоко убежден, что именно такой тип образования будет востребован в нашей стране и именно такой подход имеет перспективу в будущем. Сейчас мы пытаемся работать с работодателями, чтобы отшлифовать эти компетенции. Но, к сожалению, у нас очень ригидный рынок труда.

Что касается подготовки специалистов среднего звена для здравоохранения. К сожалению, начатые реформы в системе среднего медицинского образования, например, идеи 90-х годов о дифференцированной подготовке медицинских сестер (двух-, четырех- и шестилетнее образование) так и остались на бумаге. Мечта медсестры сегодня в нашей стране — не получение высшего сестринского образования, не защита докторской диссертации PhD по сестринскому образованию, о чем мечтает и что осуществляет медицинская сестра на Западе. Наши медсестры мечтают ... поступить в медицинский университет, чтобы стать «таким же врачом». К сожалению, понимание о равнозначности и равной важности врача и сестринского дела в нашей стране отсутствует полностью.

Таким образом, система медицинского образования на сегодняшний день живет сама по себе, а рынок труда медицинских работников живет сам по себе. Как же можно изменить ситуацию? Предпринятые в последние годы Министерством здравоохранения усилия по увеличению финансирования здравоохранения, заработной платы медицинских работников являются очень важными и нужными. И сейчас, на мой взгляд, наступило время нам всем задуматься, почему эти усилия не дают ожидаемого эффекта?

Мне кажется, главной идеей сегодняшнего дня является отход от жесткого

централизованного рынка труда к его более гибкой, рыночно ориентированной модели. Пришло время его либерализации, ведь невозможно дифференцировать и контролировать деятельность каждой медицинской организации и каждого медицинского работника. Должна быть определенная децентрализация и поднятие ответственности каждой медицинской организации и его руководителя. Сегодня за конечный результат деятельности системы здравоохранения отвечают Министерство здравоохранения и облздравы. Необходимо создать солидарную ответственность — на уровне каждой больницы, каждого лечебного учреждения, каждого врача и каждого среднего медицинского работника. Дифференцированная оплата труда, как гарант качества медицинских услуг, должна быть в определенной степени переложена на плечи медицинских организаций и медицинских учреждений. Первым серьез-

Если мы хотим спрашивать с врача «по полной программе», то должны освободить его от несвойственных функций и использовать его по прямому назначению.

На мой взгляд, это позволит сэкономить не менее 30–40% врачебных должностей.

Для этого необходимо серьезно пересмотреть Концепцию среднего медицинского образования как основу сестринского дела, перейти на многоуровневую подготовку среднего медперсонала, начиная от технического (2 года), среднего (4 года) и высшего сестринского образования.

нашим шагом в этом направлении, на мой взгляд, является относительная автономность медицинских организаций. И здесь Министерство здравоохранения проводит огромную работу по переводу казенных предприятий на предприятия на праве хозяйственного ведения — ПХВ. В прошлом году практически все руководители медицинских организаций, около полутора тысяч человек, прошли семинары по переходу на ПХВ. В результате на новый метод ведения хозяйства перешло... не более 10 процентов медорганизаций!

Почему же этого не произошло? В чем причины? Нежелание областных акиматов и облздравов дать относительную экономическую свободу медицинским организациям, боязнь потерять контроль? Робость и нежелание руководящего состава взять на себя ответственность, неготовность отвечать за свои результаты? Несоввершенство законодательной базы ПХВ? На эти вопросы надо быстрее найти ответы. Медицинские учреждения, работающие на условиях ПХВ, могут и должны сами распоряжаться заработанными деньгами, устанавливать дифференцированную оплату труда и думать о своем развитии. К сожалению, наш анализ показал, что подзаконными актами в виде документов Министерства финансов и

Министерства экономического развития и торговли самые главные цели ПХВ полностью нивелированы. Сегодня предприятия на ПХВ отличаются от казенных предприятий незначительно, всего на 10–15%. Имеет ли смысл в таком случае, считают многие руководители, затевать реформы? Имеет! Иначе мы никогда не выберемся из таких, к примеру, ситуаций, какие сложились в Южном Казахстане. В перинатальном центре этого региона происходит 40–45 родов ежесуточно (для сравнения — в Северном Казахстане их количество составляет 5–6). И там, и там два дежурных врача на 300 коек. Что можно спросить с южно-казахстанского врача при такой нагрузке? Число детей до 1 года, находящихся под присмотром одного участкового врача, в ЮКО доходит до 100–120, в СКО — 25–30. А нормативы одни и те же, и зарплата у этих врачей одинаковая.

Но если дать, в рамках общего бюджета, относительную свободу регионам и больницам, то эту проблему можно решить в рамках нормального предприятия на ПХВ.

Врач должен заниматься только врачебной деятельностью. Вся остальная медицинская деятельность должна быть переложена на плечи подготовленного среднего медперсонала. Мы видим из примера западных стран, что подготовленные медсестры могут руководить поликлиникой, детской консультацией, домом престарелых, хосписом, центром реабилитации, центром ПМСП и т.д.

Но если мы говорим, что врач должен заниматься врачебным делом, а медсестра сестринским делом, то всем остальным должны заниматься специально подготовленные люди — менеджеры здравоохранения. Для этого необходимо пересмотреть все функциональные обязанности. По этому блоку должна быть разработана программа подготовки менеджеров, экономистов, социальных работников и т.д.

Все это касается только основных проблем кадровой политики. Для их решения при нашем университете предполагается создать научно-практический ресурсный центр, который бы провел анализ законодательной, нормативной, правовой, экономической основы. Это будет первый этап по нововведениям на рынке труда медицинских работников. А на втором этапе необходимо создать экспериментальные площадки на областном, городском, районном, региональном уровнях систем здравоохранения. Думаю, энтузиасты найдутся и здесь, ведь пора уже от слов переходить к делу.

*Записала
Наталья ТОДОРОВА*



STADA: 10 ЛЕТ УСПЕХА



Редакция журнала «Фармация Казахстана» не смогла пройти мимо такого замечательного события — как 10-летие деятельности компании «Нижфарм» в Казахстане, и решила осветить на своих страницах историю ее успеха. Чтобы услышать историю из уст того, кто своим трудом ее создавал, мы встретились с Директором STADA CIS по Центральной Азии Ольгой Евгеньевной ЕМЦЕВОЙ.

? *Ольга Евгеньевна, российская компания «Нижфарм» на казахстанском рынке хорошо известна еще с советских времен. Многие знают вас как Штада Арцнайmittel (Германия). Можно ли небольшой экскурс в историю?*

— Предприятие «Нижфарм», основанное в 1919 году, работает на фармацевтическом рынке России уже более 90 лет. Все эти годы НИЖФАРМ последовательно проводит политику, нацеленную на создание эффективного и безопасного производства и достижение высоких стандартов качества продукции. В начале 2005 года компания НИЖФАРМ вошла в структуру международного холдинга STADA, в 2008 году был образован первый российский фармацевтический холдинг STADA CIS в составе международного концерна STADA.

В конце 90-х годов прошлого столетия фармрынок Казахстана начал активно развиваться. Руководством компании было принято решение выйти на рынки СНГ, и в 2002 году в Казахстане было открыто одно из первых представительств STADA в СНГ. На сегодняшний день STADA CIS дважды признана лучшим иностранным про-

изводителем лекарственных средств в Казахстане по результатам конкурса «Фармацевтическое созвездие». Это высокая оценка от фармацевтического сообщества. Ведь название компании STADA подтверждает немецкое качество (Standard Arzneimittel die Deutscher Apotheke буквально переводится как «Стандарт препаратов немецких аптек»).

? *Какую роль вы отводите совместному партнерству? Где находятся производственные площадки?*

— Слияние российского предприятия НИЖФАРМ с крупным международным концерном STADA — это первый опыт на постсоветском пространстве, подтвердивший перспективы развития и инвестиционную привлекательность российского рынка. Благодаря слиянию нам удалось укрепить позиции обеих компаний, расширить доступ на фармацевтические рынки России и стран СНГ, использовать в своей работе огромный опыт, накопленный STADA в области производства и организации системы обеспечения качества.

Наше представительство занимается продвижением продуктов объеди-

ненного портфеля Нижфарм и STADA, производственные площадки которых располагаются в Германии, Бельгии, Сербии и России.

? *Какими фармакотерапевтическими группами представлен сегодняшний портфель компании?*

— Портфель продукции STADA объединяет широкий спектр лекарственных средств различных терапевтических классов — гинекологии, урологии, ревматологии, дерматологии, стоматологии, терапии, проктологии. В настоящее время расширяем линейку препаратов кардиологического направления и противовирусных препаратов.

? *Расскажите, пожалуйста, подробнее о выпускаемой продукции (оригинальные препараты, дженерики).*

— Из зарегистрированных 100 наименований — 80% составляют брендовые дженерики STADA — это лекарственные средства, которые компания выпускает под собственными оригинальными названиями.

Изначально в сегменте брендовых препаратов STADA работала в Германии только на рынке безрецептурных препаратов и товаров для здорового образа жизни. На сегодняшний день продуктовый портфель брендовых продуктов STADA включает как рецептурные, так и безрецептурные продукты.

Мы делаем акцент на хорошо известные препараты, завоевавшие доверие потребителей, такие как Виталпрост, Хондроксид, Гексикон, Камистад, Гриппостад.

? *На выпуске оригинальной или генерической продукции Нижфарм делает акцент? И почему?*

— Мы компания дженериковая. В производственных компаниях холдинга STADA CIS создана и успешно функционирует одна из лучших среди российских производителей лекарственных средств система менеджмента качества. Все производственные площадки холдинга соответствуют международным стандартам GMP. Система менеджмента качества и окружающей среды сертифицирована по международным стандартам ИСО 9001:2008 и ИСО 14001:2004.



Нижфарм стал первой российской фармкомпанией, получившей сертификат GMP ЕС, позволяющий производить продукцию для стран Европейского союза.

Терапевтическая эффективность наших препаратов хорошо известна врачам и потребителям.

? *Как часто обновляется портфель? Насколько я в курсе, вы стали производить и БАДы? С чем это связано?*

— Ежегодно портфель расширяется за счет регистрации большой группы новых, современных и востребованных на казахстанском рынке препаратов. Так, в августе 2012 г. продуктовый портфель STADA в Казахстане пополнился еще одним препаратом — «Мар Форте» (назальный спрей для облегчения носового дыхания). Это единственный препарат, применяемый для лечения ринитов, содержащий одновременно ксилометазолин и морскую воду.

В России данный препарат, зарегистрированный под торговым названием «Снупл», занял вторую позицию по продажам в группе аналогичных препаратов, что подтверждает его высокую эффективность.

Мы производим также и косметическую продукцию. Это еще раз подтверждает, что компания динамично развивается и осваивает не только медицинскую, фармацевтическую, но и другие сферы.

? *Могли бы вы привести примеры самых успешных запусков лончей?*

— Самый успешный лонч — запуск препарата Лавомакс (противовирусный препарат, оказывающий иммуномодулирующий и иммуностимулирующий эффекты) в середине 2009 г., когда бушевал свиной грипп, и люди остро нуждались в препаратах, которые могли бы дать им уверенность и защищенность от страшного вируса.

Лавомакс — это уникальный препарат. Благодаря иммуномодулирующему действию применяется и в профилактических целях, и для лечения, т.к. способствует выработке собственных трех интерферонов (альфа, бета и гамма). Этот препарат улучшает защитные свойства организма, не давая возможности вирусу проникнуть внутрь организма. Хочу подчеркнуть, что Лавомакс вошел в стандарты лечения гриппа/ОРВИ и в Республиканский формулярный справочник.

? *Насколько, по-вашему мнению, значительна роль государства (РФ и РК) в развитии бизнеса Вашей компании?*

— И в России, и в Казахстане со стороны государства проводится огромная работа, направленная на улучшение системы здравоохранения: ежегодно увеличивается финансирование на лекарственное обеспечение, разрабатываются нормативные акты по определению перечня заболеваний и препаратов для льготного и бесплатного обеспечения, совершенствуется система регистрации лекарственных средств, которая сегодня близка к европейским стандартам. То есть делается все для улучшения здоровья населения и обеспечения качественными и безопасными лекарственными средствами. Наши препараты таковыми и являются. Все это благоприятно влияет на развитие нашей компании.

? *Ольга Евгеньевна, почему вы пришли работать в STADA?*

— У меня два высших образования — диплом провизора и MBA (КИМЭП). Имея возможность работать в иностранной фармацевтической компании, я смогла бы использовать полученные знания в медицинском институте и в КИМЭПе. Моя мечта сбылась. В 2002 г. руководство STADA доверило мне

Доверие к немецкому качеству подвигло меня искать работу именно в немецких фармкомпаниях. А педантичность немцев стала для меня неким эталоном, поэтому работая на любой позиции, я выкладывалась на все 100%.

открыть и возглавить Представительство в Казахстане. Пришлось начинать бизнес с нуля, но мы динамично расширялись, крепили и открыли еще 2 представительства в Центральной Азии — Узбекистане и Кыргызстане. С 2009 г. представительство в Казахстане возглавил мой коллега — Ержан Сарсембаев, который за короткий период смог профессионально построить команду маркетингового и SF отделов, я же перешла на должность Директора STADA CIS по Центральной Азии. В этом году мы празднуем 10-летие работы в Казахстане и уже на протяжении нескольких лет находимся в TOP-10 ведущих фармацевтических компаний.

? *Общаясь с Вашими коллегами не один год, слышала, что в вашей компании стабильный коллектив. Что делает фармацевтическую компанию привлекательным работодателем?*

— Директор компании выступает в качестве дирижера оркестра, собранного из большого количества специалистов с разными способностями и талантами. Если дирижер обеспечит

их отлично синхронизированную игру, результат, конечно, будет достигнут. Но не менее важен и человеческий фактор в бизнесе. Важна поддержка, уважение, доверительные отношения с сотрудниками.

Хочу подчеркнуть два момента, которые позволяют мне управлять командой достойнейших людей: я делаю все для того, чтобы сотрудник, работающий с нами в одной команде, становился ее неотъемлемой частью, и уже не мог так просто уйти. И второе — придерживаюсь открытой политики поощрения и критики по отношению к сотрудникам.

? *Ваша философия менеджмента? Кто такой современный менеджер в вашем понимании?*

— Все ценности компании — исторические традиции, высокое качество продукции и высококвалифицированный персонал — это фундамент, на котором основана репутация компании STADA.

Современный менеджер — это структурированный, организованный, продуктивный, работающий на результат лидер, способный возглавить, увлечь команду людей и вести их за собой к цели.

? *Ваша версия формулы успеха STADA?*

— Считаю, что основа успеха при достижении поставленных целей это, прежде всего, человеческие ресурсы.

Поэтому в стратегии развития STADA большое внимание уделяется персоналу, его обучению, развитию.

У нас организованы школы для медицинских представителей, региональных менеджеров. Сотрудники регулярно проходят обучение, повышают свою квалификацию по всем направлениям деятельности компании.

Значительное внимание мы уделяем корпоративной культуре и мотивации персонала. Итог этих усилий — профессионализм, современный уровень подготовки сотрудников и командный дух в работе.

? *Каковы новые цели STADA?*

— Расширить ассортимент качественных, эффективных и безопасных препаратов и сделать их более доступными для наших потребителей.

— Успехов вашей компании и благодарю за беседу.

Айгуль РАХМЕТОВА



А.М. МАЗБАЕВА

ГККП «Городская поликлиника №9», г. Алматы

ГОСУДАРСТВЕННАЯ ПРОГРАММА РЕФОРМИРОВАНИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РК НА 2011–2015 ГОДЫ «САЛАМАТТЫ ҚАЗАҚСТАН»



Основной целью госпрограммы «Саламатты Қазақстан» на 2011–2015 годы является улучшение здоровья граждан Казахстана и формирование конкурентоспособной системы здравоохранения для обеспечения устойчивого социально-демографического развития страны. Это, в свою очередь, предполагает реализацию нескольких направлений. А именно: повышение эффективности межсекторального и межведомственного взаимодействия по вопросам охраны здоровья граждан; усиление профилактических мероприятий, скрининговых исследований, совершенствование диагностики, лечения и реабилитации основных социально значимых заболеваний; совершенствование санитарно-эпидемиологической службы. Для реализации Государственной программы в 2010 году была внедрена Единая национальная система здравоохранения, признанная международной практикой обеспечения надлежащего качества и доступности медицинских услуг.

Прежде всего, она предусматривает свободный выбор пациентом врача и лечебного учреждения, формирование конкурентной среды и прозрачности процесса оказания медицинских услуг. Каждый гражданин будет иметь семейного врача и медицинскую сестру. Будет уделено внимание решению медико-социальных проблем (гигиена, питание, профилактика болезней и др.) на основе внедрения института социальных работников. Появи-

лась возможность бесплатно пройти полный профилактический осмотр в рамках Национальной скрининговой программы (сахарный диабет, анемия, онкозаболевания и др.), создана мобильная медицина и усилена санитарная авиация, которые дают возможность сельскому населению получить своевременную медицинскую помощь.

В ЕНСЗ огромное значение уделяется лекарственному обеспечению населения республики, которая является одной из важнейших задач государства. С 2011 года в соответствии с Кодексом Республики Казахстан «О здоровье народа и системе здравоохранения» (далее Кодекс) лекарственное обеспечение населения Республики Казахстан в рамках ГОБМП осуществляется бесплатно.

Лекарственные средства играют ключевую роль в профилактической медицине и лечении болезней, и развитие фармацевтического сектора имеет стратегическое, социальное и экономическое значение для Республики Казахстан.

Основными задачами лекарственной политики являются: обеспечение доступа населения страны к безопасным, эффективным и качественным лекарственным средствам; усиление государственного регулирования обращения лекарственных средств, в том числе государственного контроля над их производством, изготовлением, реализацией и рациональным использованием; дальнейшее развитие фармацевтической науки и использование ее достижений в практике; снижение импортозависимости, обеспечение приоритетности развития производства лекарственных средств на базе научных исследований отечественных ученых, развитие производства лекарственных средств, имеющих стратегическое значение; создание благоприятных условий для осуществления отечественных разработок новых лекарственных средств, в первую очередь используемых для лечения социально значимых заболеваний и заболева-

ний, представляющих опасность для окружающих; создание условий для перехода к международным стандартам качества лекарственных средств; совершенствование нормативной правовой базы, регулирующей обращение лекарственных средств; осуществление оптимизации системы управления, информации и контроля, ее функционирования в сфере обращения лекарственных средств с учетом международного опыта; международное сотрудничество и интеграция в мировой фармацевтический рынок; повышение квалификационного уровня специалистов.

Концепция лекарственной политики Республики Казахстан позволит решить имеющиеся проблемы данного сектора экономики путем усиления государственного регулирования рынка обращения лекарственных средств, дальнейшего развития отечественной фармацевтической и медицинской промышленности, обеспечить доступ к безопасным, эффективным и качественным лекарственным средствам, сбалансировать интересы всех участников фармацевтического рынка: потребителей, государства, предпринимателей, осуществляющих фармацевтический бизнес.

Основными пунктами реализации лекарственной программы являются:

1. Обеспечение доступа к лекарственным средствам
2. Развитие фармацевтической науки
3. Совершенствование нормативной правовой базы
5. Развитие системы государственных гарантий безопасности, эффективности и качества лекарственных средств
6. Осуществление рационального назначения и использования лекарственных средств.
7. Обеспечение участников фармацевтического рынка информацией о лекарственных средствах
8. Повышение квалификационного уровня специалистов.



Г.К. КАЗИЕВА

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

ЗАЩИТА ИНТЕЛЛЕКТУАЛЬНЫХ ПРАВ В РЕСПУБЛИКЕ КАЗАХСТАН

Проблема защиты интеллектуальной собственности сложна и многогранна. Защита интеллектуальной собственности законодательно закреплена в Республике Казахстан следующими нормативными правовыми актами:

▶ Евразийская патентная конвенция (г. Москва, 9 сентября 1994 г.) (ратифицирована Указом Президента Республики Казахстан от 18 июля 1995 г. №2364, вступила в действие с 5 ноября 1995 г.).

▶ Мадридское Соглашение о международной регистрации знаков (Мадрид, 14 апреля 1891 года; пересмотрено в Брюсселе 14 декабря 1900 г., в Вашингтоне 2 июня 1911 г., в Гааге 6 ноября 1925 г., в Лондоне 2 июня 1934 г., в Ницце 15 июня 1957 г., в Стокгольме 14 июля 1967 г. и изменено 2 октября 1979 г.) На Республику Казахстан действие данного Соглашения распространяется с 16 февраля 1993 г. в соответствии со специальной декларацией Премьер-министра Республики Казахстан, направленной в ВОИС. Общая и Административная инструкция по применению Мадридского соглашения о международной регистрации знаков и Протокола к нему (действуют с 1 апреля 2004 г.).

Соглашением определены требования к подаче заявок на регистрацию знаков в Международное бюро. Дано определение страны происхождения.

▶ Конвенция по охране промышленной собственности (Париж, 20 марта 1883 г.).

▶ Ниццкое Соглашение «О международной классификации товаров и услуг для регистрации знаков» (Ницца, 15 июня 1957 г.) (пересмотрено в Стокгольме 14 июля 1967 г., в Женеве 13 мая 1977 г. и изменено 28 сентября 1979 г.). Республика Казахстан присоединилась к Соглашению Законом РК от 16.11.01 г. № 258-ІІ. Соглашение вступило в силу для Казахстана 24 апреля 2002 г.

Соглашением определены страны, к которым применяется настоящее Соглашение и которые образуют Специальный союз и принимают единую классификацию товаров и услуг для регистрации знаков, принята Международная классификация; даны определения и языки

Международной классификации.

▶ Локарнское соглашение, устанавливающее международную классификацию промышленных образцов (Локарно, 8 октября 1968 г.). Республика Казахстан присоединилась к Соглашению Законом РК от 31 января 2002 г. № 291-ІІ. Соглашение вступило в силу для Республики Казахстан 7 ноября 2002 г.

▶ Страсбургское соглашение о Международной патентной классификации (Страсбург, 24 марта 1971 г.) принято в Республике Казахстан Законом от 16 ноября 2001 г. №257-ІІ. Соглашением признается Европейская конвенция о международной патентной классификации (Париж, 19 декабря 1954 г.).

▶ Закон Республики Казахстан от 16 июля 1999 г. №427-І «Патентный закон Республики Казахстан». Законом регулируются имущественные, а также связанные с ними личные неимущественные отношения, возникающие в связи с созданием, правовой охраной и использованием объектов промышленной собственности.

▶ Закон Республики Казахстан от 26 июля 1999 г. №456-І «О товарных знаках, знаках обслуживания и наименованиях мест происхождения товаров». Закон регулирует отношения, возникающие в связи с регистрацией, правовой охраной и использованием товарных знаков, знаков обслуживания и наименований мест происхождения товаров в Республике Казахстан.

▶ Постановление Правительства Республики Казахстан от 20 марта 2002 г. №345 «Некоторые вопросы совершенствования государственной системы защиты прав интеллектуальной собственности». Постановлением возлагаются функции уполномоченного государственного органа на Комитет по правам интеллектуальной собственности Министерства юстиции Республики Казахстан.

▶ Постановление Правительства Республики Казахстан от 11 июля 2002 г. №756 «О создании Республиканского государственного казенного предприятия «Национальный институт интеллектуальной собственности Комитета по правам интеллектуальной собственности Министерства юстиции Республики Казахстан». Основным предметом его деятель-

ности является осуществление производственно-хозяйственной деятельности в сфере науки по вопросам интеллектуальной собственности и осуществление деятельности в сферах по оказанию услуг в области охраны объектов промышленной собственности (отнесены к государственной монополии).

▶ Постановление Кабинета Министров Республики Казахстан от 11 ноября 1992 г. №949 «Об утверждении порядка выдачи охранных документов Республики Казахстан на изобретения, промышленные образцы, товарные знаки и знаки обслуживания, защищенные охранными документами СССР», которым прописываются требования для выдачи охранных документов Республики Казахстан на изобретения, промышленные образцы, товарные знаки и знаки обслуживания (далее товарные знаки) по охранным документам СССР, сроки, на которые выдаются патенты. При этом ходатайства для принятия решения подаются в Национальное патентное ведомство Республики Казахстан.

▶ Совместный приказ Министра юстиции Республики Казахстан от 9 апреля 2004 г. №97 и Министра индустрии и торговли Республики Казахстан от 6 апреля 2004 г. №80 «Об утверждении Правил проведения экспертизы на патентную чистоту техники и технологий при создании инновационных (венчурных) производств». Под действие приказа подпадают:

– объект техники – результаты и/или средства хозяйственной деятельности: промышленная продукция (машины, приборы, оборудование, материалы), другие виды промышленной продукции, объекты капитального строительства, научно-техническая продукция, штаммы микроорганизмов, технологические процессы, включая химические процессы, биотехнологические, сельскохозяйственные, медицинские препараты, способы лечения людей и животных;

– объекты промышленной собственности – изобретения, промышленные образцы, полезные модели, товарные знаки, наименования мест происхождения товаров.



► Приказ Министра юстиции Республики Казахстан от 24 февраля 2012 г. №88 «Об утверждении Правил по продлению срока действия инновационного патента и патента на изобретение, патента на полезную модель и промышленный образец». Приказом утверждены Правила по продлению срока действия инновационного патента и патента на изобретение, Правила по продлению срока действия патента на полезную модель, Правила по продлению срока действия патента на промышленный образец.

► Приказ Председателя Комитета по правам интеллектуальной собственности Министерства юстиции Республики Казахстан от 17 сентября 2004 г. №53-п «Об утверждении формы охранного документа и удостоверения автора объекта промышленной собственности».

► Совместный приказ Министра юстиции Республики Казахстан от 6 сентября 2004 г. №255, Министра иностранных дел Республики Казахстан от 1 сентября 2004 г. №08-1/206, Министра образования и науки Республики Казахстан от 1 сентября 2004 г. №708, Министра индустрии и торговли Республики Казахстан от 2 сентября 2004 г. №236 «Об утверждении Правил патентно-правовой экспертизы научно-технических проектов, реализуемых с использованием средств (грантов) иностранных и международных организаций».

► Инструктивное письмо Национального патентного ведомства Республики Казахстан от 20 декабря 1995 г. №6/3749 «Об исчислении начала срока действия охраняемых документов на изобретения и полезные модели по выделенным заявкам».

В сфере обращения лекарственных

средств, изделий медицинского назначения и медицинской техники утверждены:

► Совместный приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 9.09.2008 г. №482 и Министра юстиции Республики Казахстан от 30.06.2008 г. №180 «Об утверждении Правил взаимодействия государственных органов при государственной регистрации лекарственных средств и товарных знаков в РК». Приказ определяет порядок взаимодействия Министерства здравоохранения (Комитет контроля медицинской и фармацевтической деятельности) и Министерства юстиции (Комитет по правам интеллектуальной собственности МЮ РК) по обмену информацией с целью соблюдения прав и обязанностей заявителей при государственной регистрации лекарственных средств и регистрации товарных знаков в Республике Казахстан, упорядочения обмена информацией между уполномоченными органами, необходимый для правовой охраны объектов интеллектуальной собственности АС, ИМН и МТ.


► Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 18.11.2009 г. №735 «Об утверждении Правил государственной регистрации, перерегистрации и внесении изменений в регистрационное досье лекарственного средства, изделий медицинского назначения и медицинской техники». Приказом однозначно и четко регулируется процедура защиты прав интеллектуальной собственности на объекты промышленной собственности и средства индивидуализации участников гражданского оборота, товаров, работ и услуг на рынке Республики Казахстан как на этапе госу-

дарственной регистрации, так и во время обращения на рынке.



При нарушении прав интеллектуальной собственности владелец товарного знака или патента на лекарственное средство подает в судебные органы исковое заявление, копию которого с отметкой о приеме канцелярией суда вместе с заявлением и нотариально заверенной копией патента на объект промышленной собственности (зарегистрированные лекарственные средства, изделия медицинского назначения и медицинскую технику), представляет в Комитет контроля медицинской и фармацевтической деятельности для принятия решения о приостановлении действия регистрационного удостоверения до получения результатов судебного разбирательства.

При получении судебного решения государственный орган на этапе проведения экспертизы лекарственных средств отказывает в государственной регистрации или возобновляет процедуру экспертизы. В случае если лекарственное средство зарегистрировано — отзывает регистрационное удостоверение или возобновляет его действие.

От четкости и прозрачности работы механизма, обеспечивающего защиту интеллектуальной собственности, от совершенства правовых норм, регламентирующих создание эффективного правового барьера для недобросовестных конкурентов, которые готовы воспользоваться наработками других компаний, в незначительной степени зависит эффективность деятельности фармотрасли не только в настоящее время и ближайшем будущем, но и в отдаленной перспективе. 

А.А. УРКЕНОВА

Координатор МФПС по Турксибскому району, г. Алматы

АНАЛИЗ ВРАЧЕБНЫХ ОШИБОК

Врачебные ошибки – это неправильные действия или бездействие врача при исполнении своих обязанностей. Но при этом врачебные ошибки не являются следствием его недобросовестности и не содержат состава преступления или признаков проступка. Основным критерием врачебной ошибки является добросовестное заблуждение врача без элементов халатности, небрежности и профессионального невежества, вытекающее из определенных объективных условий.

К объективным причинам врачебных ошибок относятся кратковременное пребывание пациента в

клинике, тяжелое состояние больного, трудности диагностики из-за атипичного течения, недостатки материальных ресурсов и лекарственных средств, поздняя госпитализация.

Степень риска врачебных ошибок является управляемой и связана с квалификацией врача и неосторожным умышленным его действием, недоучетом или переоценкой клинических, лабораторных, и анамнестических данных, заключением консультантов, неполным запоздалым обследованием больного, недооценкой тяжести состояния больного. Эти дефекты могут быть

устранены при соответствующей организации лечебного процесса (усиление контроля, систематическое повышение квалификации, внедрение новых технологий).

Анализ структуры обращений граждан по данным Департамента Комитета контроля медицинской фармацевтической деятельности по г. Алматы (далее Департамент) за 2009–2010 гг. показал, что по-прежнему на первом месте остаются жалобы на некачественное оказание медицинской помощи (табл. 1). При этом, в 2010 г. количество жалоб на несвоевременно оказанную медицинскую помощь, приведшую к



летальному исходу, было зафиксировано в 2 раза больше, по сравнению с 2009 г. Однако из 16 обращений обоснованными были только 7.

По результатам анализа обоснованности обращений граждан Департаментом принимаются соответствующие меры (табл. 2).

С целью информационно-просветительской работы с населением в части качества оказания медицинской помощи в 2009 г. во всех территориальных Департаментах Комитета установлен Телефон доверия. По Телефону доверия 20% обращений граждан были связаны с жалобами на лоббирование интересов фармацевтических компаний, выписывание рецептов с рекламой того или иного препарата. Департаментом проведены проверки лечебных учреждений, по которым поступало наибольшее количество обращений по Телефону доверия. При внеплановой проверке выявлено, что на рабочем месте, в регистратуре и т.д. рекламировались лекарственные средства.

С целью оценки степени удовлетворенности населения качеством медицинских услуг проведен социологический опрос пациентов в медицинских учреждениях (табл. 3).

По данным разных авторов, 17–23% назначаемых врачами комбинаций лекарственных средств (ЛС) являются потенциально опасными, т.е.

могут повысить риск неблагоприятных побочных реакций (НПР). Хотя лишь у 6–8% больных, получающих потенциально опасные комбинации ЛС, развивается НПР. Полипрагмацию следует чаще всего рассматривать как признак недисциплинированного врачебного мышления. Необоснованное одновременное назначение нескольких лекарств обусловлено лечением больного у нескольких врачей. Нет преемственности между врачами. Часто больные попадают в порочный круг «каскада назначений». Пациенты должны быть предупреждены в случае, если у них появился новый симптом, сообщить об этом доктору.

К ошибкам медикаментозного лечения следует также отнести применение лекарств в неправильных дозировках (как повышенных, так и заниженных), нерациональную комбинацию лекарств, недоучет возможных побочных реакций. Каждый случай врачебных ошибок должен быть разобран в медицинских организациях, при этом обязательно соблюдение прав как врача, так и пациента (позволяющие пациенту получить качественную медицинскую помощь).

Внедрение системы ЕНСЗ (Единая национальная система здравоохранения) играет большую роль в улучшении доступа и качества медицинских услуг. Так, с внедрением

ЕНСЗ увеличилась удовлетворенность населения на 4,1%, лекарственное обеспечение – 9,9%, уменьшилось приобретение лекарственных средств, входящих в ГОМБП за счет собственных средств, на 3%.



Таким образом, можно заключить, что врачебная ошибка является одним из сложных, драматических, а иногда и трагических моментов врачебной деятельности. Но вместе с тем, врачебные ошибки являются наиболее противоречивым явлением осмысления медицинской практики.

В Республике Казахстан проблема гражданско-правовой ответственности медицинских учреждений и их работников за причинение вреда жизни или здоровью пациента является в настоящее время нерешенной. Для юридического понимания этой проблемы необходимо четко разграничивать врачебные ошибки и иные неблагоприятные исходы в медицине.


В настоящее время назрела необходимость в выработке однозначного подхода к определению врачебных ошибок для юридической квалификации действий врача. Очевидно, что он должен быть универсальным, однозначным и включать терминологию, соответствующую современному законодательству. 

Таблица 1. Структура обращений граждан

Обращения	2010 г.	РК	2009 г.	РК
На качество медицинских услуг	137 (65,%)	493 (73,4%)	168 (56,8%)	502 (75,1%)
На некачественную и несвоевременно оказанную медицинскую помощь с летальным исходом	16 (6,4%)	105 (15,6%)	8 (2,4%)	115 (18,1%)
Из них обоснованные обращения	7 (43,8%)		7 (87,5%)	

Таблица 2. Принятые меры по результатам анализа обоснованности обращений граждан

Меры	2010 г.	2009 г.
Находится на доследственной проверке	3	
Потеря органа в результате некачественно оказанной медицинской помощи (возмещен материальный ущерб)	1	2
Привлечены к административной ответственности	2	2
Отозваны категории	1	3

Таблица 3. Социологический опрос пациентов в медицинских организациях, %

Количество опрошенных пациентов	2009 г. (312)	2010 г. (211)
Удовлетворены качеством медицинской помощи	89	93
Удовлетворены лекарственным обеспечением	87	96
Приобретали лекарственные средства, входящие в ГОМБП, за счет собственных средств пациента	4	1
Назначались лекарственные средства в количестве более 8	7,3	4



А.А. НОГАЙБАЕВА, С.Н. ШИН

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

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ В ИЗУЧЕНИИ ФИЗИОЛОГИИ КЛЕТОК МЛЕКОПИТАЮЩИХ

Мақала дәрілік заттардың биологиялық сынақтарын қолжетімді жаңа әдістермен зерттеуге арналған. Осы мәтінде доклиникалық сынақтар тәжірибесіне клетка дақылдарын қолдану өте маңызды болып келетіні айтылады. Сонымен қатар бұл мақала патофизиологиялық реакцияларға және дәрілік заттардың әсер ету механизмінде маңызды орын алатын гистамин рецепторларын клетка дақылдарында зерттеуге бағытталған. Гистамин рецепторлары организмде кеңінен тараған және маңызды орын алады. Сол себептенде, олардың ацидоз жағдайларында әрекет етуі өзекті болып табылады. Осындай тәсілді пайдалану арқылы in vitro жағдайларында жасалған зерттеулердің нәтижелері in vivo көрсеткіштеріне жақындайды.

Article is devoted studying and working out of new accessible methods of biological tests of medical products. In the given context extremely important introduction in practice preclinical trials for cultures of cells. Given article is devoted studying of possibility of application of cultures of cells for research histamine receptors playing very important role in the mechanism of action of medical products and in pathophysiological reactions. Histamine receptors - one of the most widespread and important in an organism, therefore studying of their functioning in conditions acidosis is very actual. Use of such approach allows to approach as much as possible results of tests in vitro to indicators in vivo.

Важнейшим разделом биологии, как известно, до сих пор является физиология. История физиологии начинается в эпоху древности. Известны исследования в области физиологии древних египтян, знаменитого древнегреческого ученого Гиппократ, древнеримского врача и исследователя Клавдия Галена и т.д.

К настоящему времени достигнуты значительные результаты в исследовании физиологии млекопитающих в целом: установлена роль основных систем органов в жизнедеятельности организма млекопитающих и человека, закономерности их взаимодействия в условиях правильного функционирования и нарушения функций, что привело к революционным достижениям медицины. Однако до сих пор не изучены некоторые особенности физиологии, такие, например, как запуск неконтролируемого деления клеток, приводящий к опухолевому росту, возникновение мутаций, приводящих к нарушениям сборки нуклеиновых кислот и т.д.

В соответствии с этим особенно актуально изучение физиологических процессов на новом уровне — клеточном и молекулярном.

К настоящему времени достаточно хорошо изучено применение в различных биологических экспериментах клеточных культур /1/.

Они находят все более широкое применение в разных областях биологии и медицины. Их используют при решении таких общебиологических проблем, как выяснение механизмов дифференцировки и пролиферации, взаимодействия клеток со средой, адаптации, старения, биологической подвижности, злокачественной трансформации и др. Важную

роль играют клеточные культуры в биотехнологии при производстве вакцин и биологически активных веществ. Культуры клеток применяют для диагностики и лечения наследственных заболеваний, в качестве тест-объектов при испытании новых фармакологических веществ /2; 3/.

Одним из главных направлений в использовании клеточных культур представляется изучение механизма действия и скрининг различных биологически активных веществ, которые могут быть использованы в качестве лекарственных препаратов, детергентов, косметических средств, инсектицидов, консервантов и других продуктов, используемых в медицине и быту /4/.

Результаты, полученные на клеточных культурах, пока ещё нельзя экстраполировать на целый организм, но не вызывает сомнения, что если то или иное вещество оказывает повреждающее действие в нескольких линиях культивируемых клеток, то следует ожидать неблагоприятного эффекта и при введении этого вещества целому животному.

Помимо того что использование культуры клеток избавляет от страданий большое количество животных, применение в биологических исследованиях культур клеток человека позволяет достаточно достоверно оценивать непосредственное воздействие различных биологически активных веществ на организм человека.

Существенно, что при работе с культурами клеток в эксперименте используются здоровые клетки, и они сохраняют жизнеспособность в течение всего эксперимента. При опытах на целом животном состояние почек, например, можно оценить лишь в конце эксперимента, и к

тому же обычно лишь качественно /6/.

Обычно культуры клеток представляют собой генетически однородную популяцию клеток, растущих в постоянных условиях. Тем не менее, исследователь может изменять эти условия в определённых пределах, что позволяет ему оценивать влияние на рост клеток самых различных факторов — pH, температуры, концентрации аминокислот, витаминов и др. Чаще всего рост оценивают либо по увеличению числа или размеров клеток, либо по включению радиоактивных предшественников в клеточную ДНК. Важной особенностью клеточных исследований является возможность получения быстрого ответа /7/.

Эти реальные преимущества по сравнению с исследованиями на целых животных ставят клеточные культуры как экспериментальную систему в один ряд с традиционными подходами в физиологических исследованиях.

Более того, при работе с культурами клеток существенные результаты могут быть получены при использовании очень небольшого числа клеток. Эксперименты, требующие для выяснения того или иного вопроса использования 100 крыс или 1000 человек, могут быть с равной статистической достоверностью поставлены на 100 культурах на покровных стёклах. Таким образом, одна клетка может заменить целую клинику больных. Это является важным преимуществом, когда дело касается человека, и, кроме того, снимает многие этические проблемы, возникающие при необходимости использовать для эксперимента большую группу животных /8/.

Поскольку клетки в культуре легко доступны для различных биохимических манипуляций, то при работе с ними



Таблица

Качественная оценка	Количественная оценка
<p>Осматривают клетки через микроскоп, чтобы оценить изменения, например, изменение общей морфологии, вакуолизацию, расщепление, лизис клеток и целостность мембран. Отклонение от нормальной морфологии регистрируют в отчете об исследовании описательно (например, не обнаружено, небольшие изменения, средние и очень значительные) или цифрами (например, 0, 1, 2, 3). Описывает метод оценки в отчете</p>	<p>Измеряют количество погибших клеток, замедление роста клеток, пролиферацию клеток или образование колоний. Число клеток, количество белка, высвобождение ферментов, высвобождение витальной окраски, изменение подвижности клеток или другой измеримый параметр, который может быть количественно оценен при помощи объективных средств. Результаты регистрируют в отчете об исследовании</p>

радиоактивные предшественники, яды, гормоны и др. могут быть введены в заданной концентрации и в течение заданного периода. Количество этих соединений может быть на порядок меньше, чем при экспериментах на целом животном. Исчезает также опасность того, что исследуемое соединение метаболизируется печенью, запасается мышцами или экскретируется почками. При использовании клеточных культур, как правило, бывает нетрудно установить, что при определённой концентрации добавленного в культуру вещество находится в контакте с клетками в течение данного периода времени. Это обеспечивает получение реальных значений скорости

точной культуры, но не могут предотвратить ее конечной деструкции и гибели.

Различают линии и штаммы перевиваемых клеток. Первым термином обозначают перевиваемые клетки, характеризующиеся потенциальным бессмертием и, как правило, гетероплоидным кариотипом.

Вторым термином — полуперевиваемые клетки с диплоидным набором хромосом и ограниченной продолжительностью жизни *in vitro*. Появление и тех, и других клеток связано с процессом отбора в клеточной популяции первичных культур, являющихся, таким образом, источником всех линий и штаммов перевиваемых клеток.

Основное преимущество линий перевиваемых клеток, по сравнению с любой первичной культурой, состоит в возможности неограниченного размножения вне организма

и относительной автономности, сближающей их с бактериями и одноклеточными простейшими /11; 12/.

В биологических исследованиях культуры клеток обычно используют для прогнозирования различного рода негативных воздействий: прямого повреждающего действия на клетки в виде цитотоксичности, повреждающего действия на аппарат наследственности, аллериизирующего действия и т.д.

Результат обычно оценивают методом качественной или количественной оценки. /13/. Результаты оценки исследования сведены в таблице.

Таким образом, имеется много свидетельств об успешном применении клеточных технологий научных исследований и, в частности, в биологии и медицине. Однако нами не найдены исследования, посвященные изучению таких аспектов жизнедеятельности клеток млекопитающих в культурах, как функционирование клеточных рецепторов.

Между тем исследования в условиях *in vivo* свидетельствуют об основополагающей роли рецепторов биологически активных веществ в физиологии макроорганизма: именно они ответственны за регуляцию всех физиологических процессов во всех органах и системах, на-

чиная от центральной нервной, сердечно-сосудистой, иммунной системы до желудочно-кишечного тракта и других систем.

В связи с этим представляет огромный интерес изучение клеточной физиологии рецепторов основных нейромедиаторов, регулирующих наиболее важные функции организма, в частности, медиаторов симпатической и парасимпатической нервных систем и гистамина на культурах клеток /14/.

Следует отметить, что функционирование клеточных рецепторов симпатической и парасимпатической систем (норадреналина, адреналина, допамина, серотонина, ацетилхолина и др.) в большей или меньшей степени изучено методами электронной микроскопии, в условиях применения радиоизотопов и т.д. Зафиксированы морфологические изменения этих рецепторов в условиях различных воздействий и изменение электрофизиологических параметров клеточных мембран, связанное с вышеупомянутыми морфологическими изменениями.

Относительно гистамина известно, что данный нейромедиатор участвует в регулировании таких важных функций организма, как высшая нервная деятельность, деятельность сердечно-сосудистой системы, аллергические реакции /14/. Однако работы, касающиеся непосредственно функционирования клеточных рецепторов гистамина в культурах клеток нами не обнаружены. Между тем, как указывалось выше, физиологические исследования на клеточных культурах, являются очень ценным источником получения современных высокотехнологичных данных о функционировании внутриклеточных рецепторов. Учитывая важность рецепторов гистамина в физиологии организма млекопитающих и человека, очевидно, что изучение физиологии клеточных рецепторов гистамина в культурах клеток крайне важно для физиологии и биологии в целом и имеет большое значение для определения новых путей коррекции нарушений, вызванных дисфункцией гистаминовых рецепторов.

Список использованной литературы можно запросить в редакции.

Главное преимущество культивируемых клеток — это возможность прижизненного наблюдения клеток с помощью микроскопа /5/.

включения или метаболизма исследуемых соединений /9/.

В зависимости от методики первичной эксплантации ткани и техники ее культивирования различают несколько видов переживающих и растущих культур тканей и клеток. Наибольшее распространение имеют однослойные, а также суспензионные культуры растущих клеток. Именно они составляют основу современной лабораторной технологии клеточного уровня /10/.

Различают два основных вида однослойных клеточных культур: первичные и перевиваемые.

Термином «первичная» обозначают клеточную культуру, полученную непосредственно из тканей человека или животных в эмбриональном или постнатальном периоде. Срок жизни таких культур ограничен. По прошествии определенного времени в них возникают явления неспецифической дегенерации, что выражается в грануляции и вакуолизации цитоплазмы, округлении клеток, утрате связи между клетками и твердым субстратом, на котором они выращивались. Периодическая смена среды, изменение состава последней и другие процедуры могут лишь несколько увеличить сроки жизни первичной кле-



Б.К. САДВАКАСОВ

ГКП на ПХВ «Городская поликлиника», г. Кокшетау

РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКАЯ ЭКСПЕРТИЗА продольного плоскостопия в условиях городской поликлиники г. Кокшетау

Рентгенологическая экспертиза плоскостопия у лиц допризывного и призывного возрастов проводится согласно приказу МО РК №498 от 28.12.2009 г.

Основная часть исследований ложится на плечи городских и районных поликлиник. Рентгенограммы, произведенные в этих медицинских учреждениях, по качеству и методике проведения не соответствуют требованиям приказа МО РК №498 от 28.12.2009 г., что вызывает разночтения рентгенограмм рентгенологами, специалистами военно-врачебных комиссий. Если учесть, что экспертизу плоскостопия проводят на аналоговых рентгенаппаратах городов и районных центров: РУМ-20, РЕНТ-ГЕН-40, Аполло, Меркурий и др.

Отсутствуют стандартные промышленные приспособительные устройства.

В нашей поликлинике накоплен опыт применения приспособительного устройства для определения продольного плоскостопия, которое представляет собой ступеньки крыльца (1) из досок, по краю ступени расположен лист просвинцованной резины (2) высотой 13,5 см и шириной 34,5 см. Кассета располагается за свинцовой резиной и фиксируется.

Пациент становится исследуемой ногой на верхнюю ступеньку (3).

Рентгеновская трубка на расстоянии 1,5 м (для аппаратов типа «Меркурий»), ход лучей строго параллельно с центрацией на середину таранно-ладьевидного сустава.

Если аппараты с фотоэкспонетром, то надо переключиться на ручной режим работы. Режим подбирается к каждому Р-аппарату индивидуально.

После производства боковой рентгенограммы I стопы кассета переворачивается, обследуемый становится на другую ногу.

Надо учесть, что рентгенограммы производятся в положении стоя, к кассете прилегает медиальная сторона стопы.

Рентгенаппарат «Меркурий» переводится в противоположную сторону.

Благодаря этому мы на одной пленке производим рентгенограммы обеих стоп, что ведет:

- 1) к экономии рентгенопленки в два раза;
- 2) к экономии рабочего времени рентгенолаборанта, т.к. вместо двух пленок он обрабатывает одну пленку;
- 3) уменьшается риск утери рентгенограммы;

4) и самое главное, укладка более правильная и соответствует требованиям инструкции по рентгенообследованию призывников.

Нами проведен анализ рентгенодиагностики продольного плоскостопия у лиц допризывного и призывного возрастов по городу Кокшетау за 2011 год. Всего обследовано 626 лиц по вышеописанной методике (табл.).

Как видно из таблицы, степень плоскостопия определялась по каждой стопе отдельно и отдельно в случаях равных высот обеих стоп.

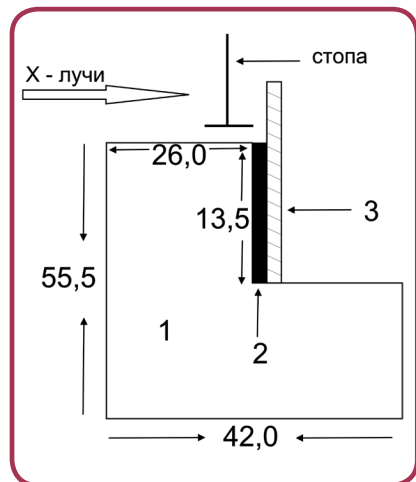
Следует отметить, что по нашим данным 25,3% от общего числа обследованных составляет симметричность поражения обеих стоп, т.е. разница высоты сводов несколько миллиметров. Обращает внимание тенденция роста плоскостопия у молодежи, 55,8% имеют II степень и 7,6% – III степень.

Слабовыраженный артроз и сужение таранно-ладьевидных суставов отмечены у 195 лиц (31,6%), в том числе равномерно обеих стоп 145 (23,5%). Умеренно выраженный артроз – в 23 случаях (3,5%), выраженный артроз – 41 случай (6,65%), в том числе обеих стоп – 33 (5,35%).

Экзостозы – в 6 случаях (0,97%). Таким образом, у 295 лиц обнару-

Таблица. Распределение по степеням плоскостопий

Степень плоскостопий	Правая стопа		Левая стопа		Двустороннее плоскостопие		Всего	
	число	%	число	%	число	%	число	%
№36-39 мм	1	0,2	1	0,2	3	0,5	4	0,4
I ст. 25-35 мм	173	28,1	163	26,5	58	9,4	231	37,5
II ст. 17-24 мм	260	42,2	260	42,2	84	13,6	344	55,8
III ст. менее 17 мм	27	4,38	36	5,8	11	1,8	47	7,6
Итого	461	74,7	460	74,7	156	25,3		





жены деформации стоп различной степени в виде артрозов, сужений и экзостозов, что составляет 47,01% от общего числа обследованных. Рентгенологические артрозы не определяются у 321 обследованного (52,1%).

Выводы

Положительные:

- 1) улучшение качества рентгенограмм;
- 2) практически отсутствуют претензии со стороны врачей городской

и областной военно-врачебных комиссий;

3) экономия рентгеновских пленок и рабочего времени рентгенолаборантов за счет приспособительного устройства.

Отрицательные:

- 1) отсутствие стандартных устройств для производства рентгенограмм стоп в боковой проекции в вертикальном положении;
- 2) отсутствие инструкции по опре-

делению степени плоскостопия детей в возрасте 9–15 лет (кадетский корпус, суворовское училище и т.д.);

3) разночтения данных рентгенограмм стоп врачами хирургического профиля (травматологами) и рентгенологами.

Список использованной литературы можно запросить в редакции.

Б.Д. ДУЙСЕНГОЖАЕВА

Поликлиника №17, г. Алматы

ЛУЧЕВАЯ ДИАГНОСТИКА ГРЫЖИ ПИЩЕВОДНОГО ОТВЕРСТИЯ ДИАФРАГМЫ

Грыжа пищеводного отверстия диафрагмы по своей частоте занимает второе-третье место среди заболеваний пищеварительной системы после язвенной болезни и холецистита. При проведении комплексного рентгенологического исследования верхних отделов пищеварительного тракта ГПОД выявляются в 28,9% случаев.

Диафрагмальные грыжи возникают при повышении внутрибрюшного давления, врожденном недоразвитии соединительнотканых структур пищевода и диафрагмы, эзофагите и др. Течение и осложнения грыжи пищеводного отверстия диафрагмы в тех случаях, когда заболевание не лечится, представляет собой череду обострений и ремиссий, и заканчивается осложнениями. Частота возникновения болей при грыже пищеводного отверстия диафрагмы у 40–50% пациентов, отрыжка – у 30–73% больных и процент осложнений – язвы пищевода встречается примерно в 8–10% случаев, у 5–7% больных выявлен рак пищевода, кровотечение – в 12–20%, что определяет актуальность данной проблемы.

Материал и методы

В течение отчетного периода в условиях поликлиники №17 г. Алматы в рентгенодиагностическом кабинете проведено полипозиционное контрастное исследование желудочно-кишечного тракта 50 больным с различной патологией. Из них выявлено гастритов – 21, рефлюкс эзофагитов – 9, язвенной болезни желудка – 12 и язвы пищевода – 5, грыжи пищеводного отверстия диафрагмы – 3 случая.

В настоящее время обычно не возникает трудностей при постановке диагно-

за. При выполнении рентгенографии удается точно определить расположение желудка относительно диафрагмы. Диагноз грыжи пищеводного отверстия типично устанавливается при помощи рентгенологического исследования пищевода с барием. При трансформации желудка в грудную полость на фоне органов грудной полости выявляется дополнительная тень. Существует два основных метода диагностики грыжи. Первый – это рентгеноконтрастное исследование желудка с барием. После наполнения барием желудок визуализируется на экране и при осмотре пациента стоя, а затем в горизонтальном положении, можно выявить перемещение желудка или его части.

Клиническое наблюдение: Больная Л., возраст – 55 лет. Клиника: Пациентка предъявляет жалобы на дисфагию, одышку при ходьбе, приступообразные боли, по поводу чего неоднократно обращалась к терапевтам и кардиологам. Болеет в течение многих лет. Направлена на исследование в связи с вышеуказанными жалобами.

Рентгенологическое исследование проведено по стандартной методике на рентгенодиагностическом аппарате Siemens.

Протокол рентгенологического исследования. Пищевод расширен. Справа кзади от сердечной тени в кардиодиафрагмальном пространстве определяется дополнительная тень, заполненная контрастной бариевой взвесью желудка, с трансформацией тела желудка в грудную полость. Рельеф складок слизистой сохранен, дистальный отдел желудка ригидный, выпрямлен, смещаемость ограничена. Наблюдается фиксированная грыжа пищеводного отвер-

стия диафрагмы. Справа в медиальной базальной зоне определяется снижение прозрачности легочной ткани. Рядом с сердечной тенью определяется дополнительная тень. Контрастирована часть желудка, проникающая в грудную клетку через расширенное пищеводное отверстие диафрагмы. В положении Тренделенбурга фиксируется пролабирование части желудка в грудную полость. В связи с этим проведено КТ-исследование органов грудной клетки: на КТ-сканах легочные поля несимметричные. Нижние отделы правого легкого деформированы, за счет грыжевидного выпячивания тела желудка из брюшной полости в области пищеводного отверстия диафрагмы в грудную полость. Ведущую роль в установлении диагноза грыжи пищеводного отверстия диафрагмы играют комплексные лучевые методы исследования. Основным диагностическим методом грыжи пищеводного отверстия диафрагмы и сопутствующего ей эзофагита является рентгенологический метод исследования. Процент выявления данного заболевания до 98,5%.

Таким образом, полипозиционное контрастное рентгенологическое исследование пациентов с различной патологией желудочно-кишечного тракта позволяет своевременно диагностировать грыжу пищеводного отверстия диафрагмы и провести адекватное консервативное лечение, направленное на предотвращение осложнений (эрозий и язв пищевода, кровотечения и анемии, рубцового сужения пищевода, рака пищевода) и улучшения самочувствия пациентов.

Список использованной литературы можно запросить в редакции.



И.Т. ШЕРТАЕВА

АО Филиал «Железнодорожные госпитали медицины катастроф»,
Шымкентская железнодорожная больница, г. Шымкент

ТЕРАПЕВТИЧЕСКАЯ КОРРЕКЦИЯ ДИСЦИРКУЛЯТОРНОЙ ЭНЦЕФАЛОПАТИИ ПРЕПАРАТОМ ГЛИАТИЛИН

Цереброваскулярные заболевания за последние годы становятся основной социальной-медицинской проблемой клинической неврологии. Дисциркуляторная энцефалопатия (ДЭ) – это синдром очагового или диффузного поражения головного мозга, проявляющийся целым рядом неврологических, нейропсихологических нарушений, связанной с хронической сосудистой мозговой недостаточностью и/или острыми нарушениями мозгового кровообращения. Возникновение острых эпизодов церебральной дисциркуляции может усугубить течение ДЭ /1; 2/.

Основные клинические признаки ДЭ столь же многообразны, сколь многообразны и варианты поражения головного мозга сосудистого генеза. Но все же среди них можно выделить два основных вида нарушений, нередко лежащих в основе инвалидизации пациентов. Это двигательные и когнитивные расстройства /4; 5/.

Двигательные расстройства полиморфны по своей феноменологии. В частности, это могут быть пирамидные расстройства, а также экстрапирамидные нарушения, чаще в виде гипокинезии в нижних конечностях (дрожание для данной категории больных не характерно). Также у больных с ДЭ могут выявляться атактические расстройства сложного генеза и псевдобульбарный синдром /3–6/.

Второй блок проблем связан с нарушениями высших психических функций у данной категории больных. В тяжелых случаях это довольно очерченные синдромы в виде: афазии, агнозии, апраксии, нарушения контроля и регуляции психической деятельности. В более легких случаях могут выявляться лишь нарушения, обусловленные замедлени-

ем скорости психических процессов, снижение внимания и памяти /5; 6/.

Переходя к рассмотрению терапевтических аспектов ДЭ, следует подчеркнуть, что важным является воздействие на этиологический фактор. Однако на практике это не всегда возможно. Вторичная профилактика сосудистой мозговой недостаточности включает использование лекарственных средств и хирургическое лечение (операции на магистральных сосудах головы при наличии соответствующих показаний). Это приводит к улучшению церебрального кровотока и метаболизма. Кроме того, проводится симптоматическая терапия /6; 7/.

В терапевтической коррекции дисциркуляторной энцефалопатии важное значение придается препаратам ноотропного действия. Среди препаратов, используемых в качестве ноотропов, выделяют так называемые «истинные ноотропы» (препараты, обладающие только ноотропным действием) и препараты «смешанного действия», оказывающие влияние как на церебральный метаболизм, так и на церебральный кровоток /6; 7/.

По последним литературным данным, одним из важнейших факторов, определяющих нейрональную деструкцию в условиях ишемии, является деградация фосфолипидов нейрональных мембран и, в первую очередь, фосфатидилхолина. При ишемии или травме головного мозга, токсическом воздействии, а также при физиологическом старении отмечается снижение содержания фосфолипидов в мозге, причем лимитирующими звеньями в этом процессе служат как ослабление биосинтеза, так и, в основном, усиление деградации фосфатидилхолина за счет активации ведущего фермента катаболизма фосфолипидов – фосфолипазы А2. Сегодня этот механизм снижения содержания фосфолипидов в мозге рассматривается как один из ведущих нейрохимических механизмов старения мозга и основной компонент поражения нейронов при различных формах цереброваскулярной патологии /8; 9/.

Другим важнейшим направлением стратегии нейропротекции в условиях ишемии следует назвать воздействие на нейромедиаторные системы мозга при различных формах цереброваскулярных заболеваний, в особенности, коррекции нарушений одной из ведущих медиаторных систем – холинергической. Поэтому возможность влияния на холинергический дефицит, возникающий при ишемии мозга, служит важным компонентом «идеального» нейропротектора /8; 9/.

Вот почему особый интерес вызвало изучение и клиническая апробация препарата, эффективно решающего проблемы нейропротекции – холина альфосцерата (Глиатилина). Препарат Глиатилин уникален своим механизмом действия на головной мозг, нейропротекторными свойствами, клинико-фармакологическими особенностями /8; 9/.

Глиатилин за счет своей химической природы и физиологичности механизмов действия является практически безопасным средством. Глиатилин не обладает какими-либо известными взаимодействиями с другими лекарственными препаратами, что позволяет широко применять его в рамках комплексной фармакотерапии в неврологии без какого-либо риска неожиданных побочных эффектов и повышает прогнозируемость и безопасность проводимого лечения /10; 11/.

Цель исследования – оценить терапевтическую эффективность Глиатилина при двигательных и когнитивных нарушениях у пациентов с ДЭ.

Используемые методы исследования: проводилась оценка двигательных нарушений при помощи стандартной формализованной шкалы Тинетти и специальных тестов, которые широко используются в практике, особенно при оценке состояния пожилых больных, и представляют собой ряд тестов, помогающих оценить отдельно стояние, равновесие в покое и ходьбу. Нейропсихологическое исследование проводилось при помощи стандартных



методик, оценивающих внимание, память, беглость речи и психомоторные функции.

Основную группу исследования составили 20 пациентов с ДЭ II – III стадии в возрасте от 47 до 72 лет (средний возраст – 61 год), получающие Глиатилин, который назначали 3 раза в день за 1 час до еды в течение 2-х месяцев. В контрольную группу исследования были включены 20 пациентов с ДЭ, аналогичного возраста, которые получали стандартную терапию.

Наиболее часто пациенты основной и контрольной групп предъявляли жалобы на головную боль, головокружение, снижение памяти, метеочувствительность и др. У 100% больных основной группы имелись когнитивные нарушения различной степени выраженности, у 59% – атаксия, у 21% пациентов – гипокинезии в нижних конечностях, у 47% – негрубые пирамидные нарушения, у 51% – псевдобульбарные расстройства.

Результаты исследования. По данным объективного тестирования двигательных нарушений у пациентов с ДЭ основной группы исследования после курса терапии увеличилась устойчивость в покое, улучшилась ходьба, а общий балл по шкале Тинетти стал значительно выше, по сравнению с группой контроля. Проведенное исследование выявило в основной группе пациентов улучшение психомоторных и мнестических функций (тест «тройки», проба с 10 словами). Кроме того, некоторые больные отметили улучшение настроения, снижение тревожности, уменьшение эмоциональной лабильности. Субъективно у пациентов уменьшилась выраженность и частота встречаемости головной боли, головокружения, шума в ушах, уменьшилась утомляемость. Больные реже стали предъявлять жалобы на снижение памяти. Серьезных побочных реакций на фоне проводимой

терапии не наблюдалось. Общая оценка терапевтической эффективности основной группы пациентов с ДЭ соответствовала выраженному эффекту.

В контрольной группе исследования как двигательные, так и когнитивные нарушения на фоне получаемой терапии регрессировали незначительно, потому результаты лечения были оценены как умеренные.

Таким образом, проведенное исследование показало, что Глиатилин обладает значительным положительным терапевтическим эффектом при ДЭ. У больных после курса терапии значительно улучшаются двигательные и когнитивные функции. Препарат может быть рекомендован для терапевтической коррекции как нейропсихологических, так и двигательных нарушений у пациентов с ДЭ. ✓

Список использованной литературы можно запросить в редакции.



БЕЗОПАСНОСТЬ ЛЕКАРСТВ

Применение левоцетиризина при беременности

Исследования безопасности применения левоцетиризина, проведенные на животных, не выявили прямого или опосредованного вредного эффекта на беременность, развитие эмбриона или плода, роды или постнатальное развитие.

Категория действия на плод по FDA - В (Изучение репродукции на животных не выявило риска неблагоприятного действия на плод, а адекватных и строго контролируемых исследований у беременных женщин не проведено).

Контролируемых клинических исследований по безопасности применения левоцетиризина гидрохлорида у беременных женщин не проводилось, поэтому при беременности следует назначать только в случае необходимости.

Левоцетиризин выделяется с грудным молоком, поэтому при необходимости его приема в период лактации грудное вскармливание следует прекратить.

Левоцетиризин - активный стабильный R-энантиомерцетиризина, относящийся к группе H1-антигистаминных средств.

По данным rxlist.com

Влияние монтелукаста на фертильность

По данным исследований *in vivo*, введение монтелукаста (Сингуляр) самкам крыс внутрь в дозе 200 мг/кг в сутки показало снижение фертильности и индексов плодовитости. Не отмечалось изменение фертильности и плодовитости при введении монтелукаста в дозе 100 мг/кг в сутки. Монтелукаст не оказывал влияния на фертильность самцов крыс в дозе, превышавшей 800 мг/кг в сутки.

*По данным pharmakonalpha.com
rxlist.com*



ПЕРЕЧЕНЬ ПРОДУКЦИИ, НЕ СООТВЕТСТВУЮЩЕЙ ТРЕБОВАНИЯМ НОРМАТИВНЫХ ДОКУМЕНТОВ (август 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
26.06.2012	PK-MT-5№006147	Бинт медицинский эластичный средней растяжимости 1 мх8 см	30322 размер партии 18 уп.	ООО «Витали», Украина	ОПС ТФ «НЦЭЛС» г. Атырау	Срок хранения
26.06.2012	PK-MT-5№006147	Бинт медицинский эластичный средней растяжимости 2 мх8см	30322 размер партии 16 уп.	ООО «Витали», Украина	ОПС ТФ «НЦЭЛС» г. Атырау	Срок хранения
26.06.2012	PK-MT-5№006147	Бинт медицинский эластичный средней растяжимости 4 мх8см	30342 размер партии 11 уп.	ООО «Витали», Украина	ОПС ТФ «НЦЭЛС» г. Атырау	Срок хранения
26.06.2012	PK-MT-5№006147	Бинт медицинский эластичный средней растяжимости 5 мх8см	30342 размер партии 17 уп.	ООО «Витали», Украина	ОПС ТФ «НЦЭЛС» г. Атырау	Срок хранения

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



БЕЗОПАСНОСТЬ ЛЕКАРСТВ

Взаимодействие изотретиноина с другими лекарственными средствами

На сайте www.rlsnet.ru в разделе "Взаимодействие лекарств" и в описании действующего вещества изотретиноин обновлена информация о его взаимодействии с другими ЛС. При одновременном применении изотретиноина с другими ретиноидами (в т.ч. с ацитретином, третиноином, ретинолом) увеличивается риск возникновения гипервитаминоза А. Поскольку тетрациклины увеличивают риск повышения внутричерепного давления, одновременное применение с изотретиноином противопоказано (сообщалось о нескольких случаях развития псевдоопухли мозга). Одновременное применение с ЛС, повышающими фоточувствительность (в т.ч. сульфонидами, тиазидными диуретиками), увеличивает риск возникновения солнечных ожогов.

*По данным rxlist.com
pharmakonalpha.com*