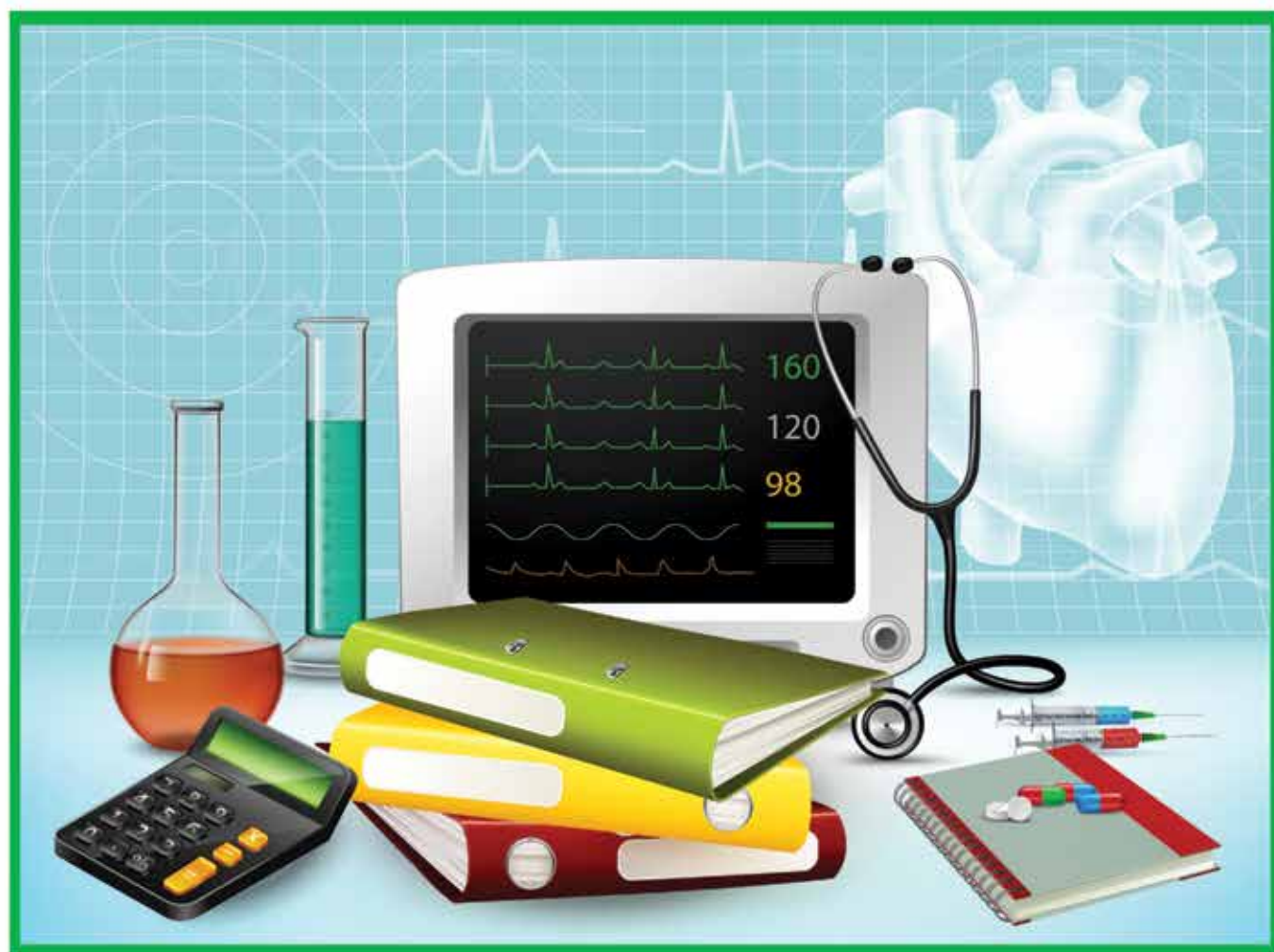


ФАРМАЦИЯ КАЗАХСТАНА



2017

9

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

ОСНОВНЫЕ РАЗДЕЛЫ:

- Законы и нормативные правовые документы, регламентирующие сферу обращения лекарственных средств.



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

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

ПОДПИСКА НА 2017 ГОД

Регион: **город**

1 месяц – 768,30
3 месяца – 2 304,90
6 месяцев – 4 609,80
12 месяцев – 9 219,60

Регион: **район/село**

1 месяц – 772,60
3 месяца – 2 317,80
6 месяцев – 4 635,60
12 месяцев – 9 271,20

ТАРИФЫ НА РАЗМЕЩЕНИЕ РЕКЛАМЫ:

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

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

При размещении рекламного модуля необходимо наличие разрешения на рекламу.

Оформить подписку можно в любом отделении связи республики (подписной индекс в каталоге АО «Казпочта» – 75888) или в территориальных филиалах и структурных подразделениях РГП «НЦЭЛС», в отделе распространения журнала в Алматы в течение всего 2016 г.

По вопросам оформления подписки, размещения научных статей и рекламных материалов обращаться

по телефонам: **8 (727) 273 35 84, 273 03 73.**

Факс: **8 (727) 273 63 80;**

mailto: pharmkaz@dari.kz, pharmkaz@mail.ru

Уважаемые наши читатели!

Осень – горячая пора для работников средств массовой информации и почтовых операторов: началась подписная кампания на газеты и журналы на 2018 год. Примечательно, что в кризисные годы возрастает интерес к специализированным изданиям. Это и понятно: в жесточайших условиях конкуренции на рынке труда спрос на высококвалифицированных специалистов остается неизменно высоким. Важно не только продуктивно трудиться и повышать свой профессиональный уровень, но и следить за новостями в области науки и практического здравоохранения. Поэтому просим вас, дорогие читатели, найти время и оформить подписку на наш журнал, который за 16 лет своего существования стал узнаваемым и востребованным не только у нас в стране, но и за ее пределами.

В силу своего статуса издание предназначено для публикации результатов исследований ученых в сфере здравоохранения и фармации, которые, несомненно, полезны всем, но в первую очередь – докторам и фармацевтам.

В сентябре началось широкое обсуждение одной из самых сложных проблем во многих странах мира – вакцинации детей. Информацию о том, что за последний год количество отказов от вакцинации выросло на 30 процентов, озвучил министр здравоохранения РК Елжан Биртанов на расширенном заседании Комиссии по правам человека при Президенте РК. Государство на проведение вакцинации ежегодно тратит огромные деньги – около 30 млрд тенге. Причины отказов от вакцинации детей, по словам министра, не в недоверии к качеству вакцин, а в личных либо религиозных убеждениях. Министр отметил, что для казахстанских детей закупаются вакцины, сертифицированные ВОЗ, российского, французского, индийского, японского, бельгийского, корейского и американского производства.

Опыт успешной вакцинации детей в результате реализации программы вакцинопрофилактики пневмококковой инфекции, которая стартовала в 2010 году, свидетельствует, что детская смертность в РК от пневмонии резко снизилась: детей до 1 года – в 2,7 раз, до 5 лет – в 1,3 раза. Это большое достижение национальной системы здравоохранения. Об этом говорили представители компаний GlaxoSmithKline и Pfizer в ходе открытых дебатов на тему «Рациональный выбор пневмококковых вакцин для программ вакцинопрофилактики в Казахстане». О том, что послужило поводом для дебатов в рамках Международной конференции по клинической фармакологии и фармации «Рациональное использование лекарственных средств», которая проходила в Астане, читайте в рубрике «Актуальная тема».

О пользе ежегодной профилактической вакцинации от гриппа рассказал общественности и главный санитарный врач страны Ж. Бекшин. С его рекомендациями вы можете познакомиться на страницах этого номера. Кстати, американские исследователи делают выводы, что вакцинация снижает риск смерти, ассоциированной с гриппом, на 51% среди детей высокого риска, на 65% – среди здоровых детей. Позиция же ВОЗ относительно сезонной вакцинации предельно проста: целью ее является защита уязвимых групп населения от тяжелого гриппоподобного заболевания.

Здоровья всем в хмурые осенние дни! Следуйте рекомендациям врачей и сохраняйте бодрость духа!

*Ф. СУЛЕЕВА,
заместитель главного редактора*

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

№9 (194) сентябрь • Издаётся с 2001 г.

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

WWW.DARI.KZ

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ

Р.М. Абдуллабекова (Казахстан)
Виталис Бриедис (Литва)
А.И. Гризодуб (Украина)
В.Л. Дорофеев (Россия)
А.З. Зурдинов (Кыргызстан)
Милан Земличка (Чешская Республика)
М.К. Мамедов (Азербайджан)
Е.В. Матвеева (Украина)
Б.К. Махатов (Казахстан)
И.А. Наркевич (Россия)
Д.А. Рождественский (Беларусь)
А.Б. Шукирбекова (Казахстан)
А.Н. Юнусходжаев (Узбекистан)

**ЗАМЕСТИТЕЛЬ
ГЛАВНОГО РЕДАКТОРА**

Ф.Э. Сулеева

СПЕЦИАЛИСТ

**отдела по международному сотрудничеству и
связям с общественностью**

А.Ж. Манатова

ДИЗАЙН И ВЕРСТКА

Г.Т. Албаева



АДРЕС РЕДАКЦИИ:

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

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ

Ш.А. Байдуллаева
У.М. Датхаев
П.Н. Дерябин
И.Р. Кулмагамбетов
Р.С. Кузденбаева
М.И. Дурманова
В.Н. Локшин
А.У. Тулегенова
А.Б. Саркенов
Ж.А. Сатыбалдиева

ОТПЕЧАТАНО В ТИПОГРАФИИ

ОО «Казахское общество слепых»
РК, г. Алматы, ул. Айша-биби, 259
Телефоны: 8 (727) 290 82 13, 290 83 82
Дата издания: 9.10.2017 г.
Тираж — 600 экз. Заказ №1017
Периодичность — 1 раз в месяц

ТЕРРИТОРИЯ РАСПРОСТРАНЕНИЯ

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

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

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

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

Подписной индекс: 75888

Ответственность за рекламу несет рекламодатель.

Мнение редакции может не совпадать с мнением автора.

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

СОДЕРЖАНИЕ

РЕСМИ БӨЛІМ	4
ОФИЦИАЛЬНЫЙ ОТДЕЛ	7
ПОИСК. ИССЛЕДОВАНИЯ. ЭКСПЕРИМЕНТ	
<i>К.М. МАДЕНБАЙ, К.Ж. САДЫКОВА, М.Б. ЖУНИСОВА, Г.О. НУСКАБАЕВА, А.А. ЕРГАЛИЕВА, Ш.У. СКЕНДИРОВА.</i> Обмен углеводов, липидов и вариабельность сердечного ритма.....	16
<i>Г.Н. АБИЛОВА, К.Ж. САДЫКОВА, А.А. АНАРБАЕВА.</i> Метаболический синдром и вариабельность сердечного ритма (литературный обзор).....	20
<i>С.Е. МОМБЕКОВ, У.М. ДАТХАЕВ, Е.К. ОРАЗБЕКОВ.</i> Maclura aurantica сығындысынан бөлініп алынған осайинның құрылысын NMR спектрімен анықтау.....	24
<i>С.И. ИБРАГИМОВА, К.С. БАБАЕВА, Ж.Н. ШАЛХАРОВА.</i> Характеристика ЭКГ отклонений у жителей Туркестанского региона в популяционном исследовании.....	27
ФАРМАЦЕВТИЧЕСКИЙ МАРКЕТИНГ	
<i>В.А. DOSZHANOVA, G.M. MAMASHEVA, D.A. KLEPIKOV, B.A. ALYBAYEVA, A. YEGINBAY, A.A. ATHAMOV.</i> Marketing analysis of the market of sedative medicines in Republic of Kazakhstan.....	31
<i>I.V. PESTUN, Z.M. MNUSHKO, U.M. DATKHAYEV.</i> Social, Ethical and Economic aspects of competition pharmacies.....	37
ОБЩЕСТВЕННОЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЕ	
<i>Е.Ф. САРУАРОВ, Г.О. НУСКАБАЕВА.</i> Түркістан ауданы тұрғындарының өмір сүру сапасының темекі шегушілікке байланысты салыстырмалы аспектілері.....	41
ВРАЧЕБНАЯ ПРАКТИКА	
<i>А.К. КАНЫБЕКОВ, С.А. МАЛЕНКОВА, А.М. ИСКИНДИРОВА.</i> Іш астарының жабысқақ ауруының алдын алу және емдеу мәселелері.....	45
АКТУАЛЬНАЯ ТЕМА	
Впервые в Казахстане состоялись открытые дебаты между представителями фармацевтических компаний GlaxoSmithKline и Pfizer.....	48

**ҚР ДСМ ФАРМАЦИЯ КОМИТЕТІНІҢ «АДАМ АЛЬБУМИНІ» (АЛЬБУМИН),
ИНФУЗИЯҒА АРНАЛҒАН ЕРІТІНДІ 10%, 200 МЛ, СЕРИЯ 70914, 010115,
500614, 2016 ЖЫЛҒЫ 8 СӘУІР КҮНГІ ҚР-ДЗ-5№000197 «ҚР ДСМ
РЕСПУБЛИКАЛЫҚ ҚАН ОРТАЛЫҒЫ» ШЖҚ РМК ӨНДІРГЕН ДӘРІЛІК ЗАТЫН
ҚОЛДАНУДЫ ЖӘНЕ ТАРАТУДЫ ТОҚТАТУДЫ АЛЫП ТАСТАУ ТУРАЛЫ»**

16 ТАМЫЗДАҒЫ 2017 ЖЫЛҒЫ №192 БҰЙРЫҒЫ

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау және әлеуметтік даму министрінің 2015 жылғы 27 ақпандағы №106 бұйрығымен бекітілген Дәрілік заттардың, медициналық мақсаттағы бұйымдар мен медициналық техниканың айналысына тыйым салу, оларды тоқтата тұру, айналыстан алып қою немесе шектеу қағидаларының 8-тармағының 1 абзацына сәйкес, БҰЙЫРАМЫН:

1. Дәрілік заттың айналысын қайта бастау жолымен ҚР ДСМ «Республикалық қан орталығы» ШЖҚ РМК өндірген. «Адам альбумині» (Альбумин), инфузияға арналған ерітінді 10%, 200 мл, дәрілік затының, 2016 жылғы 8 сәуірде берілген нөмірі ҚР-ДЗ-5№000197 тіркеу куәлігі, 770914, 010115, 500614 серияларының тоқтата тұру алынып тасталысын.

2. Осы бұйрықты Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Фармация комитетінің Алматы қаласы бойынша департаменті дәрілік заттың тіркеу куәлігінің иесіне хабарласын.

3. Осы бұйрықты Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Фармация комитетінің аумақтық бөлімшелері бес күнтізбелік күн ішінде:

Облыстардың, Алматы және Астана қалаларының Денсаулық сақтау басқармаларына. Облыстардың, Алматы және Астана қалаларының Кеңендік бақылау департаменттеріне, «СҚ-Фармация» ЖШС-қа;

бұқаралық ақпарат құралдары және арнайы баспа басылымдары арқылы фармацевтикалық қызмет субъектілеріне хабарласын.

4. Осы бұйрықтың орындалуын Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Фармация комитеті Фармацевтикалық инспекторат басқармасының басшысы Ж.К. Ордабековаға жүктелсін.

5. Осы бұйрық қол қойылған күнінен бастап күшіне енеді.

Негіздеме: эксперттік ұйымның оң сараптамасы (ҚР ДСМ «Дәрілік заттарды, медициналық мақсаттағы бұйымдар мен медициналық техниканы сараптау ұлттық орталығы» ШЖҚ РМК 2017 жылғы 11 тамыздағы №3.2-15/И-15062 хаты).

**Төрайым
Л. БЮРАБЕКОВА**

**ҚР ДСМ ФАРМАЦИЯ КОМИТЕТІНІҢ «ГЕПАСАН», ИНЪЕКЦИЯҒА
АРНАЛҒАН ЕРІТІНДІ, 5000 ХБ/МЛ, 5 МЛ, «ХИМФАРМ» АҚ ӨНДІРГЕН, 2015
ЖЫЛҒЫ 30 МАУСЫМДА БЕРІЛГЕН ТІРКЕУ КУӘЛІГІ ҚР-ДЗ-3№021501
ДӘРІЛІК ЗАТЫНЫҢ ТІРКЕУ КУӘЛІГІН КЛИНИКАЛЫҚ ЗЕРТТЕУЛЕРДІҢ
НӘТИЖЕСІН АЛҒАНҒА ДЕЙІН ТОҚТАТА ТҰРУ ТУРАЛЫ»**

21 ТАМЫЗДАҒЫ 2017 ЖЫЛҒЫ №194 БҰЙРЫҒЫ

Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау және әлеуметтік даму министрінің 2015 жылғы 27 ақпандағы №106 бұйрығымен бекітілген Дәрілік заттарға, медициналық мақсаттағы бұйымдар мен медициналық техникаға тыйым салу, оларды тоқтата тұру, айналыстан алып қою немесе шектеу қағидаларының 3-тармақтың 1) тармақшасына сәйкес, ел азаматтарының денсаулығы мен өмірін қорғау мақсатында, БҰЙЫРАМЫН:

1. «Гепасан» инъекцияға арналған 5000 ХБ/мл, 5 мл ерітінді өндіруші «Химфарм» АҚ Қазақстан Республикасы дәрілік затының 2015 жылғы 30 маусымда берілген нөмірі ҚР-ДЗ-3№021501 тіркеу куәлігі кли-

никалық зерттеулердің нәтижесіне алғанға дейін тоқтатылсын.

2. Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Фармация комитетінің Оңтүстік Қазақстан облысы бойынша Департаменті осы бұйрықты алған күннен бастап күнтізбелік үш күннің ішінде осы шешім туралы осы бұйрықтың 1-тармағында көрсетілген дәрілік затты мемлекеттік тіркеуге өтініш берушіге (тіркеу куәлігінің иесіне) жазбаша хабарласын.

3. Тіркеу куәлігінің иесі (өндірушілер, олардың Қазақстан Республикасы аумағындағы ресми өкілдері), немесе дистрибьюторлар осы шешімді алған сәттен бастап күнтізбелік он күнге дейінгі мерзімде осы бұй-

рықтың 1-тармағында көрсетілген қолданылуы тоқтатылған дәрілік затты бар субъектілерге осы дәрілік заттың медициналық қолданылуы уақытша тоқтатылғаны туралы хабарласын.

4. Қолданылуы тоқтатылған дәрілік затты бар субъектілер ақпаратты алған сәттен бастап күнтізбелік бес күннің ішінде орналасқан жері бойынша Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Фармация комитетінің аумақтық бөлімшелеріне көрсетілген шешімді орындауға қатысты қабылданған шаралар туралы хабарласын.

5. Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Фармация комитетінің аумақтық бөлімшелері:

1) осы бұйрықты алған сәттен бастап күнтізбелік бес күн ішінде осы бұйрықты бұқаралық ақпарат құралдары мен арнайы баспа басылымдары арқылы облыстардың, республикалық маңыздағы қалалардың және астананың денсаулық сақтауды мемлекеттік басқарудың жергілікті органдарына, дәрілік заттарды өндірушіге, дистрибьюторларға, «СҚ-Фар-

мация» ЖШС-не, сондай-ақ медициналық және фармацевтикалық қызметтерді жүзеге асыратын субъектілерге, және құзіреті бойынша басқа да мемлекеттік ұйымдарға жеткізсін;

2) осы бұйрықты алған сәттен бастап күнтізбелік отыз күннің ішінде осы бұйрықтың 1-тармағында көрсетілген дәрілік затты айналымнан шығаруға қатысты тиісті шаралар жүргізісін және күнтізбелік үш күннің ішінде уәкілетті органға хабарласын.

6. Осы бұйрықтың орындалуын өзім бақылаймын.

7. Осы бұйрық қол қойылған күнінен бастап күшіне енеді.

Негіздеме: Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігінің «Дәрілік заттарды, медициналық мақсаттағы бұйымдарды және медицина техникасын сараптау ұлттық орталығы» ШЖҚ РМК-ның 2017 жылғы 31 шілдедегі №3.2-15/И-14016 хаты.

*Төрайым
Л. БЮРАБЕКОВА*

ҚР ДСМ ФАРМАЦИЯ КОМИТЕТІНІҢ «ОСЫ БҰЙРЫҚҚА ҚОСЫМША КӨРСЕТІЛГЕН ТІЗІМГЕ СӘЙКЕС МЕДИЦИНАЛЫҚ МАҚСАТТАҒЫ БҰЙЫМДАРДЫҢ СЕРИЯЛАРЫН (ПАРТИЯЛАРЫН) МЕДИЦИНАЛЫҚ ҚОЛДАНУҒА, САТУҒА ТЫЙЫМ САЛУ ЖӘНЕ АЙНАЛЫМНАН АЛЫП ТАСТАУ ТУРАЛЫ»

18 ҚЫРКҮЙЕКТЕГІ 2017 ЖЫЛҒЫ №225 БҰЙРЫҒЫ

«Халық денсаулығы және денсаулық сақтау жүйесі туралы» Қазақстан Республикасы Кодексінің 71-бабының 17-тармағына, Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау және әлеуметтік даму министрінің 2015 жылғы 27 ақпандағы №106 бұйрығымен бекітілген Дәрілік заттарға, медициналық мақсаттағы бұйымдар мен медициналық техникаға тыйым салу, оларды тоқтата тұру, айналыстан алып қою немесе шектеу қағидаларының 2-тармағының 7) тармақшасына сәйкес, БҰЙЫРАМЫН:

1. Осы бұйрыққа қосымшада көрсетілген тізімге сәйкес медициналық мақсаттағы бұйымдардың сериялары (партиялары) медициналық қолдануға, сатуға тыйым салынсын және айналыстан алып тасталсын.

2. Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Фармация комитетінің Астана қаласы бойынша департаменті осы бұйрықты алған күннен бастап күнтізбелік үш күннің ішінде осы шешім туралы осы бұйрықтың 1-тармағында көрсетілген медициналық мақсаттағы бұйымдарды мемлекеттік тіркеуге өтініш берушілерге (тіркеу куәліктерінің иелеріне) жазбаша хабарласын.

3. Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Фармация комитетінің аумақтық бөлімшелері (бұдан әрі – Комитеттің аумақтық бөлімшелері):

1) осы бұйрықты алған сәттен бастап күнтізбелік бес күн ішінде осы бұйрықты бұқаралық ақпарат құралдары мен арнайы баспа басылымдары арқылы облыстардың, республикалық маңыздағы қалалардың және астананың денсаулық сақтауды мемлекеттік басқарудың жергілікті органдарына, дәрілік заттарды, медициналық мақсаттағы бұйымды өндірушіге (оның Қазақстан Республикасының аумағындағы өкіліне), дистрибьюторларға, «СҚ-Фармация» ЖШС-не, сондай-ақ медициналық және фармацевтикалық қызметтерді жүзеге асыратын субъектілерге, және құзіреті бойынша басқа да мемлекеттік ұйымдарға жеткізсін;

2) осы бұйрықты алған сәттен бастап күнтізбелік отыз күннің ішінде осы бұйрықтың 1-тармағында көрсетілген дәрілік заттарды айналымнан шығаруға қатысты тиісті шаралар жүргізісін және күнтізбелік үш күн ішінде Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Фармация комитетіне осы шешімді орындауға қатысты қабылданған шаралар туралы хабарласын.

4. Осы бұйрықтың 1-тармағында көрсетілген дәрілік заттар бар субъектілер ақпаратты алған сәттен бастап күнтізбелік бес күн ішінде орналасқан жері бойынша Комитеттің аумақтық бөлімшесіне осы шешімді орындауға қатысты қабылданған шаралар туралы хабарласын.

5. Тіркеу куәлігінің иелері немесе дистрибьюторлар (келісім бойынша):

1) осы бұйрықтың 1-тармағында көрсетілген медициналық мақсаттағы бұйымдардың қалдықтарын жинап алуды және кейіннен оны Қазақстан Республикасы заңнамаларының талаптарына сәйкес жоюды қамтамасыз етсін;

2) осы бұйрыққа қол қойылған күннен бастап бір ай мерзім ішінде орналасқан жері бойынша Комитеттің аумақтық бөлімшесіне осы тармақтың 1) тармақшасында көзделген шаралардың орындалуы туралы хабарласын.

6. Осы бұйрықтың орындалуын Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі Фармация комитеті Фармацевтикалық инспекторат басқармасының басшысы Ж.К. Ордабековаға жүктелсін.

7. Осы бұйрық қол қойылған күнінен бастап күшіне енеді.

Негіздеме: «Медтроник Казахстан» ЖШС-ің өз еркі себеппен кейбір серияларын қайтарып алу туралы 2017 жылғы 12 қыркүйектегі №391/17 хаты.

**Төрайым
Л. БЮРАБЕКОВА**

*Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі
Фармация комитеті төрайымының
2017 жылғы 18 қыркүйектегі
№225 бұйрығына
қосымша*

ТЫЙЫМ САЛУҒА ТИІС МЕДИЦИНАЛЫҚ МАҚСАТТАҒЫ БҰЙЫМДАРДЫҢ СЕРИЯЛАРЫНЫҢ (ПАРТИЯЛАРЫНЫҢ) ТІЗБЕСІ

№	Тіркеу куәлігінің нөмірі, берілген күні	Медициналық мақсаттағы бұйымның атауы	Өндіруші, елі	Тіркеу куәлігінің иесі, елі	Моделі, сериялық саны
1	ҚР-ММБ-5№006467, 18.07.2014 ж.	Medtronic MiniMed Paradigm Quick-Set инфузиялық жүйесі, моделі ММТ-396, ММТ-397, ММТ-398, ММТ-399, стерильді, бір рет қолданылатын №10	УноМедикал С.А. де СВ (Мехико), Мексика	Медтроник МиниМед, США	Модель ММТ-396: сериялық нөмірлер 5079873, 5093709, 5093714, 5105643, 5144491. Модель ММТ-397: сериялық нөмірлер 5108247, 5108248, 5108249, 5122060, 5137495, 5088355, 5078290, 5088352, 5093706, 5162171, 5151290, 5176013. Модель ММТ-398: 5079890, 5103306, 5144214. Модель ММТ-399: 5146728, 5105517, 5105520, 5108389, 5108382, 5108386, 5108383, 5108384, 5131670, 5146697, 5146701, 5146703, 5146699, 5146723, 5146728, 5146733, 5088364, 5088370, 5093739, 5093741, 5088379, 5088378, 5079041, 5088365, 5098085, 5114610, 5146728, 5164643, 5154360, 5154354, 5154359, 5154355, 5164648, 5170860, 5154358, 5154361, 5154357, 5154356, 5164642, 5164669.
2	ҚР-ММБ-5№012251, 19.12.2013 ж.	Medtronic Silhouette инфузиялық стерильді, бір рет қолданылатын жинағы, моделі ММТ-368, 381, 382, 383, 384, 369, 370, 377, 378	Уномедикал а/с, Дания	Медтроник МиниМед, США (дистрибьютор)	Модель ММТ-377: 5026475. Модель ММТ-378: 5011139, 5022903, 5042592, 5059937, 5083723, 5096431, 5103799, 5177839. Модель ММТ-381: 5047504, 5055338, 5083737, 5093616.

ҚҰРМЕТТІ ЖУРНАЛҒА ЖАЗЫЛУШЫЛАР!

«Фармация Казахстана» журналына «Қазпошта» АҚ кез келген бөлімшесінде жазылуға болады. Журнал туралы мәліметті Сіз қараша айындағы «Қазпошта» АҚ каталогына сегізінші қосымшадан (пошталық бағдарламада) таба аласыз (индексі 75888). Сондай-ақ, журналға жазылуды Дәрілік заттарды, медициналық мақсаттағы бұйымдарды және медицина техникасын сараптау ұлттық орталығында (Алматы қ., тел: +7 (727) 273 03 73), «Евразия Пресс» жазылу агенттігінде және «Эврика пресс» ЖШС рәсімдеуге болады. Шетелдік оқырмандар редакцияда журналдың электронды нұсқасына жазылуды рәсімдей алады.

2018 жылға басылым бағалары Алматы мен облыс орталықтарында бірдей.

ПРИКАЗ МИНИСТРА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН

«О ВНЕСЕНИИ ИЗМЕНЕНИЙ В ПРИКАЗ МИНИСТРА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН ОТ 14 ОКТЯБРЯ 2009 ГОДА №526 «ОБ УТВЕРЖДЕНИИ ПЕРЕЧНЯ ЗАБОЛЕВАНИЙ, ЛЕЧЕНИЕ КОТОРЫХ ЗАПРЕЩАЕТСЯ В НЕГОСУДАРСТВЕННОМ СЕКТОРЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ» №595 ОТ 9.08.2017 ГОДА

В соответствии со статьей 31 Кодекса Республики Казахстан от 18 сентября 2009 года «О здоровье народа и системе здравоохранения» ПРИКАЗЫВАЮ:

1. Внести в приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 14 октября 2009 года №526 «Об утверждении Перечня заболеваний, лечение которых запрещается в негосударственном секторе здравоохранения» (зарегистрирован в Реестре государственной регистрации нормативных правовых актов Республики Казахстан за №5847, опубликован в «Юридической газете» 24 ноября 2009 года за номером №179 (1776) следующие изменения:

в Перечне заболеваний, лечение которых запрещается в негосударственном секторе здравоохранения, утвержденном указанным приказом:

пункт 6 изложить в следующей редакции:

«6. Психические заболевания у лиц, совершивших уголовные правонарушения, признанных судом невменяемыми, которым определены принудительные меры медицинского характера в виде принудительного лечения в психиатрическом стационаре специализированного типа с интенсивным наблюдением, психиатрическом стационаре специализированного типа»;

пункты 7 и 9 исключить.

2. Департаменту организации медицинской помощи Министерства здравоохранения Республики Казахстан в установленном законодательством порядке обеспечить:

1) государственную регистрацию настоящего приказа в Министерстве юстиции Республики Казахстан;

2) в течение десяти календарных дней со дня государственной регистрации настоящего приказа направление его копии в бумажном и электронном виде на казахском и русском языках в Республиканское государственное предприятие на праве хозяйственного ведения «Республиканский центр правовой информации» для официального опубликования и включения в Эталонный контрольный банк нормативных правовых актов Республики Казахстан;

3) размещение настоящего приказа на интернет-ресурсе Министерства здравоохранения Республики Казахстан;

4) в течение десяти календарных дней после государственной регистрации настоящего приказа в Министерстве юстиции Республики Казахстан предоставление в Департамент юридической службы Министерства здравоохранения Республики Казахстан сведений об исполнении мероприятий, предусмотренных подпунктами 1), 2) и 3) настоящего пункта.

3. Контроль за исполнением настоящего приказа возложить на вице-министра здравоохранения Республики Казахстан Актаеву Л.М.

4. Настоящий приказ вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования.*

*Министр здравоохранения
Республики Казахстан
Е. БИРТАНОВ*

*Зарегистрирован в Министерстве юстиции Республики Казахстан 11 сентября 2017 года №15649.

ПРИКАЗ МИНИСТРА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РК

«ОБ УТВЕРЖДЕНИИ ПРАВИЛ ФОРМИРОВАНИЯ ОБЪЕДИНЕННОЙ КОМИССИИ ПО КАЧЕСТВУ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ И ПОЛОЖЕНИЯ О ЕЕ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ» №614 ОТ 17.08.2017 ГОДА

В соответствии с пунктом 3 статьи 11-1 Кодекса Республики Казахстан от 18 сентября 2009 года «О здоровье народа и системе здравоохранения» ПРИКАЗЫВАЮ:

1. Утвердить:

1) правила формирования объединенной комиссии по качеству медицинских услуг согласно приложению 1 к настоящему приказу;

2) положение о деятельности объединенной комиссии по качеству медицинских услуг согласно приложению 2 к настоящему приказу.

2. Департаменту организации медицинской помощи Министерства здравоохранения Республики Казахстан в установленном законодательством порядке обеспечить:

1) государственную регистрацию настоящего приказа в Министерстве юстиции Республики Казахстан;

2) в течение десяти календарных дней со дня государственной регистрации настоящего приказа направление его копии в бумажном и электронном виде на казахском и русском языках в Республиканское государственное предприятие на праве хозяйственного ведения «Республиканский центр правовой информации» для официального опубликования и включения в Эталонный контрольный банк нормативных правовых актов Республики Казахстан;

3) размещение настоящего приказа на интернет-

ресурсе Министерства здравоохранения Республики Казахстан;

4) в течение десяти рабочих дней после государственной регистрации настоящего приказа в Министерстве юстиции Республики Казахстан представление в Департамент юридической службы Министерства здравоохранения Республики Казахстан сведений об исполнении мероприятий, предусмотренных подпунктами 1), 2) и 3) настоящего пункта.

3. Контроль за исполнением настоящего приказа возложить на вице-министра здравоохранения Республики Казахстан Актаеву Л.М.

4. Настоящий приказ вводится в действие по истечении десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования.

*Министр здравоохранения
Республики Казахстан
Е. БИРТАНОВ*

*Приложение 1
к приказу Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 17 августа 2017 года
№614*

ПРАВИЛА ФОРМИРОВАНИЯ ОБЪЕДИНЕННОЙ КОМИССИИ ПО КАЧЕСТВУ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

ГЛАВА 1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

1. Настоящие Правила формирования объединенной комиссии по качеству медицинских услуг (далее – Комиссия) разработаны в соответствии с пунктом 3 статьи 11-1 Кодекса Республики Казахстан «О здоровье народа и системе здравоохранения» и регулируют порядок формирования Комиссии.

2. Комиссия является постоянно действующим консультативно-совещательным органом при Министерстве здравоохранения Республики Казахстан (далее – Министерство).

3. Комиссия создается для выработки рекомендаций по совершенствованию клинических протоколов, стандартов медицинского образования, лекарственного обеспечения, системы контроля качества и доступности услуг в области здравоохранения.

4. Комиссия состоит из представителей Министерств, Национальной палаты предпринимателей Республики Казахстан «Атамекен» и неправительственных организаций (далее – НПО).

От каждого НПО в состав Комиссии включается только один представитель.

5. Общее количество членов Комиссии составляет нечетное число. Представители НПО в составе Комиссии составляет не более половины от общего количества членов Комиссии.

6. Срок полномочий Комиссии составляет три года.

ГЛАВА 2. ПОРЯДОК ФОРМИРОВАНИЯ КОМИССИИ

7. Порядок формирования Комиссии состоит из следующих этапов:

1) публикация объявления о проведении отбора кандидатов в Комиссию;

2) прием документов от кандидатов в члены Комиссии;

3) создание рабочей группы по рассмотрению документов и отбору кандидатов в члены Комиссии;

4) рассмотрение рабочей группой документов кандидатов в члены Комиссии на соответствие требованиям, установленным в пункте 9 настоящих Правил;

5) вынесение рабочей группой рекомендаций по формированию состава Комиссии;

6) решение Министерства об утверждении состава Комиссии.

8. С целью отбора кандидатов в члены Комиссии Министерство размещает на интернет-ресурсе объявление с указанием почтового адреса, сроков подачи документов, адреса электронной почты.

9. После размещения объявления в течение семи рабочих дней кандидаты представляют в рабочую группу, которая осуществляет отбор кандидатов, следующие документы:

1) заявление в произвольной форме;

2) резюме, содержащее сведения о профессиональной и (или) общественной деятельности с указанием автобиографических данных, с фотографией и контактными данными (телефон, электронный адрес);

3) копии документа, удостоверяющего личность, диплома о высшем образовании (медицинское, экономическое, юридическое), документа, подтверждающего трудовую деятельность работника на руководящих должностях в сфере здравоохранения не менее 5 лет;

4) документ, подтверждающий отсутствие судимости, в том числе отсутствие судимости в совершении коррупционного преступления и (или) коррупционного правонарушения;

5) справки с психоневрологической и наркологической организации о состоянии/не состоянии на диспансерном учете по форме №035-2/у, утвержденные приказом исполняющего обязанности Министра здравоохранения Республики Казахстан от 23 ноября 2010 года №907 «Об утверждении форм первичной медицинской документации организаций здравоохранения» (зарегистрированный в Реестре государственной регистрации нормативных правовых актов за №6697).

10. Требования пункта 9 настоящих Правил не распространяются на сотрудников – представителей Министерств, являющихся кандидатами в члены Комиссии.

11. На заседаниях рабочей группы решения принимаются большинством голосов от числа присутствующих ее членов путем открытого голосования. В случае равенства голосов принятым считается решение, за которое проголосовал руководитель рабочей группы.

12. По результатам рассмотрения рабочая группа выносит рекомендации по утверждению состава Комиссии.

13. Министр здравоохранения Республики Казахстан либо лицо, исполняющее его обязанности, рассмотрев представленные рабочей группой рекомендации, выносит одно из следующих решений:

1) об утверждении состава Комиссии путем издания приказа;

2) об отказе в утверждении состава Комиссии.

В случае принятия решения, предусмотренного подпунктом 2) пункта 13 настоящих Правил, объявляется повторный отбор.

14. Министерство осуществляет замену своего представителя без процедуры отбора.

15. Члены Комиссии досрочно выходят из состава Комиссии, подав заявление в произвольной форме. В этом случае Министерство объявляет о проведении отбора в соответствии с пунктами 7,8,9,10 настоящих Правил.

16. В случаях отсутствия члена Комиссии на заседаниях более трех раз по неуважительной причине Министерство выводит его из состава Комиссии.

17. Создание или прекращение деятельности Комиссии утверждается приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан и размещается на интернет-ресурсе Министерства.

*Приложение 2
к приказу Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 17 августа 2017 года
№614*

ПОЛОЖЕНИЕ О ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ОБЪЕДИНЕННОЙ КОМИССИИ ПО КАЧЕСТВУ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

ГЛАВА 1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

1. Объединенная комиссия по качеству медицинских услуг (далее – Комиссия) является постоянно действующим консультативно-совещательным органом

при Министерстве здравоохранения Республики Казахстан (далее – Министерство).

2. Целью создания Комиссии является выработка рекомендаций по совершенствованию клинических протоколов, стандартов медицинского образования,

лекарственного обеспечения, системы контроля качества и доступности услуг в области здравоохранения.

3. Комиссия в своей деятельности руководствуется Конституцией Республики Казахстан, Законами Республики Казахстан и иными нормативными правовыми актами Республики Казахстан, а также настоящим положением о Комиссии.

ГЛАВА 2.

ЗАДАЧИ И ПРАВА КОМИССИИ

4. Основными задачами Комиссии являются:

- совершенствование клинических протоколов;
- совершенствование стандартов медицинского образования;
- совершенствование лекарственного обеспечения;
- совершенствование стандартов системы контроля качества и доступности услуг в области здравоохранения.

5. Комиссия для реализации задач:

- 1) создает комитеты для обсуждения и рассмотрения вопросов, входящих в компетенцию Комиссии;
- 2) взаимодействует с государственными и неправительственными организациями;
- 3) привлекает при необходимости независимых экспертов и представителей неправительственных и международных организаций, субъектов здравоохранения для проведения анализа, оценки и экспертизы по вопросам, регламентированным настоящим Положением.

ГЛАВА 3.

ОРГАНЫ КОМИССИИ И ПОРЯДОК ИХ РАБОТЫ

6. В состав Комиссии входят председатель, заместитель председателя, члены, секретарь.

7. Рабочим органом Комиссии является структурное подразделение Министерства, в компетенцию которого входят вопросы стандартизации медицинских услуг.

Рабочий орган в целях обеспечения деятельности Комиссии:

1) осуществляет организационно-техническое обеспечение работы Комиссии, в том числе готовит предложения по повестке дня заседания Комиссии, необходимые документы, материалы, которые направляет членам Комиссии за семь рабочих дней до проведения заседания Комиссии с приложением проекта протокола;

2) приглашает на заседания Комиссии представителей структурных подразделений Министерства, подведомственных и неправительственных организаций (по согласованию);

3) запрашивает необходимую информацию от структурных подразделений Министерства, подведомственных и неправительственных организаций.

8. Председатель Комиссии руководит ее деятельностью, председательствует на заседаниях Комиссии, планирует ее работу, осуществляет общий контроль над реализацией ее решений. Во время отсут-

ствия председателя его функции выполняет заместитель.

9. Повестка дня заседания формируется согласно утвержденному плану работы Комиссии на год. Дата, время и место проведения определяются председателем Комиссии.

10. Заседания Комиссии проводятся по мере необходимости, не реже одного раза в квартал.

11. Заседание Комиссии считается правомочным, если на нем присутствует не менее половины от общего числа членов Комиссии.

О невозможности присутствовать на заседании Комиссии по уважительной причине член Комиссии заблаговременно, не позднее одного дня, информирует председателя или рабочий орган Комиссии.

Заседания Комиссии проводятся в очном режиме и/или в режиме селекторной связи.

12. После проведения заседания Комиссии секретарь оформляет проект протокола. Секретарь является членом Комиссии и имеет право голоса при принятии решения.

13. Решение Комиссии принимается открытым голосованием и считается принятым, если за него проголосовало большинство членов от общего количества членов Комиссии, присутствующих на заседании. В случае равенства голосов принятым считается решение, за которое проголосовал председатель.

14. На заседаниях Комиссия принимает решения об одобрении или отказе в одобрении клинических протоколов диагностики и лечения, новых медицинских технологий, стандартов организации оказания медицинской помощи, медицинского образования, по вопросам лекарственного обеспечения, аккредитации и управления качеством медицинских услуг. Решения Комиссии носят рекомендательный характер.

15. Члены Комиссии принимают участие в деятельности Комиссии без замены.

16. По результатам проведения заседаний Комиссии и на основании голосования в течение трех рабочих дней составляется протокол, подписываемый председателем и секретарем.

17. Учет и хранение материалов и протокольных решений Комиссии с приложением материалов осуществляет рабочий орган Комиссии.

18. Протоколы заседаний размещаются на сайте Министерства не позднее 15 календарных дней со дня подписания.

19. В рамках деятельности Комиссии действуют постоянные комитеты, которые создаются для выработки предложений по конкретным проблемам и вопросам, отнесенным к их компетенции:

- формулярный комитет;
- комитет по стандартизации медицинских услуг и разработке клинических протоколов;
- комитет по оценке медицинских технологий;
- комитет по аккредитации и управлению качеством медицинских услуг;

комитет по модернизации медицинского образования и развитию кадровых ресурсов.

Количество членов комитетов составляет нечетное число.

20. Состав комитетов утверждается приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан. При необходимости для участия в работе комитетов привлекаются профильные эксперты без права голоса.

21. В состав комитетов входят руководитель, заместитель руководителя, члены и секретарь. Руководители комитетов входят в состав Комиссии.

22. Рабочим органом комитетов является подведомственная Министерству организация, утвержденная приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан.

23. Рабочий орган комитетов в целях обеспечения деятельности комитетов осуществляет организационно-техническое обеспечение работы комитетов, в том числе готовит предложения по повестке дня заседания комитета, необходимые документы, материалы, которые должны быть направлены членам комитета за десять рабочих дней до проведения заседания комитетов.

24. Руководители комитетов председательствуют на заседаниях комитета, планируют их работу, осуществляют общий контроль над реализацией их решений.

Заместитель руководителя в отсутствие руководителя проводит заседания комитета и выполняет возложенные на него руководителем функции. Секретари комитетов являются членами комитетов и имеют права голоса при принятии комитетами решения. Секретари комитетов определяются из числа представителей рабочего органа комитетов.

25. Заседания комитетов проводятся не позднее 10 календарных дней до заседания Комиссии, когда планируется рассмотрение вопроса в соответствии с компетенцией комитета.

26. Основные задачи и функции комитета по деятельности формулярной комиссии:

содействие в обеспечении населения и организаций здравоохранения безопасными, эффективными, качественными и доступными лекарственными средствами, изделиями медицинского назначения и медицинской техникой;

содействие в обеспечении качества и доступности лекарственных средств и изделий медицинского назначения;

поддержание и совершенствование лекарственного обеспечения через рациональное использование лекарственных средств и формулярную систему;

координация деятельности формулярных комиссий областей и организаций здравоохранения;

содействие внедрению доказательной медицины при фармакотерапии;

участие в разработке и согласовании национальных справочников для врачей по рациональному использованию лекарственных средств;

разработка рекомендаций по рациональному применению лекарственных средств;

содействие внедрению программы оценки использования лекарственных средств;

согласование списков лекарственных средств и изделий медицинского назначения в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи, системе обязательного социального медицинского страхования и Единого дистрибьютора;

рассмотрение и согласование рекомендаций по совершенствованию системы лекарственного обеспечения;

содействие этическому продвижению лекарственных средств с учетом критериев Всемирной организации здравоохранения и Европейского союза;

анализ международного опыта и национальных стандартов по фармакотерапии различных заболеваний, изучение научных доказательств клинической и экономической эффективности;

участие в разработке и согласовании целевых программ лекарственного обеспечения населения Республики Казахстан;

оказание консультативной и методической помощи формулярным комиссиям областей и организаций здравоохранения;

участие в разработке и согласовании списка аналоговой замены лекарственных средств.

27. Основные задачи и функции комитета по стандартизации медицинских услуг и разработке клинических протоколов:

выработка предложений по совершенствованию клинических протоколов;

совершенствование стандартов организации оказания медицинской помощи;

рассмотрение предложений по развитию и совершенствованию стандартизации здравоохранения, экспертной оценки и контроля качества медицинских услуг на основе доказательной медицины;

рассмотрение и согласование рекомендаций по внедрению и распространению инструментов стандартизации здравоохранения;

содействие внедрению принципов доказательной медицины в разработке клинических протоколов, рассмотрение и согласование рекомендаций;

разработка и совершенствование регламента по разработке клинических протоколов, рекомендаций по внедрению и распространению клинических протоколов и иных инструментов стандартизации в практическое здравоохранение;

проведение анкетирования по эффективности внедрения клинических протоколов;

анализ международного опыта по совершенствованию стандартизации здравоохранения;

разработка и внедрение целевых программ стандартизации здравоохранения Республики Казахстан;

оказание консультативной и методической помощи профессиональным медицинским ассоциациям в

разработке клинических протоколов и иных инструментов стандартизации здравоохранения.

28. Основные задачи и функции комитета по оценке медицинских технологий:

содействие развитию оценки медицинских технологий, как механизма управления качеством;

обеспечение процесса отбора наиболее эффективных медицинских услуг и лекарственных средств;

выработка научно обоснованных рекомендаций по применению медицинских технологий в Республике Казахстан;

согласование приоритизации медицинских технологий для обеспечения отбора и внедрения наиболее эффективных новых медицинских услуг/лекарственных средств в гарантированном объеме бесплатной медицинской помощи и системе обязательного социального медицинского страхования (далее – ГОБМП/ОСМС);

согласование процедур и методов оценки медицинских технологий и принятия решений, основанных на результатах оценки медицинских технологий;

согласование рекомендаций по оценке взаимозависимых и гибридных технологий для использования в рамках ГОБМП/ОСМС;

оценка воздействия на бюджет внедряемых технологий здравоохранения, в том числе лекарственных средств, изделий медицинского назначения, медицинской техники, медицинских процедур, хирургических операций и др.;

согласование рекомендаций оценки медицинских технологий для формирования списков лекарственных средств и изделий медицинского назначения в рамках ГОБМП/ОСМС;

согласование рекомендаций оценки медицинских технологий для отбора наиболее эффективных медицинских услуг (в том числе высокотехнологичных медицинских услуг);

содействие принятию решений и ведению переговоров о механизмах оплаты путем улучшения взаимодействия с заинтересованными сторонами (соглашение о разделении рисков, схемы облегченного доступа к пациентам, скидки);

формирование и регулярный пересмотр негативного перечня медицинских технологий.

29. Основные задачи и функции комитета по аккредитации и управлению качеством медицинских услуг:

содействие в улучшении системы аккредитации в сфере здравоохранения;

совершенствование системы внутреннего аудита и контроля качества медицинских услуг на уровне медицинской организации, управляющего органа (наблюдательный совет, совет директоров, управление здравоохранения) и некоммерческого акционерного

общества «Фонд социального медицинского страхования»;

участие в разработке и согласовании стандартов аккредитации в сфере здравоохранения;

участие в разработке и согласовании правил и порядка аккредитации в сфере здравоохранения;

разработка рекомендаций по совершенствованию документов системы внутреннего аудита и контроля качества медицинских услуг на уровне медицинской организации, управляющего органа (наблюдательный совет, совет директоров, управление здравоохранения);

разработка рекомендаций по совершенствованию документов системы контроля качества медицинских услуг на уровне некоммерческого акционерного общества «Фонд социального медицинского страхования»;

разработка предложений по совершенствованию перечня медицинской помощи в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи и системе обязательного социального медицинского страхования.

30. Основные задачи и функции комитета по модернизации медицинского образования и развитию кадровых ресурсов:

содействие повышению эффективности управления человеческими ресурсами в системе здравоохранения;

содействие совершенствованию методов планирования и прогнозирования потребности в кадровых ресурсах здравоохранения;

содействие совершенствованию методов планирования и финансирования подготовки и непрерывного профессионального развития кадров для системы здравоохранения.

содействие внедрению доказательной практики в систему развития человеческих ресурсов здравоохранения;

участие в разработке и согласовании программ, планов, методик и иных документов, регламентирующих вопросы развития человеческих ресурсов системы здравоохранения;

рассмотрение и согласование рекомендаций по совершенствованию методов планирования и прогнозирования кадровых ресурсов здравоохранения;

рассмотрение и согласование рекомендаций по совершенствованию методов планирования и финансирования подготовки и непрерывного профессионального развития кадров для системы здравоохранения;

оказание консультативной и методической помощи организациям здравоохранения по вопросам развития человеческих ресурсов здравоохранения.*

ПРИКАЗ КОМИТЕТА ФАРМАЦИИ МЗ РК №192

**«О СНЯТИИ ПРИОСТАНОВЛЕНИЯ ПРИМЕНЕНИЯ И РЕАЛИЗАЦИИ
ЛЕКАРСТВЕННОГО СРЕДСТВА «АЛЬБУМИН ЧЕЛОВЕКА» (АЛЬБУМИН), РАСТВОР
ДЛЯ ИНФУЗИЙ 10%, 200 МЛ, СЕРИЙ 70914, 010115, 500614,
РК-ЛС-5№000197 ОТ 8 АПРЕЛЯ 2016 ГОДА, ПРОИЗВОДСТВА РГП НА ПХВ
«РЕСПУБЛИКАНСКИЙ ЦЕНТР КРОВИ» МЗ РК» ОТ 16.08.2017 ГОДА**

В соответствии с абзацем 1 пункта 8 Правил запрета, приостановления, изъятия или ограничения из обращения лекарственных средств, изделий медицинского назначения и медицинской техники, утвержденных приказом Министра здравоохранения и социального развития Республики Казахстан от 27 февраля 2015 года №106, ПРИКАЗЫВАЮ:

1. Снять приостановление серий 70914, 010115, 500614 лекарственного средства «Альбумин человека» (Альбумин), раствор для инфузий 10%, 200 мл, производства РГП на ПХВ «Республиканский центр крови» МЗ РК, номер регистрационного удостоверения РК-ЛС-5№000197 от 8 апреля 2016 года, путем возобновления обращения лекарственного средства.

2. Департаменту Комитета фармации Министерства здравоохранения Республики Казахстан по городу Алматы довести настоящий приказ до сведения владельца регистрационного удостоверения лекарственного средства.

3. Территориальным подразделениям Комитета фармации Министерства здравоохранения Республики Казахстан в течение пяти календарных дней дове-

сти настоящий приказ до сведения:

управлений здравоохранения областей, городов Алматы и Астаны, департаментов государственных доходов МФ РК областей, городов Алматы и Астаны, ТОО «СК-Фармация»;

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

4. Контроль за исполнением настоящего приказа возложить на руководителя Управления фармацевтического инспектората Комитета фармации Министерства здравоохранения Республики Казахстан Ордабекову Ж.К.

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

Основание: Положительное заключение экспертной организации (письмо РГП на ПХВ «Национальный центр экспертизы лекарственных средств, изделий медицинского назначения и медицинской техники» от 11 августа 2017 года №3.2-15/И-15062).

*Председатель
Л. БЮРАБЕКОВА*

ПРИКАЗ КОМИТЕТА ФАРМАЦИИ МЗ РК №194

**«О ПРИОСТАНОВЛЕНИИ ДЕЙСТВИЯ РЕГИСТРАЦИОННОГО
УДОСТОВЕРЕНИЯ ЛЕКАРСТВЕННОГО СРЕДСТВА «ГЕПАСАН», РАСТВОР ДЛЯ
ИНЪЕКЦИЙ, 5000 МЕ/МЛ, 5 МЛ, ПРОИЗВОДСТВА
АО «ХИМФАРМ», РЕГИСТРАЦИОННОЕ УДОСТОВЕРЕНИЕ РК-ЛС-3№021501,
ВЫДАННОЕ 30 ИЮНЯ 2015 ГОДА, ДО ПОЛУЧЕНИЯ РЕЗУЛЬТАТОВ
КЛИНИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ» ОТ 21.08.2017 ГОДА**

В соответствии с подпунктом Г) пункта 3 Правил запрета, приостановления, изъятия или ограничения из обращения лекарственных средств, изделий медицинского назначения и медицинской техники, утвержденных приказом министра здравоохранения и социального развития Республики Казахстан от 27 февраля 2015 года №106, в целях защиты здоровья и жизни граждан страны, ПРИКАЗЫВАЮ:

1. Приостановить действие регистрационного удостоверения лекарственного средства «Гепасан», раствор для инъекций, 5000 МЕ/мл, 5 мл, производитель – АО «Химфарм», Республика Казахстан, выданного 30 июня 2015 года за номером РК-ЛС-3№021501,

до получения результатов клинических исследований.

2. Департаменту Комитета фармации Министерства здравоохранения Республики Казахстан по Южно-Казахстанской области в течение трех календарных дней со дня подписания настоящего приказа письменно известить о настоящем решении заявителя на государственную регистрацию лекарственного средства (владельца регистрационного удостоверения), указанного в пункте 1 настоящего приказа.

3. Владелец регистрационного удостоверения (производителю, его официальным представителям на территории Республики Казахстан) или дистри-

бьюторам в срок до десяти календарных дней с момента получения данного решения оповестить субъектов, имеющих в наличии лекарственное средство, согласно пункту 1 настоящего приказа, о приостановлении медицинского применения данного лекарственного средства.

4. Субъектам, имеющим в наличии приостановленное лекарственное средство, согласно пункту 1 настоящего приказа в течение пяти календарных дней с момента получения информации сообщить территориальному подразделению Комитета фармации Министерства здравоохранения Республики Казахстан по месту расположения о принятых мерах относительно выполнения указанного решения.

Территориальным подразделениям Комитета фармации Министерства здравоохранения Республики Казахстан:

1) в течение пяти календарных дней с момента получения данного приказа довести настоящее решение до сведения местных органов государственного управления здравоохранением областей, города республиканского значения и столицы, производителя лекарственного средства, ТОО «СК-Фармация»,

а также субъектов, осуществляющих медицинскую и фармацевтическую деятельность, и другие государственные органы по компетенции через средства массовой информации и специализированные печатные издания;

2) в течение тридцати календарных дней с момента получения данного приказа провести соответствующие меры к выявлению из обращения указанного лекарственного средства, согласно пункту 1 настоящего приказа, и сообщить в течение трех календарных дней в уполномоченный орган.

5. Контроль за исполнением настоящего приказа оставляю за собой.

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

Основание: Письмо Генерального директора РГП на ПХВ «Национальный центр экспертизы лекарственных средств, изделий медицинского назначения и медицинской техники» Министерства здравоохранения РК от 31.07.2017 года №3.2.-15/И-14016.

*Председатель
Л. БЮРАБЕКОВА*

ПРИКАЗ КОМИТЕТА ФАРМАЦИИ МЗ РК №225

«О ЗАПРЕТЕ МЕДИЦИНСКОГО ПРИМЕНЕНИЯ, РЕАЛИЗАЦИИ И ИЗЪЯТИИ ИЗ ОБРАЩЕНИЯ СЕРИЙ (ПАРТИЙ) ИЗДЕЛИЙ МЕДИЦИНСКОГО НАЗНАЧЕНИЯ СОГЛАСНО ПЕРЕЧНЯ, УКАЗАННОГО В ПРИЛОЖЕНИИ К НАСТОЯЩЕМУ ПРИКАЗУ» ОТ 18.09.2017 ГОДА

В соответствии с пунктом 17 статьи 71 Кодекса Республики Казахстан «О здоровье народа и системе здравоохранения», подпунктом 7) пункта 2 Правил запрета, приостановления, изъятия или ограничения из обращения лекарственных средств, изделий медицинского назначения и медицинской техники, утвержденных приказом министра здравоохранения и социального развития Республики Казахстан от 27 февраля 2015 года №106, ПРИКАЗЫВАЮ:

1. Запретить медицинское применение, реализацию и изъять из обращения серии (партии) изделий медицинского назначения согласно перечня, указанного в приложении к настоящему приказу.

2. Департаменту Комитета фармации Министерства здравоохранения Республики Казахстан по городу Астана в течение трех календарных дней со дня получения настоящего приказа письменно известить о настоящем решении заявителей на государственную регистрацию изделий медицинского назначения (владельцев регистрационных удостоверений), указанных в пункте 1 настоящего приказа.

3. Территориальным подразделениям Комитета фармации Министерства здравоохранения Респуб-

лики Казахстан (далее – территориальные подразделения Комитета):

1) в течение пяти календарных дней с момента получения данного приказа довести настоящее решение до сведения местных органов государственного управления здравоохранением областей, города республиканского значения и столицы, производителей изделий медицинского назначения (их представителей на территории Республики Казахстан), дистрибьюторов, ТОО «СК-Фармация», а также субъектов, осуществляющих медицинскую и фармацевтическую деятельность, и другие государственные органы по компетенции через средства массовой информации и специализированные печатные издания;

2) в течение тридцати календарных дней с момента получения данного приказа провести соответствующие меры по изъятию из обращения изделий медицинского назначения, указанных в пункте 1 настоящего приказа, и сообщить в течение трех календарных дней в Комитет фармации Министерства здравоохранения Республики Казахстан о принятых мерах по выполнению данного решения.

4. Субъектам, имеющим в наличии изделия медицинского назначения, указанные в пункте 1 настоящего приказа, в течение пяти календарных дней с момента получения информации сообщить территориальному подразделению Комитета по месту расположения о принятых мерах по выполнению данного решения.

5. Владельцам регистрационных удостоверений или дистрибьюторам (по согласованию):

1) обеспечить сбор остатков изделий медицинского назначения, указанных в пункте 1 настоящего приказа, с последующим их уничтожением согласно требованиям действующего законодательства Республики Казахстан;

2) в месячный срок со дня подписания настоящего приказа сообщить территориальному подразделению Комитета по месту расположения об исполнении

мероприятий, предусмотренных подпунктом 1) настоящего пункта.

6. Контроль за исполнением настоящего приказа возложить на руководителя Управления фармацевтического инспектората Комитета фармации Министерства здравоохранения Республики Казахстан Ордабекову Ж.К.

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

Основание: письмо ТОО «Медтроник Казахстан» от 12 сентября 2017 года №391/17 об отзыве некоторых серий изделий медицинского назначения в добровольном порядке.

**Председатель
Л. БЮРАБЕКОВА**

*Приложение
к приказу Председателя Комитета фармации
Министерства здравоохранения Республики Казахстан
от 18 сентября 2017 года
№225*

ПЕРЕЧЕНЬ СЕРИЙ (ПАРТИЙ) ИЗДЕЛИЙ МЕДИЦИНСКОГО НАЗНАЧЕНИЯ, ПОДЛЕЖАЩИХ ЗАПРЕТУ

№	Номер регистрационного удостоверения, дата выдачи	Наименование изделия медицинского назначения	Производитель, страна	Владелец регистрационного удостоверения, страна	Модель, серийные номера
1	РК-ИМН-5№006467, 18.07.2014 г.	Система инфузионная Medtronic MiniMed Paradigm Quick-Set: модель ММТ-396, модель ММТ-397, модель ММТ-398, модель ММТ-399 стерильная, однократного применения №10	УноМедикал С.А. де СВ (Мехико), Мексика	Медтроник МиниМед, США	Модель ММТ-396, серийные номера 5079873, 5093709, 5093714, 5105643, 5144491. Модель ММТ-397, серийные номера 5108247, 5108248, 5108249, 5122060, 5137495, 5088355, 5078290, 5088352, 5093706, 5162171, 5151290, 5176013. Модель ММТ-398, серийные номера 5079890, 5103306, 5144214. Модель ММТ-399, серийные номера 5146728, 5105517, 5105520, 5108389, 5108382, 5108386, 5108383, 5108384, 5131670, 5146697, 5146701, 5146703, 5146699, 5146723, 5146728, 5146733, 5088364, 5088370, 5093739, 5093741, 5088379, 5088378, 5079041, 5088365, 5098085, 5114610, 5146728, 5164643, 5154360, 5154354, 5154359, 5154355, 5164648, 5170860, 5154358, 5154361, 5154357, 5154356, 5164642, 5164669.
2	РК-ИМН-5№012251, 19.12.2013 г.	Инфузионный набор Medtronic Silhouette (модели ММТ-368, 381, 382, 383, 384, 369, 370, 377, 378) стерильный, однократного применения	Уномедикал а/с, Дания	Медтроник МиниМед, США (дистрибьютор)	Модель ММТ-377: 5026475. Модель ММТ-378: 5011139, 5022903, 5042592, 5059937, 5083723, 5096431, 5103799, 5177839. Модель ММТ-381: 5047504, 5055338, 5083737, 5093616.

сентябрь, 2017

МРНТИ: 76.29.29

МАДЕНБАЙ К.М.¹, САДЫКОВА К.Ж.¹, ЖУНИСОВА М.Б.¹, НУСКАБАЕВА Г.О.¹,
ЕРГАЛИЕВА А.А.¹, СКЕНДИРОВА Ш.У.¹,

¹Международный Казахско-Турецкий университет имени Х.А. Ясави, Туркестан

ОБМЕН УГЛЕВОДОВ, ЛИПИДОВ И ВАРИАБЕЛЬНОСТЬ СЕРДЕЧНОГО РИТМА

Поражение периферической нервной системы клинически выявляется у 15% больных сахарным диабетом. В патогенезе поражения нервной системы определяющую роль играют микроангиопатия и метаболические нарушения. Как правило, выраженность диабетической невропатии нарастает с увеличением степени и длительности гипергликемии.



АННОТАЦИЯ

Проведены исследования на предмет изучения нарушений углеводного и липидного обмена и их влияние при поражении центральной и периферической нервной систем у лиц с сахарным диабетом. Роль нарушения обменных процессов в патогенезе поражения вегетативной нервной системы у лиц без нарушения углеводного и липидного обменов либо у тех, кто имеет начальные проявления вышеуказанных нарушений, недостаточно изучена.

Ключевые слова: липиды, гипергликемия, инсулин, вариабельность сердечного ритма, сахарный диабет, гиперинсулинемия.

АКТУАЛЬНОСТЬ

Rumyana Dimova с соавторами изучали функции автономной и периферической нервной системы у лиц с различной стадией толерантности к глюкозе и их связь с другими кардиометаболическими параметрами. Кардиальная автономная нейропатия была обнаружена у 12,3% здоровых людей, у 19,8% – с преддиабетом и у 32,2% – с впервые диагностированным сахарным диабетом 2 типа. Возраст, объем талии, диастолическое

артериальное давление, а также увеличение уровня глюкозы в плазме крови после нагрузки были ассоциированы с активностью симпатической нервной системы. Вместе с тем парасимпатическая сила связывалась только с возрастом и окружностью талии. Результаты данной работы подтвердили высокую распространенность автономной дисфункции и при ранних стадиях нарушения толерантности к глюкозе. Возраст, постпрандиальная гликемия, центральное ожирение, диастолическое артериальное давление явились прогностическими маркерами кардиальной автономной нейропатии (Risk factors for autonomic and somatic nerve dysfunction in different stages of glucose tolerance). [1]

В другой работе авторов обнаруживается, что симпатическая и парасимпатическая активность уменьшаются при тяжелой степени ожирения и наличии метаболического синдрома по сравнению со здоровой группой, без нарушения толерантности к глюкозе. У лиц с нормальной толерантностью к глюкозе наблюдалась обратно пропорциональная корреляционная связь между симпатической и парасимпатической активностью и индексом массы тела, окружностью та-

лии, общей жировой тканью тела, площадью висцеральной жировой ткани, давлением в кровеносных сосудах, уровнем общего холестерина и липопротеидами низкой плотности, гликозиро­ванного гемоглобина и гликемии в группе лиц с преддиабетом. [2]

Lige Song с соавторами провели исследование, в котором приняли участие 455 лиц с сахарным диабетом. Целью данного исследования стало изучение липидного профиля у лиц с уже имеющимися нарушениями углеводного обмена. По результатам исследования была обнаружена статистически значимая независимая связь уровня триглицеридов с развитием диабетической кардиальной автономной нейропатии. [3]

Ziegler D. с соавторами изучали распространенность дисфункции вегетативной регуляции сердца среди лиц в возрасте 55-74 года. В результате было выявлено, что нарушение автономной регуляции имеет место не только при наличии сахарного диабета, но и сочетанном нарушении гликемии натощак и после гликемической нагрузки и в меньшей степени – при изолированной гипергликемии натощак. [4]

В ходе исследования Putz Z. с соавторами было обнаружено, что в группе с нарушением толерантности к глюкозе средний показатель триангулярного индекса вариабельности сердечного ритма значительно ниже, чем у здоровых лиц, даже после коррекции на индекс массы тела и кардиоваскулярной автономной нейропатии. [5]

ЦЕЛИ ИССЛЕДОВАНИЯ

Изучение связи между обменом углеводов, липидов, вариабельность сердечного ритма.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Для выполнения задачи проведено одномоментное поперечное исследование на базе поликлиники Международного Казахско-Турецкого университета имени Х.А. Ясави (Туркестан). Выборку составили на основе данных 768 лиц из прикрепленного контингента (возраст – $42,47 \pm 12$).

Биохимические исследования показателей липидного спектра крови включали определение общего холестерина (ОХС), триглицеридов (ТГ), холестерина липопротеидов высокой, низкой и очень низкой плотности.

Измерение уровня глюкозы крови натощак производилось после 12-часового голодания забором капиллярной крови из пальца экспресс методом при помощи откалиброванного на плазму венозной крови глюкометра Optium Xseed. Результаты оценивались в ммоль/л.

Оценка вариабельности сердечного ритма (BCP) осуществлялась при помощи 5-минутного анализа с помощью аппаратно-программного комплекса Schiller MT-210 Holter ECG V9.01.10.05.

К исследованию BCP приступали не ранее чем через 1,5-2 часа после еды в тихой комнате, в которой поддерживается постоянная температура – $20-22^{\circ}$ C. Запись ЭКГ производилась в положении сидя на стуле, при спокойном дыхании. В период исследования вариабельности сердечного ритма пациент должен был дышать равномерно, не делая глубоких вдохов.

В связи с простотой, доступностью и высокой информативностью проводили активную пробу с физической нагрузкой в течение 15 минут, которая выполнялась в соответствии с определенным алгоритмом. Сначала 5 минут в покое в положении сидя на стуле, следующие 5 минут – на фоне стандартизированной физической нагрузки (на велоэргометре Kettler производства Siemens, мощностью 25 Watt), затем после нагрузки в течение 5 минут – в положении сидя на стуле. Время регистрации ритмокардиограммы составило 15 мин.

При анализе BCP регистрировались данные до, во время и после нагрузки. Оценивалось общее количество RR-интервалов синусового происхождения (NN). Все 15 минут регистрировались данные стандартных отклонений всех интервалов между последовательными нормальными комплексами QRS за весь период регистрации (SDNN), квадратный корень из суммы квадратов разности величин последовательных пар интервалов NN – нормальных интервалов RR (RMSSD), триангулярный индекс (TINN), стандартное отклонение точек SD1, SD2. Чем выше значения RMSSD, SD1, тем активнее звено парасимпатической регуляции.

SDNN – стандартное отклонение NN-интервалов. Используется для оценки общей вариабельности ритма сердца. Математически эквивалентно общей мощности в спектральном анализе и отражает все циклические компоненты, формирующие вариабельность ритма.

RMSSD – корень квадратный из средней суммы квадратов разностей между соседними NN-интервалами, используется для оценки высокочастотных компонентов вариабельности.

В связи с несоответствием закона нормального распределения лабораторных показателей и параметров холтеровского мониторирования вариабельности сердечного ритма применяли корреляционный анализ с вычислением коэффициента корреляции Спирмена (ρ) с помощью пакета статистических программ SPSS 20 (SPSS Inc, Chicago, IL).

Критический уровень значимости (p) при проверке статистических гипотез принимался за 0,05.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Результаты корреляционного анализа между квадратным корнем из средней суммы квадратов разностей между соседними NN-интервалами (RMSSD), который отражает парасимпатическую активность веге-

тативной нервной системы, и уровнем триглицеридов ($r=-0,088$, $p=0,015$), холестерина липопротеидов очень низкой плотности ($r=-0,081$, $p=0,025$), уровнем глюкозы в крови ($r=-0,175$, $p<0,001$) имели статистически значимую, обратно пропорциональную, а с уровнем инсулина натощак – положительную связь с результатами данного показателя (таблица).

По показателю триангулярного индекса (TINN) установлены:

- положительная статистически значимая связь между величиной триангулярного индекса и уровнем холестерина липопротеидов высокой плотности ($r=0,091$, $p=0,011$);
- статистически значимая обратно пропорциональная связь с уровнем глюкозы в крови натощак ($r=-0,119$, $p=0,001$).

Между стандартным отклонением точки SD1, которая отражает парасимпатическую активность вегетативной нервной системы, и уровнем триглицеридов ($r=-0,083$, $p=0,021$), холестерина липопротеидов очень низкой плотности ($r=-0,078$, $p=0,032$), глюкозы в крови натощак ($r=-0,176$, $p<0,001$), обнаружена статистически значимая обратно пропорциональная связь. Данный показатель вариабельности сердечного ритма имел положительную, статистически значимую связь с уровнем инсулина в крови ($r=0,182$, $p<0,001$).

Между стандартным отклонением точки SD2, которая показывает функцию симпатической системы, и показателями холестерина ($r=-0,075$, $p=0,038$), триглицеридов ($r=-0,071$, $p=0,050$), глюкозы в крови натощак ($r=-0,110$, $p=0,002$) обнаружена статистически значимая обратно пропорциональная связь, с уровнем инсулина натощак – положительная связь ($r=0,136$, $p=0,001$).

По полученным нами результатам можно предположить, что гипергликемия, обусловленная снижением инсулинорезистентности, может способствовать дефициту глюкозы в клетках с соответствующим усилением расщепления гликогена в клетках, что может расцениваться как «энергетический голод» и приводить к усилению липолиза, на что указывает повышение в крови триглицеридов и основной их транспортной формы – ЛПОНП. В этом случае закономерно наличие отрицательной корреляционной связи между показателями, отражающими функцию вегетативной

системы с уровнем глюкозы в крови, ТГ, ХС ЛПОНП. Наличие положительной корреляционной зависимости между показателями вариабельности сердечного ритма, колебания которой указывают на дисфункцию вегетативной нервной системы и инсулина, свидетельствует о том, что чем больше инсулина в крови, тем лучше усвоение глюкозы клетками, в том числе нервами вегетативной нервной системы, и, соответственно, лучше ее функция в целом. Отрицательная корреляционная зависимость сохранности функции симпатического отдела вегетативной нервной системы с общим холестерином закономерно обусловлена проявлениями общего атеросклеротического процесса в организме, в частности, сердечными проявлениями вегетативной дисфункции.

ВЫВОДЫ

Гипергликемия во всех показателях вариабельности сердечного ритма ассоциируется со снижением как симпатической, так и парасимпатической функций.

Гиперхолестеринемия ассоциируется со снижением вегетативной функции, в частности, симпатической активности.

Повышение ХС ЛПОНП ассоциируется с дисфункцией симпатического отдела вегетативной иннервации.

Гипертриглицеридемия неблагоприятно сказывается на функциях как симпатического, так и парасимпатического отделов вегетативной нервной системы.

ТҮЙІНДЕМЕ

МАДЕНБАЙ К.М.¹, САДЫКОВА К.Ж.¹,
ЖУНИСОВА М.Б.¹, НУСКАБАЕВА Г.О.¹,
ЕРГАЛИЕВА А.А.¹, СКЕНДИРОВА Ш.У.¹,
¹Қ.А. Ясауи атындағы Халықаралық Қазақ-
Түрік университет, Түркістан қ.

КӨМІРСУ, ЛИПИД АЛМАСУЫ ЖӘНЕ ЖҮРЕК ҮРҒАҒЫНЫҢ ВАРИАБЕЛЬДІЛІГІ

Қант диабетімен сырқаттанатын науқастардың орталық және перифериялық нерв жүйесінің зақымдалуында көмірсу, липид алмасуы бұзылысының ролін зерт-

Таблица – Корреляционный анализ временных показателей холтеровского мониторирования вариабельности сердечного ритма и показателей углеводного и липидного обменов

Показатели	Холестерин		Триглицериды		ЛПВП		ЛПНП		ЛПОНП		Глюкоза		Инсулин	
	г	р	г	р	г	р	г	р	г	р	г	р	г	р
SDNN	0,033	0,363	0,040	0,267	-0,005	0,894	0,001	0,984	0,038	0,300	-0,062	0,086	0,071	0,086
RMSSD	0,003	0,943	-0,088	0,015	-0,051	0,160	-0,024	0,506	-0,081	0,025	-0,175	<0,001	0,177	<0,001
TINN	-0,015	0,672	-0,036	0,320	0,091	0,011	-0,027	0,456	-0,012	0,747	-0,119	0,001	-0,014	0,727
SD1	-0,004	0,915	-0,083	0,021	-0,057	0,118	-0,026	0,474	-0,078	0,032	-0,176	<0,001	0,182	<0,001
SD2	-0,075	0,038	-0,071	0,050	0,014	0,691	0,008	0,835	-0,064	0,079	-0,110	0,002	0,136	0,001

теуге арналған бірқатар жұмыстар жасалған. Көмір-су мен липид алмасуы жоқ немесе алмасу бұзылысының бастапқы сатыларындағы науқастардың вегетативтік нерв жүйесі зақымдалуында алмасу бұзылысының ролі толық зерттелмеген.

Түйін сөздер: липидтер, гипергликемия, инсулин, жүрек ырғағының вариабельділігі, қант диабеті, гиперинсулинемия.

SUMMARY

MADENBAY K.M.¹, SADYKOVA K.ZH.¹,
ZHUNISOVA M.B.¹, NUSKABAEVA G.O.¹,
ERGALIEVA A.A.¹, SKENDIROVA SH.U.¹,

¹International Kazakh-Turkish University
named after Kh.A. Yasawi, Turkestan c.

CARBOHYDRATES, LIPID METABOLISM AND HEART RATE VARIABILITY

A number of studies have been conducted to study the role of the disturbance of carbohydrate and lipid metabolism in the lesion of the central and peripheral nervous systems in people with diabetes mellitus. The role of the disturbance of metabolic processes in the pathogenesis of the defeat in autonomic nervous system in persons without violation of carbohydrate and lipid metabolism or in those who have the initial manifestations of these metabolic disorders has not been sufficiently studied.

Keywords: lipids, hyperglycemia, insulin, heart rate variability, diabetes mellitus, hyperinsulinemia.

Литература:

1. Romyana Dimova, Tsvetalina Tankova, Velina Guergueltcheva, Ivailo Tournev, Nevena Chakarova, Greta Grozeva, Lilia Dakovska. Risk factors for autonomic and somatic nerve dysfunction in different stages of glucose tolerance. – Journal of Diabetes Complications. – 2017. – Vol. 31(3). – P. 537-543. Doi: 10.1016/j.jdiacomp.2016.11.002. Epub 2016 Nov 6.
2. Dimova R., Tankova T., Chakarova N., Groseva G., Dakovska L. Cardiovascular autonomic tone relation to metabolic parameters and hsCRP in normoglycemia and prediabetes. – Diabetes Res Clin Pract. – 2015. – Vol. 109(2). – P. 262-70. Doi: 10.1016/j.diabres.2015.05.024. Epub 2015 May 21.
3. Lige Song, Linuo Zhou and Zihui Tang. An association analysis of lipid profile and diabetic cardiovascular autonomic neuropathy in a Chinese sample. // Lipids Health Dis. – 2016. – Vol. 122(15). Doi: 10.1186/s12944-016-0287-3.
4. Ziegler D., Voss A., Rathmann W., Strom A., Perz S., Roden M., Peters A., Meisinger C. Increased prevalence of cardiac autonomic dysfunction at different degrees of glucose intolerance in the general population: the KORA S4 survey.; KORA Study Group. – Diabetologia. – 2015. – Vol. 58(5). – P. 1118-28. Doi: 10.1007/s00125-015-3534-7.
5. Putz Z., Németh N., Istenes I., Martos T., Gandhi R.A., Körei A.E., Hermányi Z., Szathmári M., Jermendy G., Tesfaye S., Tabák Á.G., Kempler P. Autonomic dysfunction and circadian blood pressure variations in people with impaired glucose tolerance. – Diabet Med. – 2013. – Vol. 30(3). – P. 358-62. Doi:10.1111/dme.12111.

НОВОСТИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Санитарные врачи доказали неэффективность известного противовирусного препарата

Доказана полная несостоятельность противовирусного препарата «Ремантадин». Об этом сообщил главный государственный санитарный врач РК Жандарбек БЕКШИН на пресс-конференции в 9-й городской поликлинике, которая состоялась в конце сентября текущего года.

«Хотел бы обратить внимание населения на то, что сегодня наши вирусологические лаборатории освоили подтверждение эффективности противовирусных препаратов. Если, скажем, каких-то 20 лет назад у нас не было противовирусных препаратов в арсенале лечения, то сейчас их большое количество. Я хочу сказать, что на сегодня наша лаборатория доказала полную несостоятельность препарата «Ремантадин». Население об этом должно знать и лечащие врачи тоже. Мы об этом информируем нашу лечебную сеть. Все другие противовирусные препараты эффективные, их очень много», – сказал Ж. Бекшин.

По его словам, в Казахстане ежегодно регистрируется до миллиона случаев заражения ОРВИ, а в прошлом году зафиксировано 600 тысяч случаев. Поэтому нужно уделить внимание профилактике. Необходимо ограничить посещение мест скопления людей, в первую очередь, детей, и закрытых помещений. Заболевший гриппом должен оставаться дома. Кроме того, рекомендуется проводить усиленную витаминизацию организма детей. Это и искусственные витамины, а также натуральные продукты в виде фруктов и овощей, отвары шиповника, черной смородины для витаминизации, на ночь – чеснок и лук.

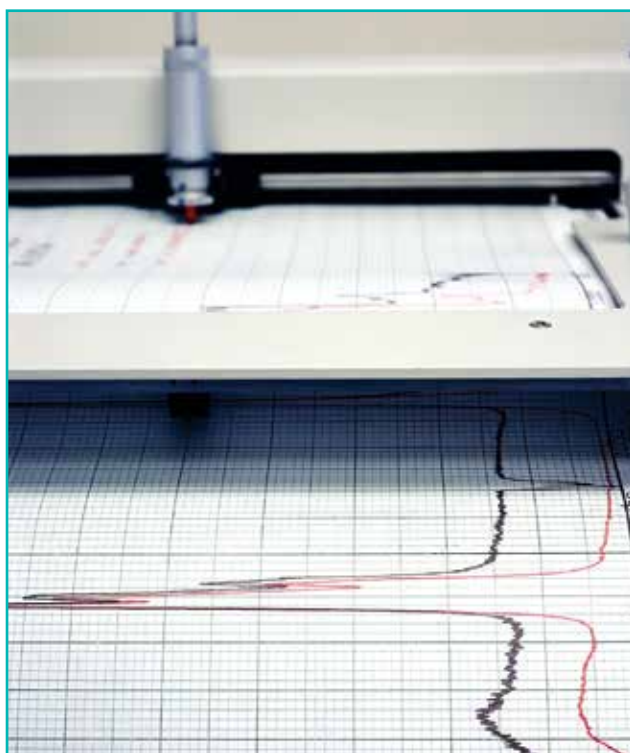
МИА «Казинформ»

МРНТИ: 76.29.30

АБИЛОВА Г.Н.¹, САДЫКОВА К.Ж.¹, АНАРБАЕВА А.А.¹,¹Международный Казахско-Турецкий университет имени Х.А. Ясави, Туркестан

МЕТАБОЛИЧЕСКИЙ СИНДРОМ И ВАРИАБЕЛЬНОСТЬ СЕРДЕЧНОГО РИТМА (ЛИТЕРАТУРНЫЙ ОБЗОР)

Среди кардиологических аспектов метаболического синдрома важное значение имеет состояние вариабельности сердечного ритма (ВСР), так как показатели его являются неинвазивными индикаторами автономной функции сердца с важным прогностическим значением. Результаты исследований ВСР при МС и СД 2 типа противоречивы, требуют дальнейшего изучения. ВСР при состояниях, предшествующих развитию МС и СД 2 типа, и вовсе практически не изучены.



АННОТАЦИЯ

В данной статье приведены литературные данные из базы данных PubMed, проанализированы результаты исследований, посвященных связи между клинико-метаболическими параметрами метаболического синдрома и вариабельностью сердечного ритма.

Ключевые слова: метаболический синдром, вариабельность сердечного ритма, сердечно-сосудистые заболевания, сахарный диабет 2 типа.

Метаболический синдром (МС) – это симптомокомплекс, включающий в себя основные факторы риска развития сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) и сахарного диабета второго типа (СД 2 типа). В настоящее время отмечается рост распространенности МС во всем мире. По данным Международной

федерации диабета, четверть мирового взрослого населения имеет данный симптомокомплекс [1]. Актуальность МС связана, прежде всего, с повышенным риском развития фатальных осложнений ССЗ и СД 2 типа. Согласно современным представлениям, МС описывается как «группа различных аномальных метаболических факторов риска, таких как ожирение, дислипидемия, повышенное артериальное давление, повышение уровня глюкозы в плазме, протромботического и провоспалительных состояний. Наиболее важными компонентами МС являются центральное абдоминальное ожирение (АО) и резистентность к инсулину (ИР)». [2-4]

Распространенность МС в США (с поправкой на возраст) возросла с 29,2% до 34,2% с 1999 по 2006 гг. [5]. Аналогичная ситуация наблюдается и в азиатских

странах [6,7]. Мета-анализ 37 проспективных исследований, включающих 172 573 человека, показал, что относительный риск развития смерти от ССЗ у лиц с МС составляет 1,78. [8]

Проблема МС актуальна и в нашей стране. Частота встречаемости МС в Казахстане по критериям IDF (2005), согласно результатам исследования, проведенного в Туркестанском регионе Южно-Казахстанской области, составляет 38,5% среди казахов и 42,1% среди узбеков [9]. Актуальность данного симптомокомплекса подчеркивается в проекте консенсуса по диагностике и ведению МС в Республике Казахстан [10]. Наряду с этим распространенность ССЗ в нашей республике также остается на высоком уровне. Выявлено, что 12% трудоспособного населения страны страдает сердечно-сосудистой патологией, при этом официальные статистические данные могут быть заниженными. [11]

В связи с актуальностью проблемы МС ученые всего мира изучают разные аспекты заболевания, в том числе кардиологические, психологические, терапевтические, эндокринологические, неврологические. Среди кардиологических аспектов МС немаловажное значение имеет состояние variability сердечного ритма (ВСР), так как показатели ВСР являются неинвазивными индикаторами автономной функции сердца с важным прогностическим значением. Контроль сердца является сложным процессом с участием многих систем, в том числе нервной системы. Автономная нервная система имеет два основных направления:

1. Парасимпатическая нервная система, отвечающая за замедление частоты сердечных сокращений (ЧСС) и сокращения миокарда.
2. Симпатическая нервная система, ускоряющая ЧСС и повышающая сократительную способность миокарда.

Правильный сердечный контроль зависит от правильного функционирования и баланса между этими двумя ветвями вегетативной нервной системы.

Нами проанализированы результаты имеющихся в базе данных PubMed (MEDLINE) исследований, изучавших связь МС и ВСР. По данным Moller D.E. с соавторами, параметры МС связаны со снижением парасимпатической и увеличением симпатической активности [12]. Ряд авторов указывает, что такие клинико-метаболические параметры МС, как ожирение, дислипидемия, повышенное кровяное давление, гипергликемия, протромботические и провоспалительные состояния, увеличивают частоту ССЗ, сердечной недостаточности (СН), тромбоза и нарушений сердечного ритма. [13-18]

В исследовании Д.А. Аничкова с соавторами обнаружено, что все показатели ВСР существенно ниже у больных с МС, чем у здоровых лиц ($p < 0,001$). При этом у пациентов с МС наблюдается дисфункция вегетативной нервной системы, заключающаяся в относительной гиперсимпатикотонии. [19]

В обзоре Stuckey M.I. проанализированы результаты 14 исследований, проведенных с января 1999 года по декабрь 2012 года, в которых изучалась ВСР при МС. Выявлено, что ВСР в целом была снижена у женщин с МС (по сравнению со здоровыми женщинами), но результаты у мужчин оказались противоречивыми. Параметры временного и частотного спектров ВСР оказались связаны с отдельными метаболическими факторами риска. В результате авторы пришли к заключению о необходимости протоколов анализа ВСР и всестороннего анализа возможных механизмов развития кардиоваскулярной вегетативной дисфункции. [20]

H.G. Ntougou Assoumou и соавторы в поперечном когортном исследовании проанализировали отношения между краткосрочной и долгосрочной ВСР и МС у 1 011 пожилых людей (жителей города Сент-Этьен, Франция) в возрасте $65,6 \pm 0,8$ лет. Переменные ВСР измерялись в течение 5 минут, в ночное время и в течение 24-часовых периодов – с помощью холтеровского мониторирования. Было обнаружено, что метаболический статус, липопротеины высокой плотности холестерина (ХС ЛПВП) и окружность талии были статистически значимо ($p < 0,05$) связаны с общей мощностью, очень низкими частотами, низкочастотно/высокочастотным (НЧ/ВЧ) отношением. ХС ЛПВП и состояние МС были статистически значимо связаны со снижением долгосрочных переменных ВСР. Как ночные, так и 24-часовые периоды ВСР показали более тесные ассоциации с МС по сравнению с краткосрочным измерением ВСР (5 мин). Наряду с этим была выявлена связь между степенью тяжести МС и снижением как долгосрочных, так и краткосрочных переменных ВСР [21].

По результатам мета-анализа, проведенного Kuoping Bok Min M.D. и соавторами, были выявлены существенные различия показателей ВСР между группами лиц с МС и без него. Скорректированные показатели ВСР в группе с МС оказались значительно ниже, чем в группе без МС ($p < 0,05$). Кроме того, была обнаружена значительная отрицательная корреляция между всеми компонентами МС и показателями ВСР. То есть, по мере увеличения компонентов МС показатели ВСР постепенно уменьшались. Снижение сердечного вегетативного тонуса было тесно связано с повышенным риском сердечно-сосудистых осложнений, в связи с чем измерение ВСР может стать неотъемлемой частью оценки риска ССЗ [22].

По результатам исследования Савельева С.А., у больных с МС данные статистического и спектрального анализа ВСР отражают существенно более выраженное уменьшение общей мощности спектра за счет всех составляющих. При этом у пациентов с гипертонической болезнью с МС отмечено снижение активности парасимпатического отдела вегетативной нервной системы по сравнению с лицами с гипертонической болезнью без МС [23].

Д.С. Новикова и соавторы выявили, что сочетание нескольких компонентов МС играет большую роль в развитии нарушений нейро-вегетативного автономного контроля деятельности сердца, а именно в повышении влияния симпатического и/или снижении влияния парасимпатического отдела нервной системы на сердечную деятельность. Авторы заключили, что нарушение автономной регуляции сердечной деятельности может стать важным звеном в патогенезе развития нарушений ритма сердца, внезапной сердечной смерти и общей сердечно-сосудистой смерти. [24]

Кратнов А.Е и соавторы обследовали 131 мужчину без ишемической болезни сердца в возрасте от 29 до 60 лет, при этом была изучена ВСР во временной области в течение 24-часовой регистрации электрокардиограммы. Выявлено, что у мужчин наличие МС сопровождается дисфункцией вегетативной нервной системы со снижением симпатических влияний на сердце (уменьшение показателей LF и VLF) и нарушением диастолических свойств левого желудочка, развитие которых ассоциировалось с АО. [25]

Результаты исследований ВСР при МС и СД 2 типа неоднозначны. Ряд исследователей свидетельствуют о снижении общей ВСР, дисбалансе вегетативной регуляции ритма у лиц с МС и СД 2 типа. [26-28]

По данным других авторов, при МС и СД 2 типа отмечается повышение тонуса симпатической нервной системы, причем именно симпатикотония с течением времени прогнозирует увеличение метаболических нарушений. [29]

Таким образом, результаты исследований ВСР при МС и СД 2 типа противоречивы и требуют дальнейшего изучения, а состояние ВСР при состояниях, предшествующих развитию МС и СД 2 типа, практически не изучено.

Так как распространенность МС во всем мире увеличивается, отдельные критерии МС должны тщательно контролироваться. В настоящее время ВСР признано наиболее информативным неинвазивным методом количественной оценки вегетативной регуляции сердечного ритма. Показатели его отражают жизненно важные показатели управления физиологическими функциями организма, вегетативный баланс и функциональные резервы его управления. Анализируя показатели ВСР, можно не только оценивать функциональное состояние организма, но и следить

за динамикой патологических состояний. Изучение связи между МС и ВСР весьма актуально. Во-первых, результаты проведенных зарубежных исследований противоречивы, а во-вторых, изучение динамики клинико-метаболических показателей МС в зависимости от показателей ВСР в казахстанской популяции не проводилось. Поэтому, в связи с вышеизложенным, более детальное изучение данной проблемы в нашем регионе представляет интерес.

ТҮЙІНДЕМЕ

**АБИЛОВА Г.Н.¹, САДЫКОВА К.Ж.¹,
АНАРБАЕВА А.А.¹,**

*¹Қ.А. Ясауи атындағы Халықаралық
Қазақ-Түрік университеті, Түркістан қ.*

МЕТАБОЛИЗМДІК СИНДРОМ ЖӘНЕ ЖҮРЕК ҰРҒАҒЫНЫҢ ВАРИАБЕЛЬДІГІ (ӘДЕБИ ШОЛУ)

Берілген мақалада PubMed деректер қорындағы әдебиеттер келтірілген, метаболизмдік синдромның клиника-метаболизмдік көрсеткіштерімен жүрек ұрғағының вариабельділігі арасындағы байланысты зерттеген ғылыми зерттеу жұмыстарының нәтижелеріне талдау жасалған.

Түйін сөздер: метаболизмдік синдром, жүрек ұрғағының вариабельдігі, жүрек-тамыр аурулары, 2 типті қант диабеті.

SUMMARY

**ABILOVA G.N.¹, SADYKOVA K.ZH.¹,
ANARBAEVA A.A.¹,**

*¹International Kazakh-Turkish University
named after KH.A. Yasawi, Turkistan c.*

METABOLIC SYNDROME AND HEART RATE VARIABILITY (LITERATURE REVIEW)

This article presents literature data from the PubMed database, the results of studies examining the relationship between the clinical and metabolic parameters of the metabolic syndrome and the of the heart rate variability was analyzed.

Keywords: metabolic syndrome, heart rate variability, cardiovascular diseases, type 2 diabetes mellitus.

Литература:

1. Heart rate variability in metabolic syndrome. Rodrigo Daminello Raimundo, John J. Godleski. Journal of Human Growth and Development, 2015; 25(1): 7-10.
2. Gastaldi G, Giacobino JP, Ruiz J. [Metabolic syndrome, a mitochondrial disease?]. Rev Med Suisse 2008; 4:1387-8, 1390-1.
3. Beuther D.A. Recent insight into obesity and asthma. Curr Opin Pulm Med 2010; 16:64-70.
4. Strazzullo P., Barbato A., Siani A., et al. Diagnostic criteria for metabolic syndrome: a comparative analysis in an unselected sample of adult male population. Metabolism 2008; 57:355-61.
5. Mozumdar A., Liguori G. Persistent increase of prevalence of metabolic syndrome among U.S. adults: NHANES III to NHANES 1999-2006. // Diabetes Care. – 2011. – Vol. 34 – P. 216-219.
6. Lim S., Shin H., Song J.H., Kwak S.H., Kang S.M., Won Yoon J., et al. Increasing prevalence of metabolic syndrome in Korea: The Korean National Health and Nutrition Examination Survey for 1998-2007. // Diabetes Care. –2011. – Vol. 34. – P. 1323-1328.

7. Liu M., Wang J., Jiang B., Sun D., Wu L., Yang S., et al. Increasing prevalence of metabolic syndrome in a Chinese elderly population: 2001-2010, // PLoS One. – 2013. – Vol. 8. [Electronic resource]: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3688874/e66233.3>.

8. Gami A.S., Witt B.J., Howard D.E., et al. Metabolic syndrome and risk of incident cardiovascular events and death: a systematic review and meta-analysis of longitudinal studies. // J Am Coll Cardiol. – 2007. – Vol. 49, №4. – P. 403-414.

9. Шалхарова Ж.С. Метаболический синдром: эпидемиология, диагностика, клиника и лечение. – Алматы: ТОО «Алла прима», 2006, 274 с.

10. Абылайулы Ж., Джусипов А.К., Беркинбаев С.Ф., Шалхарова Ж.С., Ошакбаев К.П., Бекжигитов С.Б., Абсеитова С.Р., Молдабек Г.К., Маймаков А.А., Ахмеджанов Н.А., Джунусбекова Г.А., Мусагалиева А.Т., Ахментаева Д.А. Проект консенсуса по диагностике и ведению метаболического синдрома в Республике Казахстан. Разработан по результатам резолюции Республиканской научно-практической конференции «Метаболический синдром. Реалии и перспективы в кардиологии и эндокринологии» (14 марта 2008 г.). – Журнал НИИ кардиологии и внутренних болезней МЗ РК. – 2008. – №4. – С. 27-32.

11. Абсеитова С.Р. Современное состояние проблемы сердечно-сосудистых заболеваний в Южно-Казахстанской области. // Материалы III съезда врачей и провизоров Республики Казахстан, 2007, с. 21-23.

12. Moller D.E., Kaufman K.D. Metabolic syndrome: a clinical and molecular perspective. – Annu Rev Med. – 2005; 56:45-62.

13. Cole C.R., Blackstone E.H., Pashkow F.J., Snader C.E., Lauer M.S. Heart-rate recovery immediately after exercise as a predictor of mortality. – The New England journal of medicine. – 1999; 341:1351-7.

14. Cole C.R., Foody J.M., Blackstone E.H., Lauer M.S. Heart rate recovery after submaximal exercise testing as a predictor of mortality in a cardiovascularly healthy cohort. – Annals of internal medicine. – 2000; 132:552-5.

15. Cole T.J., Bellizzi M.C., Flegal K.M., Dietz W.H. Establishing a standard definition for child overweight and obesity worldwide: international survey. – Bmj. – 2000; 320:1240-3.

16. Gao S.A., Johansson M., Hammaren A., Nordberg M., Friberg P. Reproducibility of methods for assessing baroreflex sensitivity and temporal QT variability in end-stage renal disease and healthy subjects. – Clinical autonomic research: official journal of the Clinical Autonomic Research Society. – 2005; 15:21-8.

17. Myredal A., Gao S., Friberg P., Jensen G., Larsson L., Johansson M. Increased myocardial repolarization lability and reduced cardiac baroreflex sensitivity in individuals with high normal blood pressure. – Journal of hypertension. – 2005; 23:1751-6.

18. Thayer J.F., Lane R.D. The role of vagal function in the risk for cardiovascular disease and mortality. – Biological psychology. – 2007; 74:224-42.

19. Аничков Д.А., Шостак Н.А., Котлярова Л.А., Иванов Д.С. Дисфункция вегетативной нервной системы у больных с метаболическим синдромом: исследования вариабельности сердечного ритма. Москва, Российский государственный медицинский университет.

20. Stuckey M.I., Tulppo M.P., Kiviniemi A.M., Petrella R.J. Heart rate variability and the metabolic syndrome: a systematic review of the literature. – Diabetes Metab Res Rev. – 2014 Nov; 30(8):784-93. Doi: 10.1002/dmrr.2555.

21. Ntougou Assoumou H.G., V. Pichot, J.C. Barthelemy, V. Dauphinot, S. Celle, P. Gosse, M. Kossovsky, J.M. Gaspoz and F. Roche. Metabolic Syndrome and Short-Term and Long-Term Heart Rate Variability in Elderly Free of Clinical Cardiovascular Disease: The PROOF Study/Rejuvenation Research. January 2011, 13(6): 653-663. Doi: 10.1089/rej.2010.1019.

22. Kyoung-bok min m.d., jin-young min ph.d., domyung paek m.d. The Impact of the Components of Metabolic Syndrome on Heart Rate Variability: Using the NCEP-ATP III and IDF Definitions. – Sc.D., 24 April, 2008.

23. Савельева С.А. Вариабельность сердечного ритма, показатели инсулинорезистентности и эффективность антигипертензивной терапии при метаболическом синдроме. – Москва, 2010, 55 с.

24. Новикова Д.С., Т.В. Попкова, А.Н. Герасимов, А.В. Волков, Е.Л. Насонов. Взаимосвязь показателей вариабельности ритма сердца с компонентами метаболического синдрома у женщин с ревматоидным артритом. – Рациональная фармакотерапия в кардиологии. – 2014; 10(1):18-24.

25. Кратнов А.Е., Якимова А.В., Силкина Е.Е. Вариабельность ритма сердца у мужчин с метаболическим синдромом. – Сахарный диабет, 2013; (1):15-18.

26. Минаков Э.В., Л.А. Кудяева. Изучение особенностей формирования кардиальной нейропатии у лиц с метаболическим синдромом и нарушением углеводного обмена (по данным изучения вариабельности сердечного ритма). – Саратовский научно-медицинский журнал. – 2011. – Том 7, №1. – С. 79-83.

27. Chen H.T., Lin H.D., Won J.G., et al. Cardiovascular autonomic neuropathy, autonomic symptoms and diabetic complications in 674 type 2 diabetes. Diabet. Res. Clin. Pract. 2008; 82 (2):282-290.

28. Pappachan J.M., Sebastian J., Bino B.C., et al. Cardiac autonomic neuropathy in diabetes mellitus: prevalence, risk factors and utility of corrected QT interval in the ECG for its diagnosis. Postgrad. – Med. J. – 2008; 84 (990): 205-210.

29. Licht C.M., de Geus E.J., Penninx B.W. Dysregulation of the autonomic nervous system predicts the development of the metabolic syndrome. – J Clin Endocrinol Metab. – 2013 Jun;98(6):2484-93. DOI: 10.1210/jc.2012-3104. – Epub 2013 Apr 3.

БЕЗОПАСНОСТЬ ЛЕКАРСТВ

В России приостановили продажу шприц-ручек для пациентов с гепатитом

Федеральная служба по надзору в сфере здравоохранения сообщила о приостановлении реализации лекарственного препарата «ПегИнтрон, лиофилизат для приготовления раствора для подкожного введения 150 мкг+р-ль (вода д/инъекций) 0,7 мл [шприц-ручки двухкамерные clearclick (1) + иглы стерильные (1) + салфетки (2)], уп. конт. яч.

(1), пачки картонные» серии 5IRC70102 производства «МСД Интернэшнл ГМБХ (Сингапур Бранч)», Сингапур, упаковано ЗАО «ОРТАТ», Россия. Такое решение ведомство приняло на основании сведений о возможной технической неисправности шприц-ручек, предоставленных экспертами своего территориального управления по Мурманской области.



doctorpiter.ru

МРНТИ: 76.31.35

МОМБЕКОВ С.Е.², ДАТХАЕВ У.М.², ОРАЗБЕКОВ Е.К.^{1,3},¹Фармация мектебінің табиғи өнімдерді зерттеу ұлттық орталығы, Миссисипи университеті, АҚШ,²С.Ж. Асфендияров атындағы Қазақ ұлттық медицина университеті, Алматы, ³Қожа Ахмет Яссауи атындағы Халықаралық Қазақ-Түрік университеті, Түркістан қ.

MACLURA AURANTICA СЫҒЫНДЫСЫНАН БӨЛІНІП АЛЫНҒАН

ОСАЙИННЫҢ ҚҰРЫЛЫСЫН NMR СПЕКТРІМЕН АНЫҚТАУ

Күрең маклюра жемістерінің құрамында көп мөлшерде (6%) изофлавоноидтар бар. Олардың үлкен бөлігі тиімділігі жағынан белгілі рутиннен көп жоғары осайин үлесіне тиеді.



АНДАТПА

Күрең маклюра (*Maclura aurantiaca*) жемістерінен көп көлемде кездесетін осайин қосылысының физика химиялық қасиеттерін ЯМР спектроскопиясы арқылы анықтау.

Түйін сөздер: *Maclura aurantiaca*, osajin, NMR.

ЗЕРТТЕУДІҢ ӨЗЕКТІЛІГІ

Маклюра жемістерінен дайындалған түрлі сығындылардың қатерлі ісікті тежеуі әлемнің көптеген зерттеушілерін қызықтырды. Сығындылар қатерлі ісіктің С-I және С-II түрлеріне қатысты белсенділік көрсеткен. Сығынды белсенділігі сонымен қатар тышқандарда да байқалған. [1]

Осайин тері астына егуде өте әлсіз эстрогендік әсер еткен, ішектегі ацетилхолин алмасуына әсер ететін ферменттерге өте жылдам спазмолитикалық әсер ететін қасиетке ие екендігі де анықталды делінген.

ТӘЖІРИБЕЛІК БӨЛІМ

Қосылыстардың ЯМР спектрлері жұмыс жиілігі 400 МГц болатын Varian Mercury спектрометрінде түсірілді,

¹H сутегі спектрлары 400 МГц, ал ¹³C спектрлары 100 МГц жиілікте алынды. Бағаналы хроматография арқылы бөлу барысында жылжымайтын фаза ретінде силикагель 60 (0.04-0.063 мм) және сефадекс LH-20 (0.25-0.1 мм, Merck) сорбенттері қолданылды. Жұқа қабатты хроматография F254 маркалы силикагель (0.2 мм, Merck) тақтайшаларда жасалды. [2,3]

МАКЛЮР ЖЕМІСІН ЖИНАУ, ҰНТАҚТАУ, ЗЕРТТЕУГЕ ДАЙЫНДАУ

Бұл зерттеудің нысанасы ретінде Оңтүстік Қазақстан облысы Мақтарал ауданы Сұлубұлақ елді мекенінен жиналған күрең маклюра жемісі алынған.

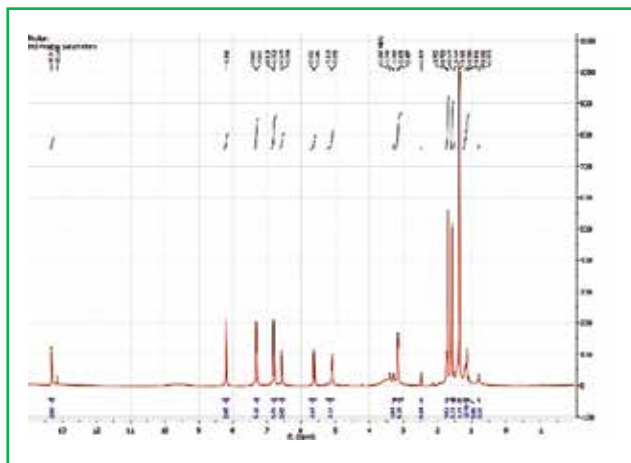
МАКЛЮРА ЖЕМІСІНІҢ БІРІНШІЛІК СЫҒЫНДЫЛАРЫН АЛУ

8 кг маклюра жемісі майда бөлшектерге туралып, бөлме температурасында 10 л метанолмен 72 сағатқа қалдырылды. Кейін маклюра бөлшектері сүзіп алынып, қалған ерітінді вакуумды насосқа қосылған роторлы кептіргішпен айдалды. Нәтижесінде 850 г құрғақ сығынды алынды. Кейін құрғақ сығынды 1 л тазартылған суда суспензияланып, 3 рет 2 л этилацетатпен және тура солай бутанолмен шайылды. Нәтижесінде, алынған ерітінділерді кептіргенде бастапқы сығынды-

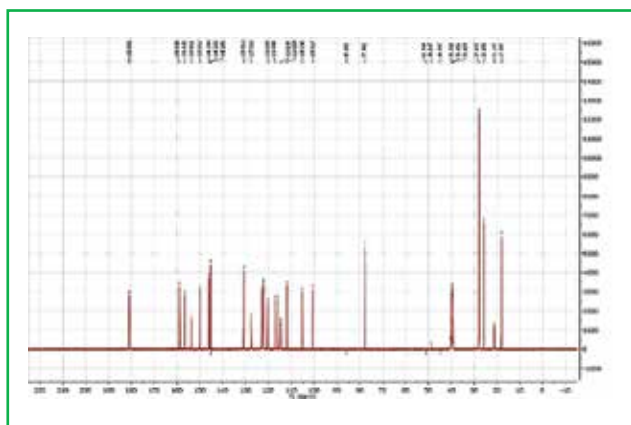
ның 9 г этилацетат фракциясы, 350 г бутанол фракциясы және 260 г су фракциясы алынды [4,5].

ЗЕРТТЕУ НӘТИЖЕЛЕРІН ТАЛҚЫЛАУ ОСАЙИН ҚОСЫЛЫСЫНЫҢ ҚҰРЫЛЫСЫН АНЫҚТАУ

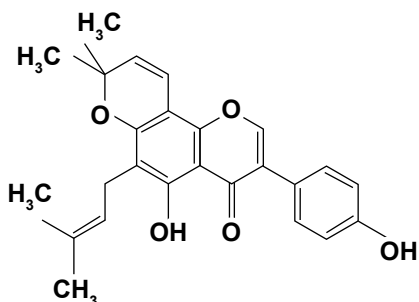
Осайин қосылысының құрылысын анықтау 1-5 суреттерде бейнеленіп, ЯМР спектр мәліметтері 1-ші кестеде келтірілген.



Сурет 1 – Осайин қосылысының ЯМР 1H спектры



Сурет 2 – Осайин қосылысының ЯМР 13C спектры

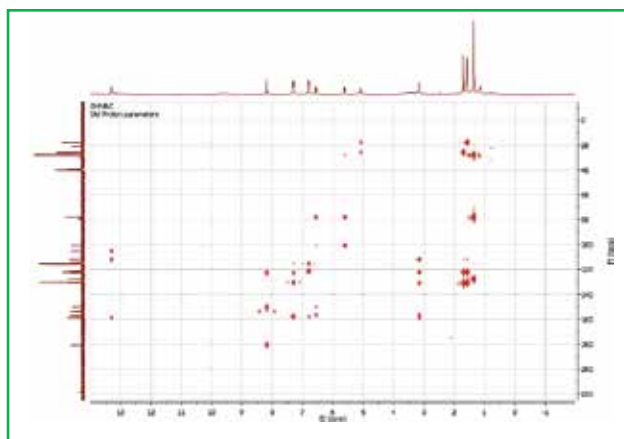


Сурет 3 – Осайин қосылысының құрылымдық формуласы

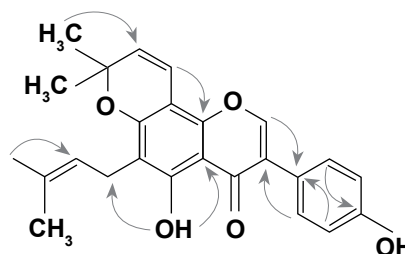
Осайин изофлавонының ЯМР спектрларына байланысты құрылысын талдау мәліметтері кестеде келтірілген.

Кесте – Изофлавоны Осайин ЯМР 1H және 13C спектрін талдау

№	Осайин	
	δC	δH (mult) J (Hz)
2	153.83	7.32 (1H, s)
3	122.80	
4	180.91	
5	158.89	
6	112.02	
7	157.92	
8	100.70	
9	150.20	
10	105.27	
1'	122.19	
2'	130.45	7.30 (2H, d, J = 8.5)
3'	115.48	6.81 (2H, d, J = 8.5)
4'	156.75	
5'	115.48	6.79 (2H, d, J = 8.5, H-3', H-5')
6'	130.45	7.30 (2H, d, J = 8.5)
1''	21.22	3.37 (2H, d, J = 7.3)
2''	121.49	5.61 (1H, m,)
3''	131.01	
4''	18.08	1.80 (3H, s)
5''	25.90	1.70 (3H, s)
2'''	78.07	1.44 (6H, s)
3'''	127.74	5.61 (H, d, J = 9.9)
4'''	114.72	6.79 (1H, d, J = 9.9)
2'''-CH ₃	27.96	
5-OH	-	13.1 (1H, s, 5-OH)



Сурет 4 – Осайин қосылысының HMBC спектрі



Сурет 5 – Осайин қосылысының HMBC корреляциясы

ҚОРЫТЫНДЫ

Күрең маклюра жемісінің құрамынан биологиялық белсенді заттар табылды. Бірнеше биологиялық белсенді заттар алынып ЯМР спектрлары түсірілді. Соның ішінде маклюра жемісінен бөлініп алынған осайинның ЯМР спектрлері түсірілді. Осайинның құрылысы, физика-химиялық қасиеттері анықталды. Осайин 1H сутекті анықтау обылысы, 13C карбон қышқылдарының орналасу аумағы, HMBC корреляциясы, құрылымдық формуласы, ЯМР спектрларын талдау параметрлері анықталды.

Бірінші кестеде изовфлавоноид осайин ЯМР 1H және 13C спектрін талдау нәтижелері көрсетілген.

РЕЗЮМЕ

**МОМБЕКОВ С.Е.², ДАТХАЕВ У.М.²,
ОРАЗБЕКОВ Е.К.^{1,3},**

¹Национальный центр по исследованию натуральных продуктов школы фармации, Университет Миссисипи, США, ²Казахский национальный медицинский университет имени С.Д. Асфендиярова, Алматы, ³Международный Казахско-Турецкий университет имени Ходжи Ахмеда Ясави, Туркестан

ОПРЕДЕЛЕНИЕ МЕТОДОМ ЯМР СПЕКТРОМЕТРИИ СТРУКТУРЫ ОСАЙИНА,

Әдебиеттер:

1. Buchanan K.L., Murphy J.W. What makes Cryptococcus neoformans a pathogen? // Emerging infectious diseases. – 1998. – Vol. 4, №1. – P. 71.
2. Alvarez M. et al. The outcome of Cryptococcus neoformans intracellular pathogenesis in human monocytes // BMC microbiology. – 2009. – Vol. 9, №1. – P. 51.
3. Conforti F., Statti G. A., Menichini F. Chemical and biological variability of hot pepper fruits (Capsicum annum var. acuminatum L.) in relation to maturity Stage. – Food Chemistry. – 2007. – Vol. 102, №4. – P. 1096-1104.
4. Radwan M.M. et al. Sepicanin A– a new geranyl flavanone from Artocarpus sepicanus with activity against methicillin-resistant Staphylococcus aureus (MRSA). – Phytochemistry Letters. – 2009. – Vol. 2, №4. – P. 141-143.
5. Orazbekov E.K. "Technological aspects of production of substance and dosage forms from fruits of maclura aurantiaca" dissertation, 2015, p.181, 25-27.

ИЗВЛЕЧЕННОГО ИЗ ЭКСТРАКТА МАКЛЮРЫ ОРАНЖЕВОЙ

Определение физико-химического состава изофлавоноидов осайина, содержащихся в большом количестве в плодах Маклюры оранжевой с помощью ЯМР спектроскопии.

Ключевые слова: Маклюра оранжевая, осайин, ЯМР.

SUMMARY

**MOMBEKOV S.E.², DATKHAYEV U.M.²,
ORAZBEKOV Y.K.^{1,3},**

¹National Center for Natural Products Research, School of Pharmacy, The University of Mississippi, University, USA, ²Kazakh National Medical University named after S.D. Asfendiyarov, ³Khoja Akhmet Yassawi International Kazak-Turkish University, Turkistan c.

DETERMINATION WITH NMR METHODS OF SPECTROSCOPY OF THE STRUCTURE OF OSAJIN EXTRACTED FROM THE EXTRACT OF THE MACLURA AURANTICA

Definitions of the physicochemical composition with the methods of NMR spectroscopy, which are contained in large amounts of osajin in the fruits of the Maclura aurantica.

Keywords: Maclura aurantiaca, osajin, NMR.

**УВАЖАЕМЫЕ ПОДПИСЧИКИ!**

На журнал «Фармация Казахстана» можно подписаться в любом отделении АО «Казпочта». Сведения о журнале Вы сможете найти в ноябрьском, восьмом (в почтовой программе) дополнении к каталогу АО «Казпочта» (индекс 75888). Также оформить подписку на журнал можно в Национальном центре экспертизы лекарственных средств, изделий медицинского назначения и медицинской техники (г. Алматы, тел.: 8 (727) 273 03 73), в подписном агентстве «Евразия Пресс» и ТОО «Эврика пресс». Зарубежные читатели могут оформить подписку на электронную версию журнала в редакции.

Цены на издание в Алматы и областных центрах на 2018 год одинаковы.

ХАРАКТЕРИСТИКА ЭКГ ОТКЛОНЕНИЙ У ЖИТЕЛЕЙ ТУРКЕСТАНСКОГО РЕГИОНА В ПОПУЛЯЦИОННОМ ИССЛЕДОВАНИИ

С момента введения системы Миннесотского кодирования несколько эпидемиологических исследований были сосредоточены на оценке распространенности ЭКГ изменений. Данные исследований ученых разных стран дают противоречивые сведения о частоте ЭКГ изменений у мужчин и женщин, людей разной этнической принадлежности, жителей села и города.



АННОТАЦИЯ

В статье представлены данные по частоте встречаемости ЭКГ отклонений в зависимости от пола, этнической принадлежности и географических особенностей.

Ключевые слова: большие ЭКГ отклонения, малые ЭКГ отклонения, пол, этническая принадлежность, Туркестанский регион.

ВВЕДЕНИЕ

Электрокардиография (ЭКГ) считается самым важным и начальным методом исследования в диагностике отклонений электрических потенциалов миокарда [1]. На сегодняшний день существует много других визуализирующих и инвазивных методов диагностики электрофизиологии сердца, но ЭКГ остается одним из самых экономичных, доступных и неинвазивных методов исследования электрических потенциалов сердца. [2].

Для улучшения стандартизации результатов ЭКГ в середине прошлого столетия была разработана

система Миннесотского кодирования, которая значительно облегчила процесс чтения ЭКГ и сравнение эпидемиологических исследований в различных популяциях и странах. [3]

С момента введения системы Миннесотского кодирования несколько эпидемиологических исследований были сосредоточены на оценке распространенности ЭКГ изменений. Большинство из них изучало ЭКГ изменения среди мужчин, и лишь несколько работ содержали данные о женщинах. В одной из таких работ показано, что распространенность патологических ЭКГ изменений встречается чаще среди лиц мужского пола [4], тогда как другой источник сообщает об одинаковой частоте встречаемости среди мужчин и женщин [5]. Наряду с этим есть сообщения, что некоторые изменения ЭКГ встречаются чаще у лиц женского пола. [6]

Имеющиеся в литературе исследования свидетельствуют, что распространенность ЭКГ изменений различна у людей, проживающих в городе и сельской местности. Так, было показано, что отклонения ЭКГ

встречаются чаще среди горожан (по сравнению с сельскими жителями) [7]. Наряду с этим имеются работы, в которых указано, что патологические изменения электрофизиологии сердца зачастую встречаются и среди лиц, проживающих в сельской местности. [8]

Как следует из некоторых исследований, распространенность ЭКГ изменений варьирует в зависимости от этнической принадлежности. Например, в исследовании турецких ученых ЭКГ изменения регистрировались чаще у лиц турецкого происхождения по сравнению с лицами японского происхождения [9]. Изучение электрофизиологии сердца у лиц арабского и афроамериканского происхождения выявили отклонения ЭКГ у 0,3% арабов по сравнению с 1,2% чернокожих африканцев [10]. Особенности электрофизиологии сердца исследованы среди казахского населения, проживающего в Хинжианге. Анализ данных ЭКГ показал высокую распространенность отклонений электрофизиологии сердца среди казахов, при этом изменения чаще встречались у женщин по сравнению с мужчинами. Частой патологией у казахов оказалась фибрилляция предсердий, и, как отмечают авторы, она значительно выше, чем сообщалось в предыдущих исследованиях. [11]

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Изучить частоту встречаемости ЭКГ изменений в зависимости от половой и этнической принадлежности, а также среди жителей села и города.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Дизайн работы основан на одномоментном поперечном исследовании, проведенном в Туркестанском регионе. Из 1 143 исследованных лиц у 14% (158 человек) были изучены ЭКГ изменения. Полученные нами данные обработаны пакетом статистических программ MS Excel (2010 г.) и Biostat.

Из 158 обследуемых количество мужчин составило 48 человек, женщин – 110. Средний возраст исследуемых мужчин и женщин составил 50,1±3,7 и 52,1±3,7 соответственно.

Регистрация ЭКГ проводилась с помощью специального программного обеспечения в 12 отведених. Методика снятия ЭКГ была проведена по рекомендации Британской сердечно-сосудистой ассоциации [12]. Стандартизация заключений ЭКГ осуществлялась по Миннесотской системе кодирования, рекомендованной ВОЗ и Американской ассоциацией сердца [13].

В ходе кодирования использовались следующие коды:

1. Большие изменения:
 - 3-1, 4-1. Гипертрофия левого желудочка.
 - 4-1-1. Снижение сегмента ST ниже изолинии на 2 мм и более.

- 7-1. Полная блокада левой ножки пучка Гиса.
 - 8-3. Фибрилляция предсердий.
 2. Малые изменения:
 - 5-3. Незначительные отклонения зубца Т, сегмента ST.
 - 7-3. Неполная блокада правой ножки пучка.
 - 7-6. Блокада задней ветви левой ножки пучка Гиса;
 - 7-7. Блокада передней ветви левой ножки пучка Гиса.
 - 8-1-1, 8-1-2. Экстрасистолы.
 - 9-7. Возможная ранняя реполяризация желудочков.
 - 8-7. Синусовая тахикардия.
- Сравнительный анализ частот встречаемости ЭКГ отклонений определен с помощью χ^2 Пирсона.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Данные ЭКГ изменений у 158 человек представлены в таблице 1.

Таблица 1 – Структура ЭКГ изменений по Миннесотской системе кодирования

	Миннесотский код	ЭКГ параметры	n=158
	-	Норма	36,7%
Большие изменения	3-1 и 4-1	ГЛЖ	16,5%
	4-1-1	Снижение ST ниже изолинии на 2 мм и более	1,3%
	7-1	ПБЛНПГ	1,3%
	8-3	ФП	0,6%
Малые изменения	5-3	Незначительные отклонения зубца Т и сегмента ST	1,3%
	7-3	НБПНПГ	8,9%
	7-6	БЗВЛНПГ	0,6%
	7-7	БПВЛНПГ	25,9%
	8-1-1,8-1-2	Экстрасистолы (предсердные,желудочковые)	1,9%
	9-7	Возможная РРЖ	3,2%
	8-7	Синусовая тахикардия	1,3%
	-	Синусовая аритмия	0,6%
Итого	100%		

У 36,7% лиц не было зарегистрировано патологических изменений на ЭКГ. Из больших изменений часто встречаемой патологией являлась гипертрофия левого желудочка (ГЛЖ), из малых – неполные блокады ножек пучка Гиса.

Большие ЭКГ изменения (в частности, ГЛЖ и ФП) чаще встречались среди женщин, что подтверждает статистически значимым показателем достигнутого уровня значимости. Тогда как малые изменения, такие как блокада задней ветви левой ножки пучка Гиса и возможная ранняя реполяризация желудочков, встречались чаще среди мужчин.

Таблица 2 – Частота встречаемости ЭКГ отклонений в зависимости от пола

	ЭКГ патологии	Мужчины		Женщины	
		Абсолютное количество	%	Абсолютное количество	%
Большие изменения	ГЛЖ	7	14,3%	19	17,5%
	Снижение ST ниже изолинии на 2 мм и более	1	2%	1	0,9%
	ПБЛНПГ	1	2%	1	0,9%
	ФП	-	-	1	0,9%
Малые изменения	Незначительные отклонения зубца Т и сегмента ST	-	-	2	1,8%
	НБПНПГ	2	4,1%	12	11%
	БЗВЛНПГ	-	-	1	0,9%
	БПВЛНПГ	16	32,7%	25	23%
	Экстрасистолы	-	-	3	2,7%
	Возможная РРЖ	3	6,1%	2	1,8%
	Синусовая тахикардия	1	2%	1	0,9%
	Синусовая аритмия	-	-	1	0,9%
Норма	18	36,7%	40	36,7%	
Итого	49	100%	109	100%	
$\chi^2=9,835, p=0,043$					

Таблица 3 – Частота встречаемости ЭКГ отклонений в зависимости от национальности

	ЭКГ патологии	Казахи		Узбеки	
		Абсолютное количество	%	Абсолютное количество	%
Большие изменения	ГЛЖ	16	16,8%	10	16,1%
	Снижение ST ниже изолинии на 2 мм и более	2	2,1%	-	-
	ПБЛНПГ	1	1%	1	1,6%
	ФП	-	-	1	1,6%
Малые изменения	Незначительные отклонения зубца Т и сегмента ST	1	1%	1	1,6%
	НБПНПГ	8	8,3%	6	9,8%
	БЗВЛНПГ	1	1%	-	-
	БПВЛНПГ	23	23,9%	18	29%
	Экстрасистолы	1	1%	2	3,2%
	Возможная РРЖ	2	2,1%	3	4,8%
	Синусовая тахикардия	1	1%	1	1,6%
	Синусовая аритмия	1	1%	-	-
Норма	39	40,7%	19	30,7%	
Итого	96	100%	62	100%	
$\chi^2=7,753, p=0,101$					

Полученные данные ЭКГ не отличались по национальному признаку.

Изучение частоты встречаемости ЭКГ отклонений в зависимости от места проживания показывает, что большие изменения статистически значимо часто встречаются у городских жителей, а малые больше распространены среди сельчан.

Таблица 4 – Частота встречаемости ЭКГ отклонений у жителей города и села

	ЭКГ патологии	Город		Село	
		Абсолютное количество	%	Абсолютное количество	%
Большие изменения	ГЛЖ	18	18,9%	8	12,7%
	Снижение ST ниже изолинии на 2 мм и более	2	2,1%	-	-
	ПБЛНПГ	1	11,1%	1	1,6%
	ФП	-	0	1	1,6%
	Незначительные отклонения зубца Т и сегмента ST	2	2,1%	-	0
Малые изменения	НБПНПГ	8	8,4%	6	9,4%
	БЗВЛНПГ	-	-	1	1,6%
	БПВЛНПГ	22	23,1%	19	30,2%
	Экстрасистолы	1	1,1%	2	3,2%
	Возможная РРЖ	2	2,1%	3	4,8%
	Синусовая тахикардия	1	1,1%	1	1,6%
	Синусовая аритмия	1	1,1%	-	-
	Норма	37	38,9%	21	33,3%
Итого	95	100%	63	39,2%	
$\chi^2=10,237, p=0,037$					

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Нами установлено, что ЭКГ изменения одинаково часто встречаются как среди мужчин, так и среди женщин. Похожие результаты были получены в Швеции и России [14,15]. Наряду с этим в литературе немало работ, показывающих большую распространенность изменений ЭКГ у мужчин [16,17], в противоположность этому некоторые исследователи сообщают, что по сравнению с мужчинами отклонения ЭКГ чаще регистрируются у женщин [18,19].

Как показано в таблице 2, распространенность ЭКГ отклонений статистически значимо не отличалась у людей казахской и узбекской национальности. Аналогичные результаты были получены при сравнении ЭКГ отклонений у людей арабского, индийского, иорданского, филиппинского, кавказского происхождения, и они существенно не отличались между собой [20]. Наряду с этим было проведено достаточно много исследований, находивших статистически значимые различия у людей разных национальностей. [21,22]

ВЫВОДЫ

1. В проведенном нами популяционном исследовании лишь у 36,7% пациентов не выявлены ЭКГ изменения.

2. Большие ЭКГ изменения (в частности, ГЛЖ и ФП) чаще встречались у женщин, в то время как малые изменения (например, блокада задней ветви левой ножки пучка Гиса и возможная ранняя реполяризация желудочков) – у мужчин.

3. Изменения электрофизиологии сердца не различаются по этническому признаку.

4. Большие ЭКГ изменения встречаются чаще у жителей города, тогда как малые – у сельчан.

ТҮЙІНДЕМЕ

**ИБРАГИМОВА С.И.¹, БАБАЕВА К.С.¹,
ШАЛХАРОВА Ж.Н.¹,**

¹Қ.А. Ясауи атындағы Халықаралық
Қазақ-Түрік университеті,
Түркістан қ.

ТҮРКІСТАН АЙМАҒЫ ТҮРҒЫНДАРЫ АРАСЫНДАҒЫ ПОПУЛЯЦИЯЛЫҚ ЗЕРТТЕУІНДЕ ЭКГ ӨЗГЕРІСТЕРДІҢ СИПАТТАМАСЫ

Литература:

1. Nikus K., Birnbaum Y., et al. Updated electrocardiographic classification of acute coronary syndromes. *Curr Cardiol Rev.* 2014
2. В.П. Лупанов, Современные методы инструментального исследования больных стабильной ишемической болезнью сердца при длительных наблюдениях. – РМЖ. – №12. – 2013. – С. 601.
3. Fernández-Armenta J., Berrueto A. How to recognize epicardial origin of ventricular tachycardias? *Curr Cardiol Rev.* 2014.
4. *J Epidemiol.* 2000 Feb. Comparison of electrocardiographic findings between Northern and Southern Chinese population samples. Rao X., Wu X., et al.
5. *Heart.* 1998 Dec. Prognostic value of ECG findings for total, cardiovascular disease, and coronary heart disease death in men and women. De Bacquer D., De Backer G., et al.
6. *Scand Cardiovasc J.* 2011 Feb. Association between ventricular repolarization and main cardiovascular risk factors. Pshenichnikov I., Shipilova T., et al.
7. *Indian Heart J.* 2002. Prevalence of coronary heart disease and risk factors in an urban Indian population: Jaipur Heart Watch-2. Gupta R, Gupta VP, Sarna M, et al.
8. *J Midlife Health.* 2010 Jan. Prevalence of cardiovascular risk factors in postmenopausal women: A rural study. Tandon V.R., Mahajan A., et al. Jammu and Kashmir, India.
9. *J Interv Card Electrophysiol.* 2012 Dec. Cardiac autonomic function in metabolic syndrome: a comparison of ethnic Turkish and Japanese patients. Erdem A., Uenishi M., et al. Bolu, Turkey.
10. *Br J Sports Med.* 2014 Aug. ECG and morphologic adaptations in Arabic athletes: are the European Society of Cardiology's recommendations for the interpretation of the 12-lead ECG appropriate for this ethnicity? Riding N.R., Salah O. Qatar.
11. *Zhonghua Liu Xing Bing Xue Za Zhi.* 2010 Apr. Electrocardiogram Minnesota codings from 30 000 adult cases with Kazakh ethnicity in Xinjiang, China. Mu H.Y., Qiu P., et al.
12. Guidelines for recording a standart 12-lead electrocardiogram; British Cardiovascular Society; February 2013.
13. The Minnesota Code Manual of Electrocardiographic Findings. Standards and Procedures for Measurement and Classification. Second edition, new and enlarged. Prineas R, Crow R, Zhang Zhu-Ming, Springer London Dordrecht Heidelberg New York, 2010.
14. Morise A.P, Diamond G.A. Comparison of the sensitivity and specificity of exercise electrocardiography in biased and unbiased populations of men and women. *Am Heart J.* 1995.
15. *Ter Arkh.* 2004. Incidence of heart rate disorders in rural population of Krasnoyarsk region. Gogolashvili N.G., Novgorodtseva N.I., et al.
16. De Bacquer D., De Baker G., Kornitzer M. Prevalences of ECG findings in large population based samples of men and women. *Heart* 2000.
17. Assantachai P., Panchavinnin P., Pisalsarakij D. An Electrocardiographic survey of elderly Thai people in the rural community. *J Med Assoc Thai.* 2002.
18. *J Prev Med Public Health.* 2006 Nov. The resting electrocardiographic ST segment depression and related factors at a rural adult community, Korea. Kim Y.M., Kim M.K.
19. *Heart.* 2008 Apr. Coronary artery disease epidemic in Pakistan: more electrocardiographic evidence of ischaemia in women than in men. Jafar T.H., Qadri Z., Chaturvedi N. Karachi, Pakistan.
20. *J Electrocardiol.* 2001 Oct. Ethnic differences in electrocardiographic intervals and axes. Mansi I.A., Nash I.S. NY, USA.
21. *Br J Sports Med.* 2014 Aug. ECG and morphologic adaptations in Arabic athletes: are the European Society of Cardiology's recommendations for the interpretation of the 12-lead ECG appropriate for this ethnicity? Riding N.R., Salah O. Qatar.
22. *Arch Intern Med.* 2003 Oct 13. The effect of ethnicity on survival in male veterans referred for electrocardiography and treadmill testing. Prakash M., Partington S., et al.

Мақалада ЭКГ ауытқуларының кездесу жиілігі этникалық тектілігіне, қаламен ауыл тұрғындары арасында және жынысқа байланысты зерттелген.

Түйін сөздер: үлкен ЭКГ ауытқулары, кіші ЭКГ ауытқулары, жыныс, этникалық тектілік.

SUMMARY

**IBRAGIMOVA S.I.¹, BABAYEVA K.S.¹,
SHALKHAROVA ZH.N.¹,**

¹International Kazakh-Turkish University
named after KH. A Yasawi, Turkestan c.

DESCRIPTION OF ECG ABNORMALITIES AMONG INHABITANTS OF TURKESTAN REGION IN THE POPULATION STUDY

The article presents the characteristics of ECG abnormalities, depending on the gender, ethnics and geographical location among inhabitants of Turkestan region.

Keywords: major ECG abnormalities, minor ECG abnormalities, gender, ethnics.

MARKETING ANALYSIS OF THE MARKET OF SEDATIVE MEDICINES IN REPUBLIC OF KAZAKHSTAN

Compared with anxiolytics and hypnotics, especially benzodiazepine derivatives, sedatives (especially of plant origin) have a less pronounced soothing effect, yet they are characterized by good tolerability and no serious side effects (do not cause muscle relaxation, ataxia, drowsiness, and addiction, mental and physical dependence). All this allows them to be widely used in everyday outpatient practice. [2]

ABSTRACT

Sedatives are an big and diverse group of medicines widely used in medical practice. Currently, there is a large choose of sedatives, with great variety of dosage forms. This article presents statistical analysis of the pharmaceutical market of the sedatives in Republic of Kazakhstan, sorted by the name and country of origin.

Keywords: sedative drug, plant preparation, state registry of RK.

The modern pharmaceutical market in the Republic of Kazakhstan is characterized by a steady increase in the number of available drugs. During the last five years, there has been a significant expansion and deepening of the range of all major groups of medical and pharmaceutical products. This trend is especially prominent for medicines. The increase in the number of available drugs is mostly due to the registration on the pharmaceutical market of the Republic of Kazakhstan of a large number of reproduced drugs (generics) of foreign and domestic producers. This significantly increased the possibility of

choosing the right medicine taking into account modern approaches to pharmacotherapy of various pathological conditions, individual characteristics of the disease, consumer preferences of end users [4].

For pharmaceutical workers, who organize medicinal provision of the population and medical organizations, the actual problem is the formation of a rational assortment policy that contributes both to meeting the needs of consumers and strengthening the market positions of the pharmaceutical organization [3].

For this purpose, the regional market of sedative medicinal products, which are dispensed from pharmacy organizations without a doctor's prescription (over-the-counter, OTC) has been studied. The objects of research were: 50 pharmacy organizations of Almaty city and Almaty region.

Sedatives are used for increased nervous excitability, irritability, vegetative disorders, sleep disorders, neuroses (at the beginning of treatment), including cardioneurosis, neurosis-like conditions. Compared with anxiolytics and hypnotics, especially benzodiazepine derivatives, sedatives (especially of plant origin) have a less pronounced soothing effect, yet they are characterized by good tolerability and no serious side effects (do not cause muscle relaxation, ataxia, drowsiness, and addiction, mental and physical dependence). All this allows them to be widely used in everyday outpatient practice. [2]

In the block of marketing researches of over the counter (OTC) sedative medicines, the main direction was the study of assortment, consumer properties and competitiveness of medicines. Previously, with the help of a quantitative analysis of OTC sedative drugs was analyzed.

The analysis showed that the pharmaceutical market of sedative non-prescription drugs in the Republic of Kazakhstan is represented by 74 names, including 27 names (25,7%) – domestic production; 44 names (74,3%) – imported production (Table 1) [1].

As follows from the data of Table 1, the market of OTC sedative drugs is represented by products of 9 countries. The leaders on the supply of medicines of this group in the Republic of Kazakhstan are: Russian Federation – 8%, Germany – 5,5%, Slovenia – 8%.

Table 1 – Registered sedative drugs by manufacturing countries in the pharmaceutical market of the Republic of Kazakhstan

Country of origin	Number of drugs	
	Count	Percentage, %
Kazakhstan	19	25,7
Russia	6	8
Germany	4	5,5
Slovenia	6	8
Czech republic	2	2,8
USA	3	4
Belgium	-	-
Belarus	7	9,5
France	-	-
Poland	2	2,8
Turkey	6	8
Switzerland	-	-
Ukraine	14	18,9
Denmark	-	-
Latvia	2	2,8
Austria	3	4
Total	74	100

It should be noted that out of 74 names of sedative OTC drugs – 10 of synthetic origin, 49 – plant origin, 15 – homeopathic medicinal preparations (Table 3) [1].

Among the drugs of sedative action, the largest number represented by herbal preparations containing *Valeriana officinalis* – 13 names (18,9%).

OTC sedative drugs are available in various dosage forms. A number of trade names of sedative drugs is released simultaneously in 2-3 types of dosage forms. The largest share in the total nomenclature is occupied by solid dosage forms: tablets (90.6%), dragees, powders (33.3%), followed by drops (26.0%) and solutions for internal use (14.6%).

The main domestic manufacturers of sedative non-prescription drugs are Eko-Farm LLP, Nobel Almaty Pharmaceutical Factory JSC, Himpharm SA, Shansharov-Pharm LLP, Pharmaceutical Company Romat, Medicinal Preparations LLP, which produce galenic preparations with a relatively low cost, attracting regular customers. From foreign manufacturers: Public Joint-Stock Company "Research and Production Center "Borshchahiv Chemical-Pharmaceutical Plant", Teva Czech Enterprises sr.o., Sanovel Pharmaco-industrial trading company, Unipharm, Inc., Lek Pharmaceuticals dd, Nobel Ilach Sanai Ve Tijaret A.Sh., etc. [1]

Table 2 – List of sedative drugs available in Republic of Kazakhstan

№	Trade name	Dosage form	Shelf life	Manufacturer	Country
1	Original Bittner Great Balm®	Balm for internal and external use	5 y.	Richard Bittner AG	Austria
2	Loma Lux Psoriasis	Homeopathic oral solution	5 y.	Apotheca Inc.	USA
3	Validol	Liquid	4 y.	Irbid chemical-pharmaceutical plant Pub. Corp.	Russia
4	Validol	Liquid	1 y.	Factory of chemical reagents, Scientific-techn. complex "Institute of Single Crystals" of the National Academy of Sciences of Ukraine	Ukraine
5	Corvalol	Drops	1.5 y.	Himpharm Public Company	Kazakhstan
6	Мемория®	Homeopathic drops	5 y.	Richard Bittner AG	Austria
7	Нотта®	Homeopathic drops	5 y.	Richard Bittner AG	Austria
8	Valordin	Oral drops	2 y.	Pharmtechnology Ltd.	Belarus
9	Valocordin®	Oral drops	5 y.	Kreivel Mozelbach GmbH	Germany
10	Barboval®	Oral drops	3 y.	Pharmak Public Company	Ukraine
11	Corvaldinum®	Oral drops	3 y.	Pharmak Public Company	Ukraine
12	Corvaldinum®	Oral drops	3 y.	Pharmak Public Company	Ukraine
13	Corvalol®	Oral drops	2.5 y.	Pharmak Public Company	Ukraine
14	Valocordin®-Doxilamin	Oral drops	4 y.	Kreivel Mozelbach GmbH	Germany
15	Noophen, 250 мг	Capsules	2 y.	OLAINPHARM Public Company	Latvia
16	Noophen® (NOOPHENUM®)	Capsules	3 y.	OLAINPHARM Public Company	Latvia
17	Vamelan	Capsules	3 y.	PPF Hasco-Lek SA	Poland
18	Neuromix forte	Capsules	2.5 y.	Pabyanick Pharm Plant Polpha	Poland
19	Nightly Persen®	Capsules	2 y.	Lek Pharmaceuticals	Slovenia
20	Trivalumen	Capsules	2 y.	Borshagov Pharm Plant	Ukraine
21	Valerian	Rhizoma with roots	3 y.	Zerde-Phyto Ltd.	Kazakhstan
22	Valerian tincture	Tincture	3 y.	Borisov Chem Plant Public Company	Belarus
23	Valerian tincture	Tincture	3 y.	Borisov Chem Plant Public Company	Belarus
24	Leonuri herbae tincture	Tincture	2 y.	Romat Pharm Company Ltd	Belarus
25	Valerian tincture	Tincture	5 y.	Himpharm Public Company	Kazakhstan

№	Trade name	Dosage form	Shelf life	Manufacturer	Country
26	Valerian tincture	Tincture	5 y.	Pharmacy 2010 Ltd	Kazakhstan
27	Valerian tincture	Tincture	5 y.	Shansharov-Pharm Ltd	Kazakhstan
28	Valerian tincture	Tincture	5 y.	Shansharov-Pharm Ltd	Kazakhstan
29	Valerian tincture	Tincture	5 y.	Pharmacy 2010 Ltd	Kazakhstan
30	Peppermint tincture	Tincture	3 y.	Romat Pharm Company Ltd	Kazakhstan
31	Peony tincture	Tincture	2 y.	Pharmacy 2010 Ltd	Kazakhstan
32	Motherwort tincture	Tincture	4 y.	Shansharov-Pharm Ltd	Kazakhstan
33	Motherwort tincture	Tincture	4 y.	Hippocrat Public Company	Kazakhstan
34	Peony tincture	Tincture	2 y.	Lubnypharm Public Company	Russia
35	Ginseng tincture	Tincture	3 y.	Galichpharm, Arterium Corporation	Ukraine
36	Sedavit	Oral solution	2 y.	TEVA Czech Enterprises	Ukraine
37	Novo-Passit®	Oral solution	4 y.	Nobel Almaty Pharm Plant Public Company	Czech Republic
38	Palora®	Syrup	3 y.	Nobel Almaty Pharm Plant Public Company	Kazakhstan
39	Palora®	Syrup	3 y.	PIK-PHARMA Public Company	Kazakhstan
40	Pantogam	Syrup	2 y.	KRKA Novo Mesto	Russia
41	Herbion® hедера syrup	Syrup	2 y.	KRKA Novo Mesto	Slovenia
42	Herbion® plantago syrup	Syrup	3 y.	KRKA Novo Mesto	Slovenia
43	Herbion® primrose sirup	Syrup	3 y.	KRKA Novo Mesto	Slovenia
44	Herbion® iceland moss syrup	Syrup	2 y.	Nobel İlaç Sanayi ve Ticaret A.Ş.	Slovenia
45	Palora®	Syrup	3 y.	Nobel İlaç Sanayi ve Ticaret A.Ş.	Turkey
46	Palora®	Syrup	3 y.	Borisov Chem Plant Public Company	Turkey
47	KM Ginseng	Suppositories	3 y.	"Kyzylmai" Public Company	Kazakhstan
48	Phenibut	Tablets	3 y.	Belmedpreperaty	Belarus
49	Dormikind	Tablets	5 y.	Deutsche Homoopathie-Union, DHU-Arzneimittel GmbH & CO	Germany
50	Validol with glucose	Tablets	2 y.	Himpharm Public Company	Kazakhstan
51	Corvatablet®	Tablets	2 y.	Himpharm Public Company	Kazakhstan
52	Corvalol®	Tablets	2 y.	Pharmak Public Company	Ukraine
53	Corvaltab	Tablets	2 y.	Pharma Start Public Company	Ukraine
54	Cratal	Tablets	3 y.	Borshagov Pharm Plant	Ukraine
55	Sedavit	Tablets	2 y.	Kyivmedpreparat	Ukraine
56	Uspokoi	Homeopathic tablets	3 y.	MateriaMedica Holding	Russia
57	NOTTA Sanovel	Chewing tablets	5 y.	Sanovel	Turkey
58	NOTTA Sanovel	Chewing tablets	5 y.	Sanovel	Turkey
59	Validol with glucose	Sublingual tablets	2 y.	Irbit chemical-pharmaceutical plant Pub. Corp.	Russia
60	Validol AV	Sublingual tablets	2 y.	Altayvitamins	Russia
61	Validol®	Sublingual tablets	2 y.	Pharmak Public Company	Ukraine
62	Adonis-brome	Coated tablets	2 y.	Borisov Chem Plant Public Company	Belarus
63	Valerian	Coated tablets	3 y.	Belmedpreperaty	Belarus
64	Ardeisedon® Nacht	Coated tablets	3 y.	Wiewelhove GmbH & Co	Germany
65	Persen®	Coated tablets	2 y.	Lek Pharmaceuticals	Slovenia
66	VITRUM® PERFORMANCE	Coated tablets	5 y.	Unipharm Inc.	USA
67	MELAXEN®	Coated tablets	4 y.	Unipharm Inc.	USA
68	NOTTA Sanovel	Coated tablets	4 y.	Sanovel	Turkey
69	Novo-Passit	Coated tablets	3 y.	TEVA Czech Enterprises	Czech Republic
70	Palora®	Film coated tablets	3 y.	Nobel Almaty Pharm Plant Public Company	Kazakhstan
71	Palora®	Film coated tablets	3 y.	Nobel İlaç Sanayi ve Ticaret A.Ş.	Turkey
72	Cratal for children	Film coated tablets	3 y.	"Borshagov Pharm Plant" Public Company	Ukraine
73	Motherwort herb	Herb	2 y.	Eco-Pharm Ltd.	Kazakhstan
74	Motherwort herb	Herbal tea	2 y.	Eco-Pharm Ltd.	Kazakhstan

Table 3 – Quantitative characteristic of OTC sedative drugs

OTC sedative drugs	Domestic production		Imported		Total	
	count	%	count	%	count	%
Synthetic	3	4,1	24	32,4	27	36,5
Herbal	16	21,6	26	35,2	42	56,8
including valerian containing preparations	6	8,1	8	10,8	14	18,9
Homeopathic	-	-	5	6,7	5	6,7
including valerian containing preparations	-	-	-	-	-	-
Total	19	25,7	55	74,3	74	100

The assortment of sedative prescription drugs in the regional pharmaceutical market is much smaller than the list of this group of drugs officially registered in the Republic of Kazakhstan. Commodity assortment, or more precisely its completeness, has an important socio-economic significance, since its quality determines the completeness of satisfying consumer demand. A narrow range can be one of the factors that restrain the process of fulfilling the individual needs of each consumer. Determination of the optimal assortment is a key point in the economic activity of each pharmacy organization.

The main suppliers of sedative drugs to Almaty and the Almaty region are Inkar LLP, Medicus LLP, ZamanPharm LLP and Rauza LLP.

As shows the analysis of retail prices of OTC sedative drugs in pharmacy organizations, there is a significant range of prices for the same drug name (Table 3).

When the entire assortment of sedative prescription drugs was divided into groups, it was found that 34.0% had a value of up to 500 tg, 12.5% – from 500 to 1 000 tg, 8.5% – from 1 000 to 1 500 tg. And more than 1 500 tg – 45.0%.

Import analogs are distinguished by a higher quality of the drug substance due to a more technologically advanced manufacturing process, as well as a more convenient dosage form (for example, capsules, effervescent tablets) and high bioavailability. [8]

In the assortment of OTC sedative drugs, both single component (39 names – 52.7%) and combined medicines are present.

The figure shows that in the pharmaceutical market of the Republic of Kazakhstan there are mainly drugs of sedative action of domestic production – 59.4%, Combined composition – 78.1%, plant origin – 73.9%, including those containing valerian drug – 30.2%, Solid dosage forms – 33.3%, including tablets – 90.6%. Consequently, the domestic pharmaceutical market offers a targeted segment of consumers a significant range of sedative non-prescription drugs.

It should be noted that a rationally formed assortment range, taking into account the competitiveness of the goods determines the quality of customer satisfaction. The factors of competitiveness include the quality of

the product (drug) and its conformity to demand, price, Design and promotional activities, Forms of product promotion and customer service [2,5,10].

Table 4 – The average prices for OTC sedative medicines in Almaty and the Almaty region

Drug name	Average cost, tg	
	Almaty	Almaty region
Adonis-brom tablets	240	235
Valeriana extract tblets	196	205
Valeodicramen drops	960	950
Valocordin drops	1 276	1 300
Doppelhertz Melissa		
Zelenin drops	90	100
Novo-Passit solution	2 010	2 000
Novo-Passit tablets	10 tab. – 762 30 tab. – 1 827 60 tab. – 2 625	750
Notta drops	3 653	3 500
Persen tablets	20 tab. – 1270 40 tab. – 2155	1 300
Persen forte capsules	20 caps. – 2 815	2 800
Motherwort tincture	30 ml – 50	
25 ml – 72	50	

For medicines, the most important factors of competitiveness are the following:

- Therapeutic efficacy and safety of drugs (no side effects, adverse effects of treatment);
- Value indicator (price);
- Rationality of dosage form, dosage, packaging;
- Duration of treatment, etc.

Medicinal products as a product have a number of characteristics. One of these features is that the demand for them is formed both by the buyers themselves and by the doctors. Therefore, an assessment of the main indicators of competitiveness should be conducted in the form of a survey of both doctors and consumers.

When assessing the competitiveness of medicines, it is necessary to take into account the presence of preparations containing identical active substances of different manufacturers. To do this, it is advisable to conduct a marketing analysis of preferences for such indicators as comparative analysis of the therapeutic effectiveness of drugs, the severity of side effects, the form of release, dosage, method of administration.

Thus, the analysis of individual indicators of the competitiveness of medicines allows us to identify their range, which has the best consumer and the lowest cost characteristics (with the same consumer characteristics, that is, qualitative characteristics), and to form the optimal assortment of OTC sedative drugs in the pharmacy for the most complete satisfaction of the need.

The results of the marketing research showed that in the pharmaceutical market of the Republic of Kazakhstan this group of drugs is occupied mostly by generic

drugs, a total of 74, of which 20 are originals, 54 are generics. Domestic production has only 1 type of original sedative OTC drugs, the remaining 18 species are generic.

Table 5 – OTC sedative preparations on the pharmaceutical market of the Republic of Kazakhstan as the original and generic preparations

Country of origin	Total count	Generics	Original drugs
Kazakhstan	19	18	1
Russia	6	4	2
Germany	4	0	4
Slovenia	6	4	2
Czech Republic	2	1	1
USA	3	1	1
Belarus	7	5	2
Poland	2	2	0
Turkey	6	6	0
Ukraine	14	10	4
Latvia	2	2	0
Austria	3	0	3
Total	74	54	20

By dosage form, these drugs are divided into liquid and solid dosage forms, which are used mainly orally (only one form is applied rectally). Most popular dosage forms are: tablets (25), tinctures (14), drops (oral administration) (10) and syrups (9).

Table 6 – dosage form of OTC sedative drugs that available on the pharmaceutical market of the Republic of Kazakhstan

Dosage form	Count
Balm for external and internal use	1
Homeopathic oral solution	1
Liquid	2
Drops(homeopathic, oral)	10
Capsules	6
Rhizoma with roots	1
Tincture	14
Oral solution	2
Syrup	9
Suppositories	1
Tablets	25
Herbal tea	1
Herb	1
Total	74

РЕЗЮМЕ

**ДОСЖАНОВА Б.А.¹, МАМАШЕВА Г.М.¹,
КЛЕПИКОВ Д.А.¹, АЛИБАЕВА Ж.С.¹,
ЕГИНБАЙ А.¹, АТХАМОВ А.А.¹,**

¹Казахский национальный медицинский университет им. С.Д. Асфендиярова

**МАРКЕТИНГОВЫЙ АНАЛИЗ РЫНКА
ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ
СЕДАТИВНОГО ДЕЙСТВИЯ**

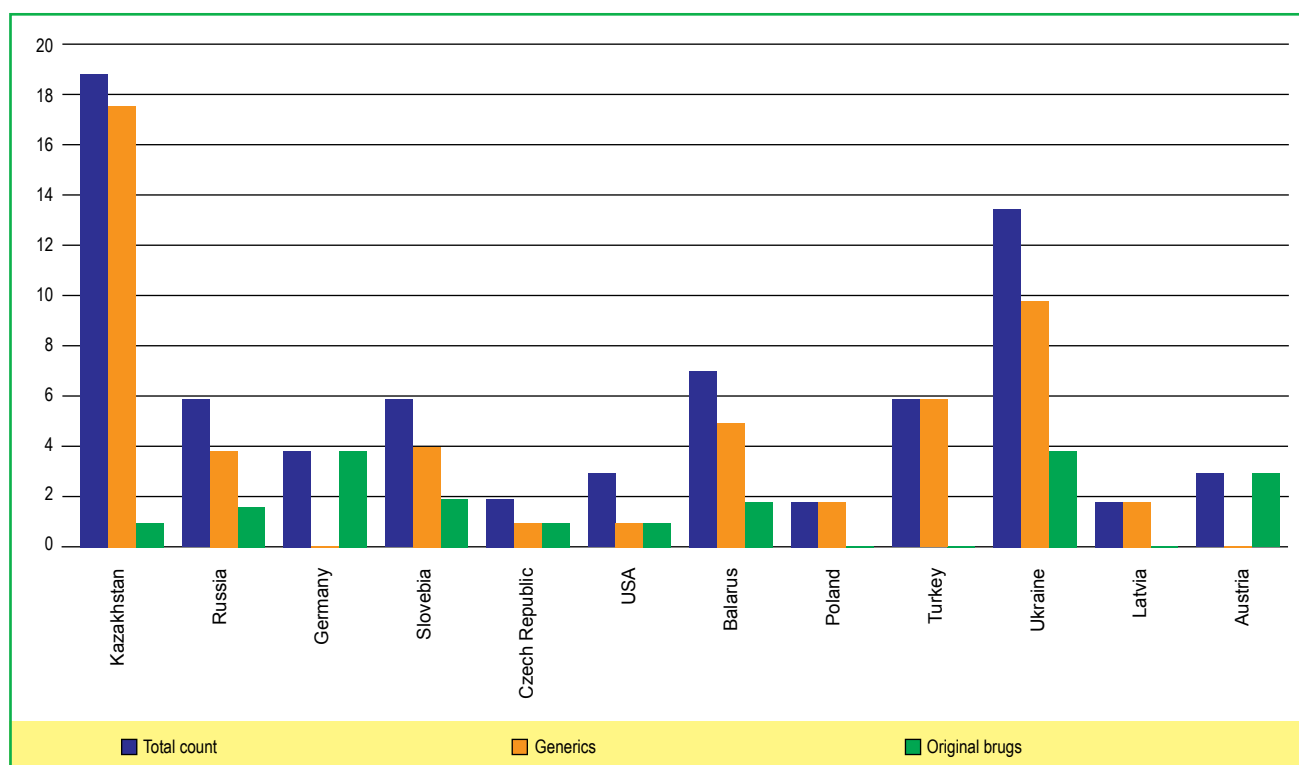


Figure – The share of the original OTC sedative drugs in the pharmaceutical market of Kazakhstan

Седативные средства представляют собой обширную и разнообразную по химическому строению группу лекарственных средств, широко применяющихся в медицинской практике. В настоящее время имеется большой арсенал успокоительных средств, их особенностью является многообразие лекарственных форм. В данной статье представлены статистические данные анализа казахстанского рынка седативных средств по наименованиям и странам производителей.

Ключевые слова: седативное действие, лекарственное растительное сырье, Государственный реестр РК.

ТҮЙІНДЕМЕ

ДОСЖАНОВА Б.А.¹, МАМАШЕВА Г.М.¹,
КЛЕПИКОВ Д.А.¹, АЛИБАЕВА Ж.С.¹,
ЕГИНБАЙ А.¹, АТХАМОВ А.А.¹,

¹С.Д. Асфендияров атындағы Қазақ ұлттық медициналық университеті

ТЫНЫШТАНДЫРҒЫШ ӘСЕРЛІ ДӘРІЛІК ПРЕПАРАТТАРДЫҢ НАРЫҒЫНА МАРКЕТИНГТІК ТАЛДАУЫ

Тыныштандырғыш заттар өзінің кең және әртүрлі химиялық құрылымы бойынша медициналық тәжірибеде кеңінен қолданылады. Қазіргі уақытта тыныштандырғыш заттардың әртүрлі қалыпта шығарылған үлкен арсеналы бар. Бұл мақалада ҚР фармацевтикалық нарығының статистикалық талдауы жасалған. Өзінің атаулары бойынша және өндіруші елдері бойынша ақпарат келтірілген.

Түйін сөздер: тыныштандырғыш әсер, дәрілік өсімдік шикізаты, ҚР Мемлекеттік реестрі.

Literature:

1. State drug public register of Republic of Kazakhstan. [Electronic resource]: www.dari.kz.
2. Харкевич Д.А. Фармакология, 11 издание. – Москва: Гэотар-Медиа, 2015 г.
3. Машковский М.Д. Лекарственные средства, 16 издание. – Москва: Новая волна, 2012 г.
4. Ушбаев К.У. Что надо знать о лекарствах врачу и больному. / Популярное справочное руководство. – Алматы, 2010 г., 184 с.

НОВОСТИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Merck и ACINO подписали дистрибьюторское соглашение о продвижении некоторых лекарственных средств в странах СНГ и Монголии

В начале июля 2017 года швейцарская фармацевтическая группа компаний ACINO заключила дистрибьюторское соглашение с одной из ведущих научно-технологических компаний мира Merck об исключительном праве на коммерческую реализацию и продвижение ряда препаратов компании Merck в странах СНГ и Монголии, за исключением России, с 1 января 2018 года.

Согласно условиям данного соглашения, ACINO будет представлять 9 торговых марок компании Merck для лечения сердечно-сосудистых и эндокринных заболеваний (сахарный диабет и заболевания щитовидной железы) на рынках Украины, Армении, Азербайджана, Казахстана, Кыргызстана, Молдовы, Туркменистана, Таджикистана, Узбекистана, Грузии, Беларуси и Монголии.

В пакет соглашения входят следующие торговые марки: CONCOR®, CONCOR® COR, LODOZ®, GLUCOPHAGE®, GLUCOPHAGE® XR, GLUCOVANCE®, EUTHYROX®, JODBALANCE®, THYROZOL®.

«Партнерство является неотъемлемой частью нашей стратегии. Существующий высокий спрос на продукцию компании Merck быстро усилит позиции ACINO в странах СНГ и Монголии и ускорит рост нашего бизнеса», – отметил Калле КАНД, генеральный директор ACINO.

С целью обеспечения непрерывного доступа препаратов на рынки развивающихся стран ACINO расширяет свое присутствие в регионе СНГ, создавая локально новые рабочие места.

Роджер ЯНССЕНС, директор Merck Biopharma в России и СНГ: «Цель компании Merck – предоставить доступ к лекарственным средствам во всех странах и регионах мира, где пациенты в них нуждаются. Мы рады иметь таких надежных партнеров, которые могут обеспечить мощную маркетинговую и логистическую поддержку бизнеса на высоком уровне и соответствующую требованиям законодательства там, где компания Merck не ведет собственную операционную деятельность».

Финансовые условия сделки не разглашаются.

acino.swiss

PESTUN I.V.¹, MNUSHKO Z.M.², DATKHAYEV U.M.³,

¹National University of Pharmacy, Kharkiv city; ²Kharkov Medical Academy of Postgraduate Education, Ukraine; ³Kazakh National Medical University named after S.D. Asfendiyarov, Almaty c.

SOCIAL, ETHICAL AND ECONOMIC ASPECTS OF COMPETITION PHARMACIES

Ukrainian pharmacies try to achieve competitive advantage in financial, economic, assortment, pricing, marketing communicative policy, introduction of innovative technologies. Simultaneously, the pharmacy has taken into account its role in society as a socially responsible institution, the management of which can be truly effective in the condition of achieving both economic and social objectives.



ABSTRACT

The paper presents the characteristics of social and ethical elements of contemporary marketing mix model, it is shown their influence on competitive advantage of drugstores, were differentiate the relationship of social and ethical components of the marketing mix of business performance drugstores (networks, companies).

Keywords: marketing mix, competitiveness of pharmacies, social and ethical characteristics, business performance.

Functioning of pharmacies in hard market conditions led to the development of a fairly tough competition.

General and specific aspects of competition, the competitiveness of stakeholders on pharmaceutical market; marketing, social activities of pharmaceutical organizations take place in the scientific and professional practice issues, discussed at symposia, conferences and seminars. Recently were represented review of current approaches to assessing competitiveness of enterprises, on informative, educational, social functions of pharmacies, the online promotion of drugs and other pharmaceutical products [1,2,5].

Despite the fairly widespread attention of researchers and practitioners to competitiveness of pharmacies and their networks, almost no describes effect the marketing mix in a competitive position and cost-effectiveness of pharmaceutical companies.

STUDY OBJECTIVES

The aim of article is to determine the impact of social and ethical component of elements of a modern model of the marketing mix on competitiveness and business indicators of pharmacies.

MATERIALS ANALYSIS

Experts and statistics, literature sources and Internet information, the historical, logical and method of synthesis.

RESULTS

Today, pharmacy business has to respond to the increased pressure of state and civil society. Pharmacies focusing their goals for commercial success, also to improve the social status, formation and preservation of a positive image, to attract customers, in general – fulfill its mission a health institution. Pharmacies should to ensure

a balance of interests of the own company, the medical community, patients and the public in general. Broadly numbered partially reflected in the social responsibility, but broad social and ethical compliance principles of activity helpsto cooperation contributes directly to customers. Given the current difficulties and contradictions suggest considering the possibility of increasing the competitiveness of pharmacies from the position of marketing mix 7P: Product (service), Price, Place, Promotion, Processes, People, Physical evidence. [3]

Considering the significance of goods and services to ensure the competitive position of pharmacy, pay attention to the high quality requirements of drugs, proliferation of counterfeit drugs on the market, implementing a quality management system in pharmacies. In the system of quality control of medicines in the pharmaceutical market is becoming increasingly important pharmacovigilance. This work is involved pharmacists according to the protocol pharmacist, approved by the Ministry of Health of Ukraine from 11.10.2013 y. №875. To ensure pharmacovigilance pharmacist shall inform the public about the importance and necessity of reporting of adverse reactions (detection lack of efficacy) when using medicines doctor or pharmacist and the subsequent referral of such information in due course to State Expert Center. It is recommended to give advice to visitors of pharmacy when they filling out their form (card-message) to provide patient information on adverse reaction (or lack of efficacy) drug during its medical use, and to inform, where her guide [1]. Of course, perform such functions by pharmacists, causing additional stress, but help to eliminate inefficient drugs or with presence of unexpected adverse reactions out of pharmaceutical market. In addition, the additional attention to the patients wins a pharmacy position of ethical company.

In modern terms, then decline in solvency population, the price is one of the most important factors of competition and perceptions of pharmacy customers. Too high prices are cause of outflow of customers and money, too low are leading to loss of income and the slow development of the company. It should be considered when choosing a pricing policy structure consumers (clients) for propensity to purchase certain medicines price range.

However, the results of the survey of pharmacy chains and visitors of pharmacies differ estimated impact factor of price on competition. Employees of pharmacy chains expressed concern about widespread so-called discounters pharmacies. Their essence is to set prices with 10-20% lower than average in the region by saving on those factors that are not important for price-sensitive customers (interior, show windows, service, etc.). Increase the number of customers contribute discount cards, discounts for pensioners, for health workers, implementation of joint discount cards to commercial organizations operating in various industries.

Element of marketing mix "place of the pharmacy" is now perhaps the most appropriate for clients Ukrainian pharmacies because, due to the lack of regulation

of the distance between pharmacies, problem of pedestrian accessibility almost nonexistent. However, the presence convenience of parking near the pharmacy, proximity to public transport, convenient operation pharmacy, personal fulfillment orders, taking orders by phone or online and so on are added.

The development of marketing and information technologies contribute to a high level of element "promotion" for medicines and other health products, the formation of brand pharmacies. Using of the Internet gives opportunities to inform the public pharmacies, sales promotion activity, receiving orders for delivery of drugs, providing information to customers about the supply of necessary medicines and so on. Remember that using the Internet makes patients more knowledgeable about diseases and medicines. However, so far there is a lack of discipline and culture of consumption of drugs. For example, according to research by the National Community Pharmacists Association of Ukraine, the biggest share of patients (49%) say that ever forgotten to take drugs intended; about 31% reported that they did not buy all the medicines prescribed by a doctor; every three in ten (29%) stopped taking drugs before the end of the treatment period; about a quarter (24%) were lower dose than it was designed [4]. Accordingly, the image of drugstore as a social and ethical company is forming and to culture of treatment helps thematic seminars for the public, patient support programs, schools for patients, media appearances, publications on specialized sites and more. As a result, this strategy is integrated into the business strategy and become the emotional component of brand.

The logical continuation of the previous element of the marketing mix is "processes" that accompanies the delivery of drugs and providing needed services. To this element should include process management, establishment of feedback, and continuous improvement of the quality and range of services. An essential strengthening of element the "processes" should be the proper implementation of Good pharmaceutical practice, although many pharmacies develop and implement their own standards of customer service. Given that the current common criterion of efficiency of pharmacist is the average amount of the check, an important is additional sale of goods, which should be view not only economically, but also medical and social point. Additional recommended drugs for maintenance therapy, reducing of adverse reactions to drugs, needed items for patient care, medical equipment and so on suggests professionalism and initiative of pharmacists. In this case, it is appropriate to establish in pharmacy related software which can help or serve as clues about possible recommendations related products.

A further element of the marketing mix is the "people": professional staff, communicating with clients, their counseling, self-treatment control, personal responsibility, involvement in the processes, establishing and maintaining long-term relationships with customers and others.

Table – The impact of the marketing on social, ethical and business indicators of pharmaceutical companies

Marketing mix elements	Content of elements	The impact on social and ethical performance	The impact on business indicators
Product (service)	<ul style="list-style-type: none"> quality goods and services wrestling with distribution of counterfeit forming range of medicines and other pharmacy goods providing of post marketing research 	<ul style="list-style-type: none"> image of pharmaceutical organization flexibility of range and speed of response to consumer requests -ensure availability for vital drugs possibility of replacing analogue drugs quality of pharmacotherapy 	<ul style="list-style-type: none"> turnover profit distribution of drugs at the ABC group optimization of structure medicines on prices balancing commodity stocks avoidance of overstocking pharmacy definition of core range, which brings the most revenue
Price	<ul style="list-style-type: none"> state regulation of pricing on medicines adaptability of pricing differentiation of pricing use of market information on pricing setting of price competition definition price segments of consumers (clients) introduction of discount programs 	<ul style="list-style-type: none"> creating a positive pharmacies image among consumers ensure economic access to medicines participation of pharmacies in social programs differentiated approach to different categories of customers 	<ul style="list-style-type: none"> optimization of revenue and gross profit optimization of profitability ensure maximum profitability at the same competitiveness reducing of financial risk
Place	<ul style="list-style-type: none"> walking accessibility additional services 	<ul style="list-style-type: none"> physical access to medicines additional services formation of the target audience 	<ul style="list-style-type: none"> stabilization of turnover and profit optimization of inventory turnover
Promotion	<ul style="list-style-type: none"> creating of pharmacy brand informing of consumers about the pharmacy and present assortment merchandising pharmaceutical care influence on medicines consumption educational work among the population speech in the media WEB site design, publications on specialized sites in the Internet 	<ul style="list-style-type: none"> achieving a balance between corporate, government and public interests achieving a customer loyalty promoting quality of care formation of new consumer needs education course of drug consumption: managing of self treatment of population 	<ul style="list-style-type: none"> increase in gross income increase in the average sum of the check increasing the speed of inventory increasing additional sales of drugs and other products increases of salary of employees
Processes	<ul style="list-style-type: none"> sells and services management service standards good pharmaceutical practice protocols of pharmacist using of software 	<ul style="list-style-type: none"> implementation of new sales technologies ensure the quality of pharmacotherapy improve service quality and speed of customer service 	<ul style="list-style-type: none"> achieving level of turnover accelerate the speed of commodity stocks sales increase average sum of the check
People	<ul style="list-style-type: none"> professional staff awareness of staff personal responsibility establishing long-term customer contacts system of staff motivation and control 	<ul style="list-style-type: none"> efficiency of personnel motivation training and staff development staff loyalty to the company achieving customer loyalty to the pharmacy 	<ul style="list-style-type: none"> effective use of financial and material resources risk reducing providing effective economic result salary increases of employees rational system of bonuses
Physical evidence	<ul style="list-style-type: none"> evaluation of pharmaceutical services preference premises appearance and morale status of staff; customer feedback, including social networks awards from competitions, exhibitions etc. certificates 	<ul style="list-style-type: none"> positive image of pharmacy customer loyalty motivation managers and employees to receive (if any) physical evidence 	<ul style="list-style-type: none"> gross income profitability stability of consumers target audience

Another element of the extended marketing mix model is "Physical evidence" relating to the services market, which to some extent is the provision of pharmaceutical care. Proof can be customer reviews, recommendations, certificates. Among the components of this elementary isolated as the main benefits also the shopping room, equipment, materials, parallel gifts (including corporate packaging), awards from competitions, exhibitions, etc., that promotes a positive impact on the client [3]. Given the rate of spread of social networking, pharmacies have the opportunity to find reviews about their pharmacies or chains, customer satisfaction, compliance with existing service expectations and needs, find and implement new ways to attract customers and so on.

In general, social and ethical components of the marketing mix, forming internal factors as activity of

pharmacies, contribute to the creation of additional intangible values in the minds of consumers. This provides a competitive advantage to pharmacies and eventually affect the business indicators of pharmaceutical companies (the network companies), as reflected in the table.

CONCLUSION

Determine influence of modern marketing mix models for pharmaceutical companies, a competitive advantage, the formation of brand pharmacies, professional image of the institution, ensure the availability of drugs, quality of drug therapy, customer loyalty, etc.

Differentiate relationship of social and ethical components of the marketing mix of business performance pharmaceutical companies (networks, companies).

ТҮЙІНДЕМЕ

ПЕСТУН И.В.¹, МНУЧКО З.М.², ДАТХАЕВ У.М.³,
¹Ұлттық фармация университеті, Харьков қаласы; ²Жоғары оқу орнынан кейінгі білім берудің Харьков медициналық академиясы, Украина; ³С.Ж. Асфендияров атындағы Қазақ ұлттық медицина университеті, Алматы қ.

РЕЗЮМЕ

ПЕСТУН И.В.¹, МНУЧКО З.М.², ДАТХАЕВ У.М.³,
¹Национальный фармацевтический университет, г. Харьков; ²Харьковская медицинская академия последипломного образования, Украина; ³Казахский национальный медицинский университет имени С.Д. Асфендиярова, Алматы

ДӘРІХАНАНЫҢ БӘСЕКЕГЕ ҚАБІЛЕТТІЛІГІН ӨЛЕУМЕТТІК-ӘДЕПТІК ЖӘНЕ ЭКОНОМИКАЛЫҚ ҚЫРЫ

Мақалада аралас маркетинг заманауи үлгісінің өлеуметтік-әдептік элементтерінің сипаттамасы, оның дәріханалардың бәсекеге қабілеттілігіне әсері көрсетілген және дәріхана бизнесінің тиімділігі үшін аралас маркетингтің өлеуметтік-әдептік компоненттерінің қарым-қатынасы сараланды.

Түйін сөздер: Аралас маркетинг, дәріхананың бәсекеге қабілеттілігі, өлеуметтік-әдептік сипаттама, бизнес тиімділігі.

СОЦИАЛЬНО-ЭТИЧЕСКИЕ И ЭКОНОМИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ КОНКУРЕНЦИИ АПТЕК

В статье представлены характеристики социально-этических элементов современной модели маркетингового микса, показано их влияние на конкурентоспособность аптек. Также дифференцированы отношения социально-этических компонентов маркетингового микса для эффективности розничного фармбизнеса (сети, компании).

Ключевые слова: Маркетинговый микс, конкурентоспособность аптеки, социально-этическая характеристика, эффективность бизнеса.

Literature:

1. Гладью первоисточников-4. Его величество фармаконадзор: анатомия безопасности или как спасти жизнь тысячам пациентов в один клик. Аптека. – 2017. – №1 (1072). [Электронный ресурс]: <http://apтека.ua>.
2. Джупарова И.А. Применение технологии бенчмаркинга для повышения конкурентоспособности аптечных организаций. / Ц.Г. Сбоев, Ю.В. Белова. – Вестник НГУ. Серия: Социально-экономические науки. – 2010. – Т. 10. – Вып. 2. – С. 93-102.
3. 7 р маркетинга для сферы услуг / [Электронный ресурс]: marketing.web-3.ru.
4. Специализированная конференция-практикум «I-PharmaMarketingConference 2014». Интернет-продвижение фармацевтических брендов. – Аптека». – 2014. – №965 (44). [Электронный ресурс]: <http://apтека.ua>.
5. Унгуриян Л.М. Фармацевтична практика: логістичні, інформаційні, нейроекономічні та соціальні аспекти: монографія. / Л.М. Унгуриян, Б.П. Громолик. – Львів: Простір-М, 2016, 155 с.

БЕЗОПАСНОСТЬ ЛЕКАРСТВ

EMA разработало новую форму предоставления постмаркетинговой информации

Европейское агентство по лекарственным средствам внедрило новую форму, чтобы помочь владельцам маркетинговых лицензий предоставлять данные в рамках постмаркетинговых процедур (post-authorisation measures – PAMs) для лекарственных средств, зарегистрированных по централизованной процедуре.

Согласно PAMs владельцы маркетинговой лицензии должны предоставлять данные о безопасности, эффективности и/или качестве лекарственного средства после его одобрения. Необходимая информация подразделяется на несколько категорий в зависимости от их правовой основы и типа данных, которые должны быть сгенерированы. PAMs согласуются Комитетом по лекарственным средствам для медицинского применения (Committee for Medicinal Products for Human Use – CHMP), Комитетом по передовым методам терапии (Committee for Advanced Therapies – CAT) и Комитетом по оценке рисков в сфере фармаконадзора (Pharmacovigilance Risk Assessment Committee – PRAC).

Новая форма помогает упростить процесс подачи заявок для PAMs. При заполнении формы владелец маркетинговой лицензии автоматически информируется о категории PAMs, типе и кодах отправки для электронной заявки (eSubmission Gateway). Владелец лицензии также получает полезную процедурную информацию, включая временные рамки, расписание, задействованные комитеты и назначенные ресурсы EMA.

Простая в использовании форма является неотъемлемой частью пакета нормативных заявок, а ее использование обязательно с 1 сентября 2017 г. Форма будет частью модуля 1.0 подачи общей технической документации в электронном виде (electronic common technical document (eCTD) submission).

По материалам ema.europa.eu



ТҮРКІСТАН АУДАНЫ ТҰРҒЫНДАРЫНЫҢ ӨМІР СҰРУ САПАСЫНЫҢ ТЕМЕКІ ШЕГУШІЛІККЕ БАЙЛАНЫСТЫ САЛЫСТЫРМАЛЫ АСПЕКТІЛЕРІ

Медициналық профилактикалық қызметтің дамуы мен созылмалы бейинфекциялық аурулармен күрестің жетілуі, орын алатын аурудың асқынуы мен мезгілден тыс өлімді қысқартып, адамдардың саулық деңгейі мен өмір сүру сапасының артуына алып келді. [9-15]



АҢДАТПА

Бүгінгі таңда, халықтың өмір сүру сапасының деңгейін мінез-құлық қауіп факторларының деңгейіне байланыстылығын анықтау денсаулық сақтау саласының ең басты мәселелерінің біріне айналды. Бұл ретте, өмір сүру сапасы деңгейінің мінез-құлықтық қауіп факторларының ішіндегі темекі шегушілікке байланысты анықтаудың дәрежесі жоғары.

ДДСҰ-ның ұсынған анықтамасы бойынша «Өмір сүрудің сапасы – бұл субъективті қабылдауға негізделген, науқастың физикалық, психологиялық, эмоциональды және әлеуметтік тетіктерінің интегральды сипаттамасы» [1]. Қазіргі заманғы дәрігерлер негізгі мәселе ретінде денсаулыққа және оның өмір сүру сапасына әсерін зерттеуге қатты көңіл бөледі, себебі, адам ауырған кезде оған әр түрлі өмірдің аспектілері әсер етуі мүмкін. [2-8]

Түйін сөздер: өмір сүру сапасы, SF-36, мінез-құлықтық қауіп факторлары, темекі шегушілік, табак өнімдері.

ҒЫЛЫМИ ЖҰМЫСТЫҢ ӨЗЕКТІЛІГІ

Медициналық профилактикалық қызметтің дамуы мен созылмалы бейинфекциялық аурулармен күрестің

жетілуі, орын алатын аурудың асқынуы мен мезгілден тыс өлімді қысқартып, адамдардың саулық деңгейі мен өмір сүру сапасының артуына алып келді [9-15]. Ғылыми дерек қорлардан алынып отырған мәліметтерге қарай отырып, жер шарындағы болатын 75-85% өлімнің үлесі созылмалы бейинфекциялық аурулар құрамына енеді. Бұл топтағы аурулардың дамуына алып келетін негізгі қауіп факторларына – мінез-құлықтық қауіп факторлары жатады: темекі шегу, дұрыс тамақтанбау, семіздік/артық салмақтылық, физикалық белсенділіктің жеткіліксіздігі немесе оның жоқтығы және алкоголь өнімдерін қолдану. [9,10]

Халықтың өмір сүру сапасы мен темекі шегушілік деңгейінің арасындағы байланыстылықты анықтау, созылмалы бейинфекциялық аурулармен күресте шешуші маңызды орындардың бірін алуда. Бұл орайда, ДДСҰ-ның Бас директоры Маргерет Ченнің 2011 ж. Мәскеуде өткен бейинфекциялық аурулармен күрес мәселесі бойынша ДДСҰ-ның Глобалды форумында оқыған баяндамасында «Қазіргі жаһандық өзекті мәселеге айналған созылмалы бейинфекциялық аурулармен күресте әлем халқы ең шешуші кездерді бастан өткізіп жатыр, және осы күресте жеңе білу ол тікелей өзімізге және ұстанған бағытымызға байланысты» делінген. [11]

ЗЕРТТЕУ ЖҰМЫСЫНЫҢ МАҚСАТЫ

Түркістан ауданы тұрғындарының өмір сүру сапасының деңгейін және темекі шегушілік деңгейі арасындағы байланысты анықтау.

ЗЕРТТЕУ ЖҰМЫСЫНЫҢ МАТЕРИАЛДАРЫ МЕН ӨДІСТЕМЕЛЕРІ

Зерттеу жұмысы 972 (орта жас көрсеткіші – 51,9±13,7) Түркістан ауданы (Қарашық, Құмтүйін, т.б.) тұрғындарына жүргізілді. Оның ішіндегі 398-і ер адамдар (орта жас көрсеткіші – 50,1±13,7), ал 574-і әйелдер (орта жас көрсеткіші – 52,1±13,7). Зерттеуге алынған популяцияның 571-і қалалық (Түркістан қаласы), ал 401-і ауылдық тұрғындар (Қарашық, Құмтүйін, т.б.). Зерттеу жұмысына қатысқан әр зерттелуші, зерттеуге қатысуға өз келісімдерін беретін ақпараттық келісім парағына қол қойды.

Зерттелушілерде өмір сүру сапасын анықтау үшін – SF-36 (ағыл. The Short Form-36) сауалнамасы қолданылды. Бұл өмір сүру сапасын жалпылай деңгейде бағалауға арналған бейспецификалық, көптеген елдердің денсаулық сақтау салаларында кеңінен қолданылатын сауалнама болып саналады. Ал, темекі шегушілік деңгейін анықтау үшін Фагерстрем тесті қолданылды және қосымша сұрақтар қойылды (қазір темекі тартатындығы жөнінде мәлімет, темекі тарту өтілі; күніне орта есеппен тартатын темекі данасы). Сонымен қатар, темекі тартпайтындар немесе темекіні тастағандар үшін соңғы бір жыл ішінде жанында басқалардың темекі тартқандығы және он жыл бұрын темекі тартқаны не тартпағаны туралы ақпарат алынды.

1-кесте – Зерттеуге алынған Түркістан ауданы тұрғындарының (n=972) темекі шегушілік бойынша жалпы сипаттамасы

№	Қауіп факторы	Ерлер (n=398)	Әйелдер (n=574)
1	Темекі шекпейтіндер (орта жас көрсеткіші)	260	571
		52,6±13,9 (min28/max100)	
2	Темекі шегетіндер (орта жас көрсеткіші)	138	3
		48,4±11,4 (min29/max85)	

Зерттеу жұмысына MS Excel (2011 for IOS) және SPSS Statistics 17.0 статистикалық бағдарламалық пакеттері қолданылды. Статистикалық көрсеткіштерді анықтау үшін Стьюденттің Т-критеріі және Бір факторлы дисперсионды анализ қолданылды.

ЗЕРТТЕУ НӘТИЖЕЛЕРІ ЖӘНЕ ТАЛҚЫЛАУ

Көптеген авторлардың есептеуінше, өмір сүру сапасына адамның жүргізген кез келген әрекеті және өмір салты әсер етеді, және ол әсердің қаншалықты зиянды немесе зиянсыздығымен сипатталады. [2-20]

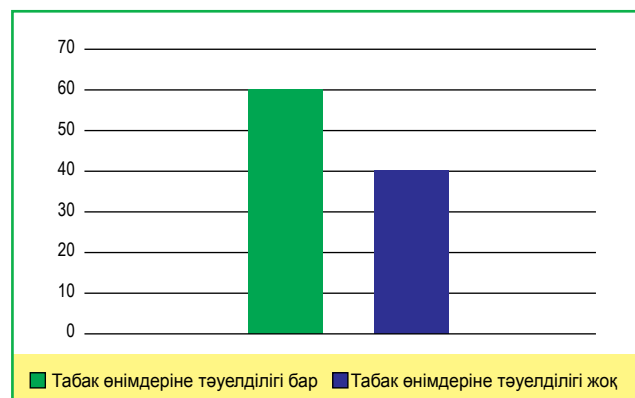
Түркістан ауданы тұрғындарының (n=972) өмір сүру сапасы (SF-36) мен темекі шегушілік арасын-

дағы байланыста (4-кестеге сәйкес) темекі шегушілердің SF-36 бойынша физикалық функционалдылық (Physical Functioning – PF, p=0,000), жалпы денсаулық (General Health – GH, p=0,018) және өміршеңдік (Vitality – VT, p=0,008) шкалаларында 95% статистикалық мәнділік интервалы сақталынды. Ал, қалған, рөлдік қызмет (Role-Physical Functioning – RP, p=0,051), дене ауырсынуы (Bodily pain – BP, p=0,256), әлеуметтік функционалдылық (Social Functioning – SF, p=0,451), эмоциональды жағдай (Role-Emotional – RE, p=0,348) және психикалық саулық (Mental Health – MH, p=0,383) шкалалары бойынша 95% статистикалық мәнділік интервалы сақталынбады. Осындай көрсеткіштер, Бразилияда жүргізілген зерттеулерде де көрінді. Cross-sectional және observational зерттеу дизайны негізінде жүргізілген бұл зерттеу жұмысына 60 жастан асқан 154 зерттелуші қатысты, және олар 4 топқа бөлінді: ешқашан темекі шекпегендер (n=57), пассивті темекі шегетіндер (n=30), экс-темекі шегушілер (n=45) және қазірде темекі шегетіндер (n=22). Мұның ішінде, ешқашан темекі шекпегендер (n=57) мен қазіргі таңда темекі шегетіндер (n=22) арасындағы физикалық функционалдылық (Physical Functioning – PF) көрсеткіші бір шаманы көрсетті, яғни M(SD)=90(10) құрады. Ал, бұл көрсеткіш пассивті темекі шегушілер (n=30) мен экс-темекі шегушілерде (n=45) айтарлықтай төмен (85 және 80). Жалпы денсаулық (General Health – GH) шкаласында қазіргі темекі шегушілердің деңгейі ешқашан темекі шекпегендерге қарағанда төмен екендігі анықталып, 95% статистикалық мәнділік интервалы орындалды, және өміршеңдік (Vitality – VT) шкаласындағы көрсеткіштер, қазіргі темекі шегушілерде ешқашан темекі шекпейтіндерге қарағанда біршама жоғары көрсеткішті көрсетті (75 және 80). Бұл зерттеуде денсаулықтың физикалық компонентінен бұрын, денсаулықтың психикалық компонентінде көп өзгерістер болатындығы анықталынды [15], ал, біздің жүргізген зерттеуде керісінше жағдай орын алады. Бірақ, мұндай жағдайдың келесі бір зерттеуде [17] дұрыс екендігі анықталған. Ресей Федерациясында жүргізілген cross-sectional зерттеу жұмысында студенттердің (n=185) өмір сүру сапасының деңгейі анықталынды. Зерттеу нәтижесінде темекі шегетін студенттердің (n=85) темекі шекпейтін студенттерге (n=100) қарағанда эмоциональды жағдай (Role-Emotional – RE) шкаласының статистикалық мәнділігі (95% СМІ) анықталынған. Ал, қалған шкалалар бойынша (физикалық функционалдылық (Physical Functioning – PF: 98,3±0,4; 98,0±0,4), рөлдік қызмет (Role-Physical Functioning – RP: 89,8±2,6, 90,1±2,3), жалпы денсаулық (General Health – GH: 81,9±2,1, 79,7±1,9), өміршеңдік (Vitality – VT: 77,0±4,0, 75,1±1,7), дене ауырсынуы (Bodily pain – BP: 90,9±1,9, 92,4±1,3), әлеуметтік функционалдылық (Social Functioning – SF: 87,9±1,8, 90,1±1,6) және психикалық саулық (Mental Health – MH: 67,3±1,3, 66,6±1,0) темекі шегушілер мен темекі шекпейтін-

дер арасында 95% статистикалық мәнділік интервалы анықталынбады, бірақ кейбір шкалалар бойынша, әсіресе рөлдік қызмет (Role-Physical Functioning – RP) және дене ауырсынуы (Bodily pain – BP) бойынша, темекі шегушілер өздерінің өмір сүру сапасын жоғары бағалаған [18]. Ал, темекі шегушілерде денсаулықтың психикалық компоненті [18,19] мен физикалық компонентінің төмен болатындығы бірнеше зерттеуде анықталынған [15-20]. Бірақ, темекіні тастаушылар арасында денсаулықтың психикалық компонентінің алғашқы уақыттарда біршама төмендеп кететіндігі анықталған жағдайлар да орын алған [20].

2-кесте – Түркістан ауданы тұрғындарының (n=972) өмір сүру сапасы мен темекі шегушілік арасындағы байланыс

Өмір сүру сапасы (SF-36)	Темекі шегушілер n=141 M (SD)	Темекі шекпейтіндер n=831 M (SD)	p
Physical Functioning	81,4 (23,9)	72,1 (28,7)	0,000*
Role-Physical Functioning	75,1 (39,4)	68 (41)	0,051
Bodily pain	81 (23,4)	78,6 (24,2)	0,256
General Health	63 (18,5)	59,1 (17,5)	0,018*
Vitality	65,7 (15,2)	62,1 (15,2)	0,008*
Social Functioning	77,1 (18)	75,8 (20,5)	0,451
Role-Emotional	73,3 (39,7)	69,9 (40,1)	0,348
Mental Health	65,2 (14,2)	64 (13,8)	0,383



Сурет – Зерттеуге алынған зерттелушілердің темекі шегушілер (n=141) арасындағы табак өнімдеріне қалыптасқан тәуелділік жиілігі

Темекі шегушілердің (n=141) ішінен 85 (60,3%) зерттелушіде, суретке сәйкес, табак өнімдеріне деген тәуелділік анықталды. Табак өнімдеріне деген тәуелділік тек әйелдер популяциясының тек біреуінде I дәрежелі тәуелділік қалыптасты, ал ерлер популяциясы-

ның 84-інде тәуелділік (35 – I дәрежелі тәуелділік, 20 – II дәрежелі тәуелділік, 29 – III дәрежелі тәуелділік) анықталған.

ҚОРЫТЫНДЫ

Қорыта келгенде, Түркістан ауданы тұрғындарының өмір сүру сапасының темекі шегушілік арасындағы байланыста физикалық функционалдылық, жалпы денсаулық және өміршеңдік шкалалары бойынша төмен болатындығы анықталынды.

РЕЗЮМЕ

САРУАРОВ Е.Г.¹, НУСКАБАЕВА Г.О.¹,

¹Международный Казахско-Турецкий университет имени Х.А. Ясави, Туркестан

СРАВНИТЕЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ЖИТЕЛЕЙ ТУРКЕСТАНСКОГО РЕГИОНА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ КУРЕНИЯ

В данной статье рассматриваются сравнительные аспекты качества жизни жителей Туркестанского региона в зависимости от курения. Для определения качества жизни использовался опросник SF-36, уровня курения – опросник Фагестерм и анкетирование. В ходе исследования определено, что уровень табакокурения влияет на качество жизни исследуемых.

Ключевые слова: качество жизни, SF-36, поведенческие факторы риска, курение, табак.

SUMMARY

SARUAROV Y.G.¹, NUSKABAEVA G.O.¹,

¹International Kazakh-Turkish university named after Kh.A. Yassavi, Turkistan c.

THE COMPARATIVE ASPECTS OF QUALITY OF LIFE OF RESIDENTS TURKESTAN REGION DEPENDING ON THE SMOKING

In this article investigated the differences between male and female population by the quality of life in Turkestan region (South of Kazakhstan), depending on the level of smoking. In research work we used the SF-36 for the determine the quality of life, and Fagesterm test for the determine the level of smoking. In conclusion, we determined that the smoking affects to the quality of life.

Keywords: quality of life, SF-36, behavioral risk factors, smoking, tobacco.

Әдебиеттер:

1. Здоровье-21: Основы политики достижения здоровья для всех в Европейском регионе ВОЗ. Европейская серия по достижению здоровья для всех, №6, 1999 г., с. 293.
2. Lindstrom B., Koehler L. // Youth, disability and quality of life. Pediatrician 1991; 18 (2): 121-8.
3. Вестник Международного центра исследования качества жизни. [Электронный ресурс]: http://www.cl.spb.ru/mcqlr/inform_MCQLR.htm.

4. Stein REK., Jessop D.J. // Functional status II (R): a measure of child health status. *Med Care* 1990; 28 (11):1041-55.
5. Мясоедова Н.А., Тхостова Э.Б., Белоусов Ю.Б. // Оценка качества жизни при различных сердечно-сосудистых заболеваниях. – Качественная клиническая практика. – 2002, 1: 53-7.
6. Carr A.J., Higginson I.J., Robinson P.G. // Quality of life. London: BMJ books; 2003.
7. Bardage C. // Cardiovascular disease and hypertension: population-based studies on self-related health and health-related quality of life in Sweden. Uppsala: Acta Univ. Ups.; 2000; p. 84.
8. Fairclough L.D. // Design and Analysis of Quality of Life Studies in Clinical Trials. – Charman & Hall/CRC. – 2002, p. 164-177.
9. Трубников В.А., Бегун Д.Н., Борщук Е.Л. // Оценка распространенности поведенческих факторов риска хронических неинфекционных заболеваний. – Современные проблемы науки и образования. – 2014. – №3. – С. 12.
10. Бегун Д.Н., Борщук Е.Л., Верещагин А.И. // Факторы риска, связанные с наличием ревматических заболеваний у взрослого населения. – Здоровье населения и среда обитания. – 2014. – №1 (250). – С. 8-10.
11. [Электронный ресурс]: http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2011/ncds_20110427/ru/.
12. Доклад о ситуации в области неинфекционных заболеваний в мире. – ВОЗ: 2010, 184 с.
13. Закроева А.Г., Андриянова О.В., Солодовников А.Г. // Сравнительное исследование показателей психического здоровья и их ассоциаций с факторами риска хронических неинфекционных заболеваний в сельской и городской популяциях. – Уральский медицинский журнал. – 2009. – №2. – С. 83-93.
14. Курс на оздоровление населения. Европейская стратегия профилактики и борьбы с неинфекционными заболеваниями. – ВОЗ: 2006. – 65 с.
15. R. Mesquita, C.G. Gonsalves, D. Hayashi, et al. // Smoking status and its relationship with exercise capacity, physical activity in daily life and quality of life in physically independent, elderly individuals. – *Physiotherapy* 101, (2015) 55-61.
16. Chodzko-Zajko W.J., Proctor D.N., Fiatarone Singh M.A., Minson C.T., Nigg C.R., Salem G.J., et al. American College of Sports Medicine Position Stand. Exercise and physical activity for older adults. *Med Sci Sports Exerc* 2009;41:1510-30.
17. Н.В. Куликов // Влияние табакокурения на качество жизни студентов. – Тюменский медицинский журнал. – №1. – 2013. – С. 44-45.
18. Parisa Amiri, Tina Deihim, et al. // Factors Affecting Gender Differences in the Association between Health-Related Quality of Life and Metabolic Syndrome Components: Tehran Lipid and Glucose Study. // *PLOS ONE*. Doi:10.1371/journal.pone.0143167 December 1, 2015 1-14.
19. Gemma Taylor, Alan Girling, Ann McNeill, Paul Aveyard. // Does smoking cessation result in improved mental health? A comparison of regression modelling and propensity score matching. // *BMJ Open* 2015;5:e008774. Doi: 10.1136/bmjopen-2015-008774.
20. Furlanetto K.C., Mantoani L.C., Bisca G., Morita A.A., Zabatiero J., Proenca M., et al. Reduction of physical activity in daily life and its determinants in smokers without airflow obstruction. *Respirology*. – 2014; 19:369-75.

БЕЗОПАСНОСТЬ ЛЕКАРСТВ

Комитет ЕМА предоставил рекомендации относительно ряда лекарственных средств

По результатам заседания Комитета по оценке рисков в сфере фармаконадзора (Pharmacovigilance Risk Assessment Committee – PRAC) ЕМА 29 августа-1 сентября принято два решения относительно лекарственных средств.

PRAC призывает отозвать с рынка препараты парацетамола с модифицированным или пролонгированным высвобождением. PRAC вынес рекомендацию относительно того, как продукты парацетамола с модифицированным или пролонгированным высвобождением должны были быть изъяты с рынка. Решение было принято из-за трудностей, возникающих при устранении симптомов передозировки этими препаратами, которые, в свою очередь, возникают из-за специфического механизма высвобождения лекарственных средств в организме человека.

После оценки опубликованных исследований и экспертов-консультантов PRAC подтвердил, что продукты парацетамола с модифицированным высвобождением имеют приемлемые преимущества и риски. Однако опыт показал, что при их передозировке обычные методы лечения, разработанные для продуктов с немедленным высвобождением, не подходят. Поэтому PRAC рекомендовал приостановить маркетинговые лицензии для этих лекарственных средств.

PRAC отмечает, что нет подтверждения различий в рисках между двумя факторами свертывания крови VIII, используемыми для лечения гемофилии типа А. После процедуры повторного рассмотрения PRAC подтвердил свой предыдущий вывод от мая 2017 г. для препаратов фактора свертывания крови VIII, используемых для лечения гемофилии А, полученных из плазмы крови и с помощью технологии рекомбинантной ДНК.

Из-за различных характеристик отдельных продуктов в двух классах PRAC подтвердил, что риск развития ингибирования должен оцениваться индивидуально для каждого лекарственного средства независимо от его класса. Риск для каждого продукта будет по-прежнему оцениваться по мере появления большего количества доказательств.



По материалам ema.europa.eu

ІШ АСТАРЫНЫҢ ЖАБЫСҚАҚ АУРУЫНЫҢ АЛДЫН АЛУ

ЖӘНЕ ЕМДЕУ МӘСЕЛЕЛЕРІ

Қазіргі кезеңде іш астарының жабысқақ ауруына ем жүргізу күрделі мәселелердің қатарына жатады, себебі ол үрдіс абдоминалдық хирургияда операциядан кейінгі кезеңде науқасты, әсіресе еңбекке жарамды адамдарды өлімге соқтыратын, кез-келген хирургиялық шаралардың нәтижесін барынша төмендететін, операция жасалынған аурудың қайталануын болдырып, оның әрі қарай дами беруіне әсер ететіндігі белгілі. [4]

АҢДАТПА

Статьяда соңғы жылдары клиникалық тәжірибеде жабысқаққа қарсы жергілікті барьерлік күшті әсері бар, кеңінен қолданыла бастаған препараттар (изонидез, сепрафилл, оксиплекс, преслуд, колгара, интерсид, интергел, мезогель) келтірілген.

Түйін сөздер: іш астарының жабысқақ ауруы, фибриллогенез, ацетилдену, адгезиолизис, жабысқаққа қарсы барьерлік препараттар, изонидез, преслуд, колгара, интерсид, интергел, мезогель.

ӨЗЕКТІЛІГІ

Статья қазіргі таңдағы абдоминалдық хирургиядағы кезек күттірмес мәселелердің бірі-іш астарының жабысқақ ауруына арналған. Соңғы 15 жыл ішіндегі медициналық әдебиеттерде жарияланған деректерге сүйене отырып, жабысқақ ауруының жылдан-жылға жиіленіп дамып келе жатқаны туралы тұжырым жасауға болады. Сондықтан фибриллогенездің дамуына ацетилдену үрдісінің қаншалықты қатысының бар

екенін нақтылауды қажет етеді. Соған байланысты жабысқақ ауруының пайда болуының алдын-алу үшін жабысқақ үрдісінің дамуына кері әсер ететін дәрілік препараттарды келешекте қолданудың маңызы зор екендігі байқалуда.

Қазіргі кезеңде іш астарының жабысқақ ауруына ем жүргізу күрделі мәселелердің қатарына жатады, себебі ол үрдіс абдоминалдық хирургияда операциядан кейінгі кезеңде науқасты, әсіресе еңбекке жарамды адамдарды өлімге соқтыратын, кезкелген хирургиялық шаралардың нәтижесін барынша төмендететін, операция жасалынған аурудың қайталануын болдырып, оның әрі қарай дами беруіне әсер ететіндігі белгілі. [4]

Соңғы жылдардағы медицина ғылымының жетістіктеріне және жабысқақ ауруының алдын-алу жөніндегі шаралардың орындалуына қарамастан бірнеше жылдар бойы іш астарының жабысқақ ауруының дамуы санының төмендеуінің орнынан керісінше жылдан-жылға бірқалыпты түрде жиіленуде.

Аутопсияның сараптамасы бойынша, операция жасалынған науқастардың 67%-да, операция орындалмағандардың 28%-да іш қуысында жабысқақ ауруы бар екендігі анықталды (М.А. Weibel, G. Majno, 1973 ж.).

Операциядан кейінгі уақытта 88-95% науқастарда жабысқақ ауруының дамығандығы анықталды. Жоғарғы көрсеткіштерге жүгінетін болсақ, операциядан кейінгі уақытта іш астарының жабысқақ ауруының жиіленіп келе жатқанын және 1973-2011 аралығында (28 жылда) 20%-ға өскендігі байқалды. [1,8,12]

Жабысқақ ауруының патогенезін тексерулері кезінде жабысқақтың дамуының негізгі себебтерінің қатарына операция кезінде жарақатқа ұшыраған іш астары аймағында плазминогеннің дәрежесінің азайып кететіндігі анықталды [7,11]. Перитонеалдық фибринолитикалық, әсіресе плазминогеннің тіндік белсенділігінің жеткіліксіздігі жабысқақ ауруының патофизиологиясында белсенді рөл атқаратыны белгілі болды. Жарақаттық фактор әсер етілгеннен кейін фибрин бірінші үш тәуліктің аяғында пайда бола бастайды, егер осы уақытта плазминогеннің белсенділігі депрессияға ұшырап және жергілікті фибринолиздің тежелуіне байланысты жабысқақ дами бастайды.

Жарақаттанған іш астарының мезотелиінен пайда болатын тромбопластикалық заттардың әсерінен фибриноген фибринге айналады.

Фибриннен фибробласттар дамып, олардан пайда болған коллагендік талшықтар жасуша сыртылық ортаға өтіп, болашақта дамиды тін-жалғаушылық құрамның негізін түзеді.

Жабысқақтың пайда болуы туралы жорамалдар өте көп, оның даму патогенезі бірнеше түрде баяндалады. Мысалы, жалғаулық тіндердің талшықтық элементтері негізгі жасушасыртылық заттарға енеді. Оның, яғни жалғаулық тіндердің негізін құрайтын протеоглюкандар N-ацетил-трансферазаның ферменттік метаболизмге байланысты пайда болады.

Операциядан немесе іш қуысының ағзаларының үрдістерінен кейін біркелкі жағдайда кейбір науқастарда айқын түрде жабысқақтық үрдіс дамидының, басқаларында пайда болмайтындығы жалпы белгілі факт.

Жоғарыда көрсетілгендей фибриллогенез, N-ацетилтрансферазалық ферменттің қатысуымен дамиды. Бұл конституционалдық фермент, ол жалғаулық тіндердің жасуша сыртылық заттардың метаболизіміне әсер етіп, сұйық коллагеннің қатаюын тездетіп, торлық құрылымды құрайды. Осы заттардың денеге әсер ету белсенділік дәрежесіне байланысты адамдар екі топқа жіктеледі: жылдам ацетилдену фенотипі және кешеуілдеу ацетилдену фенотипі.

Бірінші жылдам ацетилдену фенотипі бар адамдар іш астарының жабысқақ ауруына жиі шалдығады, екінші топ адамдар жасуша сыртылық жалғаулық тіндер компоненттерінің биосинтезінен катаболизмдік реакция басым болады. Соған байланысты оларда жабысқақтық үрдіс кішігірім дәрежеде немесе түбегейлі түрде дамымайды [9, 12].

Сонымен, іш астарының жабысқақтық ауруы-конституционалдық N-ацетилтрансферазалық ферменттің генетикалық детерминациясына байланысты өздігінше жеке-дара дамидының үрдіс. Сондықтан, қазіргі уақытта жабысқақ ауруының пайда болу патогенезіне әсер ете отырып және дәрілік препараттарды қолдану арқылы ацетилдену үрдісін тежеп, жабысқақ ауруының пайда болуының алдын-алуға мүмкіндік бар екендігі медициналық тәжірибеде дәлелденуде.

Іш астарының жабысқақ ауруының конституционалдық тұқым қуалаушылық бейімделушілігінің бар екендігін операцияны орындауға дейін анықталуына байланысты және операция кезінде іш қуысына жабысқақтың дамымауына қарсы әсер ететін дәрілік препараттарды енгізу арқылы келешекте дамуы мүмкін жабысқақ ауруына қайталап операция жасалынуының қажет болмайтындығын қамтамасыз етуге болатындығы қазіргі уақытта іске асырылуда. Сонмен қатар, жабысқақ ауруына байланысты ішектің пассажының жедел түрде тежелуіне байланысты жасалған операциядан кейін 32%-ғана науқастар ауруынан жазылып кетеді. Егер операция неғұрлым жиі жасалына берсе, солғұрлым ауру жиі қайталана береді. Жа-

бысқақ ауруының салдарынан жедел ішек пассажиның тежеліп қалуын байланысты қуыстық операциядан кейін бірінші жылы 76%-да операцияны қайта жасауға тура келеді.

Төменде жабысқақ ауруының алдын-алу үшін қолданылатын терапияның бірнеше варианттарын ұсынудамыз.

Изонидез – жабысқақ ауруын алдын алу үшін қолданылатын препарат. Жоғарыда баяндалғандай жабысқақ ауруының пайда болуының дамуына қарсы әсер етеді.

Изонидез препаратының қолдану әдістемесі. Операция кезінде алдымен іш қуысын 3 л-ге дейін физиологиялық сұйықтықпен жуып, содан кейін изонидез ерітіндісімен іш қуысын шаяды (200 және 400 мл). Аурудың алдын – алу үшін 1 кг салмаққа – 2,5 мл, емдік үшін 1 кг салмаққа – 5 мл изонидез енгізіледі.

Қазіргі уақытта іш астарының жабысқақ ауруына лапароскопиялық адгезиолизис, оған қосымша жабысқаққа қарсы барьерлік әсер ететін препараттар енгізіп, жарақат алған аймақта фибриннің әсер етуін барынша тежеп, жабысқақ ауруының қайталануын бірнеше рет азайтады. [6]

Соңғы жылдары жабысқақ ауруының алдын-алу үшін ғылыми зерттеу – тәжірибелерде антигипоксантиар: Е дәрумен, пентоксифиллин, дилтиазем қолданылуда. Олардың әсер ету механизмі: ішек қабырғасында қан айналысын жылдамдатып, мезотелидің фибринолитикалық белсенділігін күшейтетіндігі белгілі болды, бірақ медициналық әдебиеттерде оның емдік нәтижесі туралы рандомизацияланған тексерістерге байланысты деректерді кездестірмедік.

Қазіргі уақытта жабысқақ ауруының пайда болу патогенезіне, яғни жарақаттанған іш астарының аймағының бір-біріне жақындап, жабысып қалмауына қарсы әдістер мен дәрілік препараттар қолданылуда.

Операция жасалыну кезінде жабысқақ үрдісінің дамуына қарсы барьерлік әсер ететін препараттарды қолдану концепциясы жақсы нәтиже беруде. Бүгінгі күндері интраоперациялық жабысқаққа қарсы барьерлік препараттар америкалық және еуропалық клиникаларда міндетті түрде, Ұлыбританияда медициналық сақтандыру емінің көлеміне енгізілген.

Міне, сол препараттардың бірнешеуінің қолдануын көрсетудеміз. Колгара-коллагендік жабысқаққа қарсы қолданылатын жұмсақ, мөлдір түрлік мембрана [2]. Екі қабаттық көлемі 3,6-1,8 см-ден 30-20 см-дейінгі қапшықта өндіріліп, қолдануға шығарылады. Ондағы белсенді зат – жылқының ренатуралданған коллагені.

Операция уақытында Колгар мембранасы уақытша барьер есебінде, іш қуысының ағзаларының және тіндердің беткейлерінің бір-бірімен немесе іш астарымен жанасуларына кедергі жасайды.

Интерсид – Америка құрылығында ғылыми-зерттеу жүргізу барысында сынақтан өткен препарат. Бұл жергілікті барьерлік қасиеті бар целлюлозаны тотықтыру арқылы қалыпқа келтірілген препарат. Пленкалық немесе маталық, бір қабатты немесе бірнеше қабат-

тық полимермен қапталған препарат. Пленканың көлемі – 7,6•10,2 см.

Ресейдің медицина ғылымының академиясында осы препаратқа рандомизацияланған тексерістер жүргізілген. Тұжырым: лапароскопия және лапаротомия кезінде операциядан кейінгі уақытта жабысқақтың дамуына кедергі келтіретін препарат есебінде мақұлданды.

Мезогель – жабысқақ үрдісінің алдын-алуға және жабысқақ ауруын емдеуге арналған соңғы жылдары медициналық тәжірибеге енгізілген препарат. Табиғи целлюлозаның полимері, денеге ешқандай зияндық әсер етпей, адамның тініне енгізілгенде суға, көмірқышқыл газына және глюкозаға айналып кетеді. Жарақаттанған тінге геледе жаққан уақытта жергілікті барьерлік әсер етіп, тіндердің бір-бірімен жабысып қалуын болдырмайды. 3-5 күн аралығында толығымен тінге сіңіп кетеді.

Дәрілік түрлері: 5 мл-ден 300 мл-ге дейін екі қабаттық полимерлік қапшықта немесе шприцте болады. Ішкі пакетті ашып, геледі пакеттен қысу арқылы сыртқа шығарып, тінге жағады. Эндоскопиялық операция кезінде шприц арқылы пластикадан жасалған түтікше арқылы гель іш қуысына енгізіледі (түтікше шприцпен бірге). Гельдің қолданылатын көлемі 5 мл-ден 300 мл аралығында, бірақ осы көлемнен көп қолдануға болмайды.

Икодекстрин алғашқы кезде перитонеалдық диализат есебінде көп уақыт 7,5% сұйықтығы қолданылды. Жабысқақтың алдын алу үшін икодекстрин 4%-дық изотониялық сұйықтықта дайындалып АҚШ Adept (Baxter Healthcare, АҚШ). аталады. Еуропада 2000 жылдан бастап қолданылады.

Қазіргі уақыттағы жабысқаққа қарсы қолданылатын және операция кезінде барьерлік әсер ететін препараттардың жағымдылық қасиеттері:

- Іш қуысы мен кіші жамбас қуысында дамуы мүмкін жабысқақтардың жиілігін азайтып, олардың таралуын кемітіп және жаңадан тығыз түрдегі жабысқақ дамудан сақтайды;
- Операциядан кейінгі уақытта ауру сезімінің синдромын азайтады;
- Өелдерде жүктіліктің қайтадан дамуын қалпына келтіреді (әсіресе түтікшелік бедеулік).

ҚОРЫТЫНДЫ

Сонымен, іш астарының жабысқақ ауруы мәселесінің өзектілігі, операциядан кейінгі уақытта оның даму жиілігінің жыл сайын өсе бастауында.

Жергілікті барьерлік әсері бар препараттарды қол-

дану арқылы жабысқақ ауруына байланысты көптеген мәселелерді шешуге болатындығы айқындалуда.

РЕЗЮМЕ

КАНЫБЕКОВ А.К.¹, МАЛЕНКОВА С.А.¹,
ИСКИНДИРОВА А.М.¹,

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

СОВРЕМЕННЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ПРОФИЛАКТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ СПАЕЧНОЙ БОЛЕЗНИ БРЮШИНЫ

Статья посвящена одной из актуальнейших проблем абдоминальной хирургии – спаечной болезни брюшины. Проанализированы публикации на эту тему за последние 15 лет и сделаны выводы о растущей частоте встречаемости спаечной болезни брюшины. Существенным является факт уточнения фибриллогенеза, участия в нем процесса ацетилирования.

В статье рекомендуется использовать местные противовоспалительные барьерные ЛС (изонидез, колгара, интерсид, мезогель), которые уже сегодня показали высокую эффективность в клинической практике.

Ключевые слова: спаечная болезнь брюшины, фибриллогенез, ацетилирование, адгезиолизис, противовоспалительное барьерное средство, изонидез, колгара, интерсид, мезогель.

SUMMARY

KANYBEKOV A.K.¹, MALENKOVA S.A.¹,
ISKINDYROVA A.M.¹,

¹Kazakh National Medical University named after S.D. Asfendiyarov, Almaty c.

THE ADHESIVE DISEASE OF THE PERITONEUM: PREVENTION AND POSSIBILITIES

This article is about one of the most popular problems in abdominal surgery, it calls adhesive disease of the peritoneum. Publications for the last 15 years were analyzed, and as a summary the frequency decrease of adhesive disease of the peritoneum was found out.

There are some medicine, which have already showed the high effectiveness in clinical practice, local anti-adhesions barrier medicine: izonidez, kolgara, intersid, mezogel.

Keywords: adhesive disease of the peritoneum, fibrillogenesis, acetylation, adhesiolysis, of adhesions remedy, izonidez, kolgara, intersid, mezogel.

Әдебиеттер:

1. Ackerman E, Williams ID, Freeman C. Pharmacists in general practice – a proposed role in the multidisciplinary team. Australian Family Physician, 2010; 39:163-4.
2. Clinical pharmacy practice in developing countries: Focus on India and Pakistan. Akshaya Srikanth Bhagavathula, BarunRanjanSarkar, Isha Patel. – Archives of Pharmacy Practice. – Vol. 5. – Issue 2; Apr-Jun 2014.
3. Clinical Pharmacy, Pharmaceutical Care, and the Quality of Drug Therapy. Pharmacotherapy. – Vol. 24. – №11. – 2004. – P. 23-27.

ВПЕРВЫЕ В КАЗАХСТАНЕ СОСТОЯЛИСЬ ОТКРЫТЫЕ ДЕБАТЫ МЕЖДУ ПРЕДСТАВИТЕЛЯМИ ФАРМАЦЕВТИЧЕСКИХ КОМПАНИЙ GLAXOSMITHKLINE И PFIZER

8-9 сентября в Астане проходила Международная конференция по клинической фармакологии и фармации «Рациональное использование лекарственных средств», организованная Центром рационального использования лекарственных средств РГП на ПХВ «Республиканский центр развития здравоохранения» МЗ РК совместно с ОО «Республиканская медицинская палата», при поддержке ВОЗ, ЮНИСЕФ, Королевского фармацевтического общества (Великобритания), COCHRANE-Россия, Elsevier, НЦЭЛС, профессиональных медицинских ассоциаций.

Двухдневное мероприятие имело цель показать ключевой аудитории преимущества, перспективы и основополагающую роль клинической фармакологии в развитии здравоохранения, основанной на принципах доказательной медицины.

С докладами выступили эксперты мирового уровня: профессор, член исполкома ВОЗ Максгут КУЛЬЖАНОВ, представитель Королевского фармацевтического общества, директор Британского Национального формуляра Карен БАХТЕР.

Впервые на полях форума состоялись дебаты между представителями фармацевтических компаний GlaxoSmithKline и Pfizer на тему «Рациональный выбор пневмококковых вакцин для программ вакцинопрофилактики в Казахстане».

Суть в следующем: в 2010 году Министерство здравоохранения Республики Казахстан первым на пространстве СНГ приняло решение о поэтапном введении в стране национальной программы вакцинопрофилактики пневмококковой инфекции, которой на сегодняшний день охвачены все регионы республики.

На момент принятия решения о внедрении вакцинации в 2010 г. на национальном рынке была доступна только одна 13-валентная конъюгированная

вакцина для профилактики пневмококковой инфекции производства компании Pfizer, поэтому вопрос выбора альтернативной не стоял. За время реализации программы зафиксировано резкое снижение показателей смертности детей до 1 года от пневмоний в 2,7 раза, до 5 лет – в 1,3 раза. Успешная реализация программы вакцинопрофилактики пневмококковой инфекции является большим достижением национальной системы здравоохранения.

Однако позже в Казахстане была зарегистрирована еще одна 10-валентная конъюгированная вакцина для профилактики пневмококковой инфекции производства компании GSK. Следовательно, по мнению представителей компании, на сегодняшний день выбор качественной вакцины более не является безальтернативным.

Позиция компании GSK: если есть качественные вакцины, то путем проведения тендера можно снизить стоимость вакцины, тем самым существенно сэкономив государственные деньги.

В ходе дебатов представители фармкомпаний обсудили эффективность своих вакцин для профилактики пневмококковой инфекции и экономический эффект конкурентного ценообразования. Вакцина производства GSK доступна в более чем 100 странах мира, благодаря ей от пневмококковой инфекции защищено более 100 млн детей. По качеству и безопасности она не уступает качеству вакцины производства Pfizer.

Представители GSK заметили, что в следующий раз хотели бы встретиться с представителями Pfizer в ходе открытого и прозрачного тендера, по результатам которого пациенты в Казахстане получат эффективную вакцину, цена которой для национальной системы здравоохранения будет конкурентной.

Справка: Все большее число экспертных советов по вакцинопрофилактике, предоставляющих национальным органам управления здравоохранением научно-обоснованные рекомендации по выбору вакцин и организации программ вакцинопрофилактики, приходит к выводу, что эффективность программ профилактики пневмококковой инфекции сегодня лежит в экономической плоскости. Например, в Финляндии после масштабного исследования была дана рекомендация, где подчеркивалось, что «имеет смысл сравнивать только цену двух вакцин, так как с точки зрения эффективности и безопасности между ними не существует значимых различий». Аналогичную позицию разделяют экспертные советы Новой Зеландии, Бельгии, Голландии, Люксембурга и многих других стран.

Пресс-служба GSK

Приложение 1
к Правилам проведения фармаконадзора
лекарственных средств и мониторинга
побочных действий лекарственных
средств, изделий медицинского
назначения и медицинской техники

Форма

КАРТА-СООБЩЕНИЕ
О ПОБОЧНЫХ ДЕЙСТВИЯХ, СЕРЬЕЗНЫХ
ПОБОЧНЫХ ДЕЙСТВИЯХ И ОБ ОТСУТСТВИИ
ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ

При подозрении на побочное действие, передозировку, злоупотребление или отсутствие эффективности, применение у беременных и кормящих, передачу инфекционного агента посредством ЛС, лекарственные взаимодействия с одним или более препаратом/вакциной просьба заполнить данную карту-сообщение.

Пожалуйста, заполните максимально полно все разделы (синей/черной шариковой ручкой или на компьютере, кликнув по серому полю для заполнения). Сведения о пациенте и лице, предоставившем отчет, останутся конфиденциальными.

1. Наименование организации:

Адрес:

Телефон/факс, e-mail:

Внутренний номер:

Номер (медицинской карты амбулаторного или стационарного пациента):

Тип сообщения: спонтанный литературное клиническое исследование
постмаркетинговое исследование

Начальное сообщение: Дата получения: « ____ » _____ г.

Последующее сообщение: Дата последующего наблюдения: « ____ » _____ г.

2. Информация о пациенте: Инициалы: _____

Дата рождения: « ____ » _____ г. **Возраст:** _____ (лет, мес., нед., дней, часов)

Пол: Мужской Женский Неизвестно **Рост:** _____ см **Вес:** _____ кг

Национальность: азиат азиат (Восточная Азия) европеец
другая (указать) _____

3. Клинический диагноз (Заполняется только сотрудниками здравоохранения)

код МКБ10

Основной: _____

Сопутствующий: _____

4. Информация о беременности

Беременность? Да Нет Неизвестно **Если да** Дата последней менструации: _____

Предполагаемая дата родов: _____ . _____ . _____

Количество плодов _____ **Зачатие нормальное (включая прием лекарств)**

In vitro

Исход беременности:

- беременность продолжается
- живой плод без врожденной патологии
- живой плод с врожденной патологией
- прерывание без видимой врожденной патологии
- прерывание с врожденной патологией
- спонтанный аборт без видимой врожденной патологии (<22 недель)
- спонтанный аборт с врожденной патологией (<22 недель)
- мертвый плод без видимой врожденной патологии (>22 недель)
- мертвый плод с врожденной патологией (>22 недель)
- внематочная беременность
- пузырный занос
- дальнейшее наблюдение невозможно
- неизвестно

Если беременность уже завершилась: Дата родов: _____ . _____ . _____

Гестационный срок при рождении/невынашивании/прерывании: _____ . _____ . _____

Тип родов: нормальный вагинальный Кесарево сечение патологические вагинальные (щипцы, вакуум экстракция)

Вес ребенка: _____ гр. Рост _____ см **Пол:** Мужской Женский

Шкала Апгар: 1 минута _____, 5 минута, _____ 10 минута

Дополнительная информация: _____

5. Подозреваемый препарат/вакцина*1 (Непатентованное & коммерческое название)	Дата начала приема	Дата завершения приема	Путь введения, частота приема	Серия/партия №, срок годности	Показания

Предпринятые меры

- Препарат отменен Курс остановлен Доза снижена Без изменений
- Доза увеличена Неизвестно Другое _____

5. Подозреваемый препарат/вакцина*3 (Непатентованное & коммерческое название)	Дата начала приема	Дата завершения приема	Путь введения, частота приема	Серия/партия №, срок годности	Показания

Предпринятые меры

- Препарат отменен Курс остановлен Доза снижена Без изменений
- Доза увеличена Неизвестно Другое _____

2. Побочное действие	Дата начала	Дата окончания	Исход			Связь с ЛС	
1.			<input type="checkbox"/> Выздоровление <input type="checkbox"/> Продолжается <input type="checkbox"/> Госпитализация	<input type="checkbox"/> Вр. аномалии <input type="checkbox"/> Нетрудоспособность <input type="checkbox"/> Смерть	<input type="checkbox"/> Улучшение <input type="checkbox"/> Ухудшение <input type="checkbox"/> Иной*	<input type="checkbox"/> Вероятная <input type="checkbox"/> Не связано	<input type="checkbox"/> Возможная <input type="checkbox"/> Не известно
2.			<input type="checkbox"/> Выздоровление <input type="checkbox"/> Продолжается <input type="checkbox"/> Госпитализация	<input type="checkbox"/> Вр. аномалии <input type="checkbox"/> Нетрудоспособность <input type="checkbox"/> Смерть	<input type="checkbox"/> Улучшение <input type="checkbox"/> Ухудшение <input type="checkbox"/> Иной*	<input type="checkbox"/> Вероятная <input type="checkbox"/> Не связано	<input type="checkbox"/> Возможная <input type="checkbox"/> Не известно
3.			<input type="checkbox"/> Выздоровление <input type="checkbox"/> Продолжается <input type="checkbox"/> Госпитализация	<input type="checkbox"/> Вр. аномалии <input type="checkbox"/> Нетрудоспособность <input type="checkbox"/> Смерть	<input type="checkbox"/> Улучшение <input type="checkbox"/> Ухудшение <input type="checkbox"/> Иной*	<input type="checkbox"/> Вероятная <input type="checkbox"/> Не связано	<input type="checkbox"/> Возможная <input type="checkbox"/> Не известно

*Указать в описании нежелательного явления

3. Рассматриваете ли Вы это побочное действие как СЕРЬЕЗНОЕ? Да Нет

Если да, пожалуйста, укажите, почему это явление рассматривается, как серьезное (поставьте все, что применимо): _____

<input type="checkbox"/> Угрожает жизни?	<input type="checkbox"/> Выраженная или постоянная инвалидность?	<input type="checkbox"/> Требуется или удлиняет госпитализацию?
<input type="checkbox"/> Врожденные аномалии?	<input type="checkbox"/> Медицински значимое?	<input type="checkbox"/> Пациент умер?

Описание побочного действия, ЛС для коррекции, дополнительная информация:
Если пациент умер, что явилось причиной смерти?
Предоставьте результаты аутопсии, если возможно

*Если вакцина, введите номер дозы. Если номер дозы неизвестен, напишите П для первичной вакцинации и Б – для бустерной дозы.

Пожалуйста, укажите, если какие-либо вакцины были введены в одном шприце.

Был ли подозреваемый препарат или курс вакцинации отменен?

5. Сопутствующее ЛС 1 (за исключением ЛС для коррекции побочного действия) (Непатентованное & коммерческое название)	Лекарственная форма/номер серии	Общая суточная доза/путь назначения/сторона	Дата начала приема	Дата завершения приема	Показания

Предпринятые меры
 Препарат отменен Курс остановлен Доза снижена Без изменений
 Доза увеличена Неизвестно Другое _____

5. Сопутствующее ЛС 2 (за исключением ЛС для коррекции побочного действия) (Непатентованное & коммерческое название)	Лекарственная форма/номер серии	Общая суточная доза/путь назначения/сторона	Дата начала приема	Дата завершения приема	Показания

Предпринятые меры
 Препарат отменен Курс остановлен Доза снижена Без изменений
 Доза увеличена Неизвестно Другое _____

5. Сопутствующее ЛС 3 (за исключением ЛС для коррекции побочного действия) (Непатентованное & коммерческое название)	Лекарственная форма/номер серии	Общая суточная доза/путь назначения/сторона	Дата начала приема	Дата завершения приема	Показания

Предпринятые меры

- Препарат отменен
 Курс остановлен
 Доза снижена
 Без изменений
 Доза увеличена
 Неизвестно
 Другое _____

6. Значимые данные анамнеза, сопутствующие заболевания, аллергия (включая курение и употребление алкоголя)	Продолжается?	Значимые данные анамнеза, сопутствующие заболевания, аллергия (включая курение и употребление алкоголя)	Продолжается?

7. Данные об источнике информации, и/или лице заполнившем карту-сообщение (врач, провизор, пациент, другие)

- Врач (специальность) _____
 Медсестра
 Фармацевт
 Пациент/Потребитель
 Другой _____

Имя:

Контактные данные
 Тел. _____ Моб. _____ Факс: _____
 e-mail: _____

Я (врач, пациент) подписывая эту форму, разрешаю уполномоченной организации в сфере обращения лекарственных средств, изделий медицинского назначения связаться со мной или с моим лечащим врачом (включая врача, который сообщил о нежелательном явлении) для уточнения дополнительной информации, включая информацию о состоянии здоровья и принятых назначенных лекарствах.

- Да (Ф.И.О., контактные данные врача/ей) _____
 Да, другое (я не знаю, кто мой врач, впишите дополнительные данные название клиники и т.д.) _____

- Нет, не разрешаю

Подпись лица, направляющего сообщение:

_____ Дата: _____ . _____ . _____

Примечание:

Обязательный минимальный объем информации в карте-сообщении, требуемый для установления оценки причинно-следственной связи между развитием побочных реакций/действий и/или отсутствием эффективности применением лекарственного средства:

информация о пациенте: возраст, пол и краткая история болезни.

информация о побочных реакциях/действиях и/или отсутствии эффективности: описание (вид, локализация, тяжесть, характеристика), результаты исследований и анализов, время начала, течение и исход реакции.

информация о подозреваемом лекарственном средстве: торговое название, международное непатентованное название, дозировка, способ введения, дата начала и окончания приема, показания к применению, номер серии.

информация о сопутствующих препаратах (включая средства самолечения): торговые названия, дозы, способ применения, дата начала и окончания приема.

факторы риска (например, снижение почечной функции, применение подозреваемого препарата ранее, предшествующие аллергии, периодический прием наркотиков).

информация о репортере, направившем сообщение о возникновении побочных реакций/действий и/или отсутствии эффективности (информация является конфиденциальной и используется только для проверки и дополнения данных, а также динамического наблюдения).

Приложение 2
к Правилам проведения фармаконадзора
лекарственных средств и мониторинга
побочных действий лекарственных
средств, изделий медицинского
назначения и медицинской техники

Форма

КАРТА-СООБЩЕНИЕ
**О ПОБОЧНЫХ ДЕЙСТВИЯХ, СЕРЬЕЗНЫХ
ПОБОЧНЫХ ДЕЙСТВИЯХ И ОБ ОТСУТСТВИИ
ЭФФЕКТИВНОСТИ ИЗДЕЛИЯ МЕДИЦИНСКОГО
НАЗНАЧЕНИЯ И МЕДИЦИНСКОЙ ТЕХНИКИ**

Получатель _____
адрес государственной уполномоченной организации в области здравоохранения

Дата уведомления _____

Номер документа, присвоенный уведомителем _____

Тип документа: первоначальный, продолжающийся, комбинированный, завершающий (нужное подчеркнуть).

Представляет ли происшествие серьезную опасность для общественного здоровья? (да/нет).

Классификация происшествия: смерть, серьезное нарушение здоровья, другое (нужное подчеркнуть).

Отметка об отправке сообщения уполномоченному органу в области здравоохранения.

ИНФОРМАЦИЯ О ЛИЦЕ, ПРЕДСТАВИВШЕМ УВЕДОМЛЕНИЕ

Статус лица, представившего уведомление: держатель регистрационного удостоверения (уполномоченный представитель или производитель), медицинская организация, пользователь, оператор, пациент или его опекун (нужное подчеркнуть).

Информация о производителе (заполняется, если подателем является производитель):

Наименование (контактное наименование) _____

Почтовый индекс и адрес _____

Телефон _____

e-mail _____

Информация об уполномоченном представителе производителя (заполняется, если лицом, представившим уведомление, является уполномоченное лицо):

Наименование _____

Контактное лицо уполномоченного представителя, ответственное за мониторинг медицинских изделий _____

Почтовый индекс и адрес _____
Телефон _____
Факс _____
e-mail _____

ИНФОРМАЦИЯ О ДРУГОМ О ЛИЦЕ, ПРЕДСТАВИВШЕМ УВЕДОМЛЕНИЕ

Наименование _____
Контактное лицо, представившее уведомление _____
Почтовый индекс и адрес _____
Телефон _____
Факс _____
e-mail _____

ОПЕРАТОР ИЗДЕЛИЯ МЕДИЦИНСКОГО НАЗНАЧЕНИЯ/МЕДИЦИНСКОЙ ТЕХНИКИ

Профессиональный медицинский работник _____
Пациент _____
Другой _____

ДАННЫЕ О ПРИМЕНЕНИИ ИЗДЕЛИЯ МЕДИЦИНСКОГО НАЗНАЧЕНИЯ/ МЕДИЦИНСКОЙ ТЕХНИКИ (ВЫБРАТЬ ИЗ НИЖЕПЕРЕЧИСЛЕННОГО)

первичное использование;
повторное применение одноразового изделия;
повторное применение изделия для повторного применения;
после повторного сервиса/восстановленное;
другое;
проблема выявилась перед использованием.

ИНФОРМАЦИЯ О ПАЦИЕНТЕ

Исход _____
Лечебные действия, примененные к пациенту _____
Пол _____
Возраст _____
Вес _____

ИНФОРМАЦИЯ ОБ ИЗДЕЛИИ МЕДИЦИНСКОГО НАЗНАЧЕНИЯ/МЕДИЦИНСКОЙ ТЕХНИКЕ

Класс: активные медицинские имплантируемые изделия, изделия класса риска I, изделия класса риска IIa, изделия класса риска IIb, изделия класса риска III, IVD общие, IVD для самотестирования (нужное подчеркнуть).

Подпись

Клуб практикующих врачей **iVrach.com** -

площадка для Вашего быстрого
профессионального роста
и успешного развития карьеры
в практической медицине!

МЕДИЦИНСКИЙ АНГЛИЙСКИЙ

- + Интерактивный курс для врачей
- + Уникальная авторская методика
- + Для различных уровней знаний

ПРОФЕССИОНАЛЬНОЕ РАЗВИТИЕ

- + Информационно-обучающие модули
- + Подписка на профессиональные издания
- + Врачебный онлайн консилиум

КАРЬЕРНЫЙ РОСТ

- + Развитие профессиональных контактов
- + Календарь мероприятий для врачей
- + Общение на форуме в атмосфере «своего круга»

Профессиональная
врачебная сеть,
объединяющая элиту
практической медицины.

Присоединяйтесь!



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



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