

ФАРМАЦИЯ КАЗАХСТАНА



2018



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, исследования и эксперименты в области разработки и создания новых эффективных медицинских препаратов, в том числе отечественного производства.
- Мнение специалистов и экспертов о лекарственных препаратах, презентация фармацевтических и медицинских компаний и их продукции, а также широкое освещение практической деятельности аптечных организаций и медицинских центров.
- Материалы по истории медицины и фармации республики.
- Консультации специалистов по вопросам, касающимся фармации, регистрации и перерегистрации лекарственных средств, медицинской техники и изделий медицинского назначения.

ПОДПИСКА НА 2018 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

Дорогие наши читатели!

Выражаем огромную благодарность всем, кто в 2018 году остался с нами! Значит, многие годы мы работаем не зря, публикуя аналитические материалы и результаты исследований, проводимых нашими учеными в разных областях здравоохранения и фармации.

В начале года принято подводить итоги минувшего. 2017 год был богат на открытия, которые не только так или иначе изменили наше представление о медицине, но и наметили перспективы ее развития в ближайшем будущем.

В начале 2017 года профессор из Университета Лимерика (Ирландия) Кэлвин КОФФИ предложил квалифицировать брыжейку как новый орган в организме человека, а не как часть пищеварительной системы. По его мнению, это целый новый орган, который обладает своими особенностями, своей физиологией и метаболизмом. Нарушения его нормальной работы могут приводить к развитию тех или иных заболеваний, а изучать болезни брыжейки должны специальные врачи. Работа в этом направлении уже началась: изменения в Анатомии Грея, крупнейший и самый известный анатомический атлас, внесены.

Настоящим прорывом в науке стало редактирование жизнеспособного генома, которое китайские исследователи опробовали на настоящем пациенте. Насколько такой подход окажется эффективным, покажет время, но уже ясно, что редактирование уже в ближайшее время станет совершенно обычной процедурой в клиниках.

В репродуктологии исследователям удалось создать искусственный эмбрион, для получения которого не использовались ни яйцеклетки, ни сперматозоиды. Развитие такого эмбриона, выращенного из двух типов стволовых клеток, практически не отличалось от развития эмбрионов, появившихся естественным путем.

В 2017 году ученым удалось совершить практически невозможное: вырастить искусственную кожу для мальчика, страдающего буллезным эпидермолизом – орфанным заболеванием, при котором кожа повреждается буквально от малейшего прикосновения. Ему пересадили более 80% кожи, и состояние ребенка значительно улучшилось. Сейчас его жизнь вне опасности: он посещает школу вместе с ровесниками и чувствует себя неплохо.

Нобелевская премия по физиологии и медицине была вручена троим ученым из США: Джеффри ХОЛЛУ (Jeffrey C. Hall), Майклу РОСБАШУ (Michael Rosbash) и Майклу ЯНГУ (Michael W. Young) за открытие молекулярных механизмов, контролирующих циркадные ритмы. Ученые смогли заглянуть внутрь «биологических часов» и понять механизм их действия.

Первый месяц нового года запомнится сильными морозами, которые создали множество экстремальных ситуаций в разных регионах страны. А наши медицинские работники вновь подтвердили свой профессионализм и верность долгу, сутками оказывая необходимую помощь пострадавшим от морозов.

Но все проходит! Впереди – ясные светлые дни и теплые воспоминания о том, как в зимнюю стужу, помогая друг другу, мы проявляем самые лучшие человеческие качества, стремясь обогреть, вылечить и поддержать в трудную минуту.

*Ф. СУЛЕЕВА,
заместитель главного редактора*

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

№1 (198) январь • 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)
Т.М. Нургожин (Казахстан)
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

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

ТОО «Kausar Studio»
РК, г. Алматы, пр. Рыскулова, 48а.
Телефоны: 8 (727)323 14 22, 8 (771) 181 07 07
Дата издания: 8.02.2018 г.
Тираж — 600 экз. Заказ №012
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

ОФИЦИАЛЬНЫЙ ОТДЕЛ.....4

ИСТОРИЯ ФАРМАЦИИ

Серик СУЛТАНОВ: Новатор и созидатель.....7

ВРАЧЕБНАЯ ПРАКТИКА

А.К. АХМЕТБАЕВА, А.Ф. СУЛЕЙМАНОВ. Злокачественная фиброзная гистиоцитома костей черепа в гематологической практике (случай из практики).....10

К.С. АБДИРАМАШЕВА, С.И. ИБРАГИМОВА. Созылмалы бүйрек жетіспеушілігінде гемодиализдің тиімділігі.....16

Т.А. ҚОЖАБЕКОВА, А.Р. ДЖУМАГУЛОВА, М.Б. РИЗАМЕТОВА, Н.Қ. ТОҒЫЗОВА, Д.С. ШЫНДАЛИЕВА. Дамымаған жүктіліктің себебін зерттеу.....18

АНАЛИЗ. КОНЪЮНКТУРА. ПЕРСПЕКТИВЫ

Г.А. АЙТМЕТОВА, С.И. ИБРАГИМОВА. Хронический пиелонефрит у детей до десяти лет, проживающих в Туркестанском регионе.....22

Н.Т. ИСАТАЕВА, В.Ю. СЕРГЕЕВ, У.М. ДАТХАЕВ, К.С. ЖАКИПБЕКОВ, Ф.Е. ТЕМИРГАЛИЕВА. Государственно-частное партнерство как залог повышения доступности лекарственных препаратов.....25

К.Ж. ЖАНЖИГИТОВА, Е.С. УТЕУЛИЕВ. Нерациональная антибактериальная терапия – основной фактор формирования резистентности.....28

Э.А. СЕРИКБАЕВА, А.Б. КУРМАНГОЖАЕВА, С.Е. СУИНДИК, А. АНУАРОВА. Сравнительный анализ внедрения стандарта надлежащей аптечной практики (GPP) в странах Европы и ЕврАзЭС.....31

А.В. ОБВИНЦЕВ, Ж.А. КУЛАНЧИЕВА. Концепция пациент-ориентированного подхода – ключевой элемент качества оказания медицинской помощи.....35

ФАРМАКОГНОЗИЯ

B.S. ZHUMAKANOVA, Z.B. SAKIPOVA. Representatives of the genus Thymus L. – a perspective source of biologically active substances of some species of thymus L.....38

G.T. ZHUMASHOVA., Z.B. SAKIPOVA, G.M. SAYAKOVA. Prospects of use of Rheum Cordatum Losinsk....41

A.M. DZHUMABAЕVA, Z.B. SAKIPOVA. Representatives of Ferula genus – a perspective source of biologically active substances.....46

ПРИКАЗ КОМИТЕТА ФАРМАЦИИ МЗ РК №332

**«ОБ ОТЗЫВЕ НЕКОТОРЫХ РЕГИСТРАЦИОННЫХ УДОСТОВЕРЕНИЙ
ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ СОГЛАСНО ПЕРЕЧНЮ, УКАЗАННОМУ В
ПРИЛОЖЕНИИ К НАСТОЯЩЕМУ ПРИКАЗУ» ОТ 12 ДЕКАБРЯ 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. Отозвать регистрационные удостоверения лекарственных средств согласно перечню, указанному в приложении к настоящему приказу.

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

3. Территориальным подразделениям Комитета фармации Министерства здравоохранения Республики 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 лекарственных средств (их представителей на территории РК), 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 принять соответствующи-

е меры по изъятию из обращения лекарственных средств, 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 лекарственные средства, 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 лекарственных средств, 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: письма ТОО «Санофи-авентис Казахстан» от 6 декабря 2017 года №P0877-12-2017, №P0878-12-2017 об отзыве регистрационных удостоверений.

*Председатель
Л. БЮРАБЕКОВА*

*Приложение к приказу Председателя Комитета фармации
Министерства здравоохранения Республики Казахстан
от 12 декабря 2017 года №332*

**ПЕРЕЧЕНЬ РЕГИСТРАЦИОННЫХ УДОСТОВЕРЕНИЙ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ,
ПОДЛЕЖАЩИХ ОТЗЫВУ**

№	Номер регистрационного удостоверения	Дата выдачи	Наименование лекарственного средства (лекарственная форма, дозировка)	Производитель, страна	Владелец регистрационного удостоверения, страна
1	РК-ЛС-5№016677	20.04.2016 г.	Церезим™, лиофилизат для приготовления раствора для инфузий, 200 ЕД	Джензайм Корпорейшн (США)	Джензайм Европа БВ (Нидерланды)
2	РК-ЛС-5№014918	14.08.2014 г.	Плавикс®, таблетки, покрытые оболочкой, 300 мг	Санофи Винтроп Индустрия (Франция)	Санофи Винтроп Клир эСНСИ (Франция)

ПРИКАЗ КОМИТЕТА ФАРМАЦИИ МЗ РК №352

«О ВНЕСЕНИИ ИЗМЕНЕНИЙ В НЕКОТОРЫЕ ПРИКАЗЫ ПРЕДСЕДАТЕЛЯ КОМИТЕТА ФАРМАЦИИ МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН» ОТ 22 ДЕКАБРЯ 2017 ГОДА

В соответствии с Положением о Комитете фармации Министерства здравоохранения Республики Казахстан, утвержденным приказом Ответственного секретаря Министерства здравоохранения Республики Казахстан №51 от 3 марта 2017 года ПРИКАЗЫВАЮ:

1. Внести в следующие приказы председателя Комитета фармации Министерства здравоохранения Республики Казахстан изменения:

1) приказ председателя Комитета фармации Министерства здравоохранения Республики Казахстан от 23 октября 2017 года №272 «О запрете медицинского применения, реализации и изъятии из обращения серий (партий) лекарственных средств»;

2) приказ председателя Комитета фармации Министерства здравоохранения Республики Казахстан от 26 октября 2017 года №274 «Об отзыве регистрационных удостоверений лекарственных средств «Октаплас® LG, раствор для инфузий».

2. Пункт 4 указанных приказов исключить.

3. Пункт 5 указанных приказов изложить в следующей редакции:

«5. Субъектам здравоохранения, связанным с по-

ставкой товара, в том числе Единому дистрибьютору, и субъектам, имеющим в наличии указанные серии (партии) лекарственных средств, подлежащих изъятию из обращения согласно пункту 1 настоящего приказа, в том числе организациям здравоохранения:

1) принять меры по возврату лекарственных средств поставщикам с целью их последующего уничтожения и принять иные меры, вытекающие из заключенных между ними договоров;

2) в месячный срок со дня подписания настоящего приказа сообщить территориальному подразделению Комитета по месту расположения об исполнении мероприятий, предусмотренных подпунктом 1) настоящего пункта.»

4. Контроль за исполнением настоящего приказа возложить на заместителя председателя Комитета фармации Министерства здравоохранения Республики Казахстан Асылбекова Н.А.

5. Настоящий приказ вступает в силу со дня подписания.

*Председатель
Л. БЮРАБЕКОВА*

ПРИКАЗ КОМИТЕТА ФАРМАЦИИ МЗ РК №353

«О ПРИОСТАНОВЛЕНИИ ДЕЙСТВИЯ РЕГИСТРАЦИОННОГО УДОСТОВЕРЕНИЯ ЛЕКАРСТВЕННОГО СРЕДСТВА «ЭБРАНТИЛ, КАПСУЛА С МОДИФИЦИРОВАННЫМ ВЫСВОБОЖДЕНИЕМ, 30 МГ» ОТ 22 ДЕКАБРЯ 2017 ГОДА

В соответствии с подпунктом 7) пункта 3 Правил запрета, приостановления, изъятия или ограничения из обращения лекарственных средств, изделий медицинского назначения и медицинской техники, утвержденным приказом Министра здравоохранения и социального развития Республики Казахстан от 27 февраля 2015 года №106, ПРИКАЗЫВАЮ:

1. Приостановить действие регистрационного удостоверения лекарственного средства «Эбрантил, капсулы с модифицированным высвобождением, 30 мг», производитель – «Такеда ГмбХ», г. Ораниенбург, Германия, выданного 3 июня 2014 года за номером РК-ЛС-5№020589.

2. Департаменту Комитета фармации Министерства здравоохранения Республики Казахстан по городу Алматы в течение трех календарных дней со дня получения настоящего приказа письменно известить

о настоящем решении заявителя на государственную регистрацию лекарственных средств (владельца регистрационного удостоверения), указанного в пункте 1 настоящего приказа.

3. Владелец регистрационного удостоверения (производителю, его официальным представителем на территории Республики Казахстан) или дистрибьюторам 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 террито-

риальному подразделению Комитета фармации Министерства здравоохранения Республики Казахстан по месту расположения о принятых мерах относительно выполнения указанного решения.

5. 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, дистрибьютора, производителя лекарственного средства и всех субъектов через средства массовой информации и специализированные 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.

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 «Такеда Казахстан» от 15 декабря 2017 года №118 о приостановлении регистрационного удостоверения.

*Председатель
Л. БЮРАБЕКОВА*

БЕЗОПАСНОСТЬ ЛЕКАРСТВ

Кальциевые добавки: влияние на риск переломов у пожилых пациентов

Увеличение частоты переломов, ассоциированных с остеопорозом, является важной социальной и экономической проблемой. Результаты исследований, оценивающих эффект кальциевых добавок на риск переломов у пожилых пациентов, носят противоречивый характер. Однако, не смотря на это, многие врачи продолжают рекомендовать их прием.

Так есть ли польза от кальциевых добавок или они так же бесполезны, как мультивитаминные комплексы? Ключом к ответу на данный вопрос служит мета-анализ.

Методы

Ученые использовали базы данных PubMed, Cochrane library и EMBASE для поиска рандомизированных клинических исследований (РКИ), в которых оценивали влияние добавок кальция на частоту переломов у лиц старше 50 лет. Это были исследования, опубликованные с июля 2012 года по июль 2017 года.

В качестве первичной конечной точки рассматривалась частота переломов бедра, вторичными конечными точками являлись общая частота переломов, вертебральных и периферических переломов.

Результаты

В мета-анализ вошли 14 РКИ, в которых сравнивали кальциевые добавки с плацебо или отсутствием терапии.

Показано, что применение кальциевых добавок не приводило к достоверному снижению риска переломов бедра (относительный риск, 1,53 [95% CI, 0,97-2,42], ARD, 0,01 [95% CI, 0,00-0,01]). При этом доза кальция (≥ 1 г или < 1 г) не оказывала влияния на результат.

Не было выявлено статистически значимой ассоциации между приемом кальциевых добавок и периферическими переломами (относительный риск, 0,95 [95% CI, 0,82-1,11], ARD, -0,01 [95% CI, -0,02-0,01]), переломами позвоночника (относительный риск, 0,83 [95% CI, 0,66-1,05], ARD, -0,01 [95% CI, -0,03-0,01]) и общим риском переломов (относительный риск, 0,88 [95% CI, 0,75-1,03]; ARD, -0,02 [95% CI, -0,03 - -0,01]) по сравнению с плацебо или отсутствием терапии как таковой.

Исследователи не выявили достоверных различий в подгруппах пациентов при учете дозы кальция, пола, предшествующих переломов, ежедневного потребления кальция с пищей и базового уровня 25-ОН-D.

Jia-Guo Zhao, Xian-Tie Zeng, Jia Wang, et al. JAMA. 2017;318(24):2466-2482.



СЕРИК СУЛТАНОВ:

НОВАТОР И СОЗИДАТЕЛЬ

В феврале 2018 года исполнится год, как с нами нет Серика Егельевича СУЛТАНОВА, президента ассоциации «ФармМедИндустрия Казахстана» и главы Ассоциации поставщиков медицинской техники Казахстана.



Серик СУЛТАНОВ

В истории казахстанской фармацевтики имя Серика Султанова стоит в ряду первооткрывателей, создавших отрасль практически с нуля. Об этом говорят годы активной деятельности. Он был первым генеральным директором Национального центра экспертизы лекарственных средств, изделий медицинского назначения и медицинской техники Министерства здравоохранения Республики Казахстан, первым председателем Комитета фармации – организатором отечественной фармацевтической промышленности, первым президентом Ассоциации фармпроизводителей. Это один из тех уникальных случаев, когда человек, будучи по образованию математиком и инженером, стал первоклассным специалистом в другой сфере, создав одно из самых сильных направлений в структуре отечественного здравоохранения.

Но прежде чем стать легендарной личностью, Серик Егельевичу предстояло пройти длинный и порой тернистый путь, чтобы иметь возможность заявить о правах фармацевтической промышленности в стране.

Сначала была учеба на физико-математическом факультете Павлодарского пединститута, где в 19 лет он был избран комсоргом и стал членом Коммунистической партии Казахской ССР. Должность первого секретаря райкома комсомола Иртышского района занял в 21 год, после чего был отмечен первыми правитель-

ственными наградами. Затем отдал свой гражданский долг стране, достойно отслужив в рядах Советской Армии обычным рядовым.

С. Султанов был первым и навсегда оставил это право за собой. Созданная им ассоциация «ФармМедИндустрия Казахстана», которая занимается поддержкой и защитой интересов современной казахстанской фармацевтической промышленности, продолжает его дело. А история его жизни останется историей развития фарминдустрии независимого Казахстана.

Своевольного и уверенного в себе, честного и порой резкого в выступлениях Серика Султанова опасались в партийных кругах, не всегда принимая отстаиваемую им позицию. Однако в большинстве случаев соглашались с ней. Как бы там ни было, он никого не оставлял равнодушным.

Серик Егельевич никогда не боялся потерять высокий пост. Мог с легкостью поменять престижный чи-

новничий кабинет со служебным автомобилем на не очень высокую должность в ремонтно-строительном цехе тракторного завода, а заодно пойти за знаниями на строительный факультет местного Индустриального института. Это для того, чтобы получить техническое образование, которое было необходимо ему на тот момент времени.

Однако и на тракторном заводе молодой человек не остался незамеченным: его выдвинули на пост второго секретаря Ильичевского райкома партии города Павлодар. С перевесом в 80 процентов голосов 27-летний Султанов обошел серьезнейшего конкурента – опытного работника, претендовавшего на эту должность.

Для трудоспособного, увлеченного делом и прямо следующего собственному курсу Султанова не существовало профессиональных границ. Об этом еще не раз впоследствии расскажут его друзья, врачи, производственники, а также иностранные коллеги и представители здравоохранения других стран, с кем на протяжении многих лет его связывала не только профессиональная деятельность, но и крепкая дружба.

В фармацевтическую отрасль Серика Егельевича привела перестройка.

С.Е. Султанов заложил основы фармацевтического рынка, предвосхищая сценарии классического развития фармбизнеса на годы вперед. Он, со свойственной ему прозорливостью, смог вовремя предугадать приход рынка.

Так в 90-е годы прошлого столетия в Казахстане появился свой завод по производству шприцев. Открытие его состоялось накануне полного развала Советского Союза, когда многие промышленные предприятия останавливались, а о старте новых производственных объектов не могло быть и речи.

Но павлодарский завод продолжал строиться, и уже через год, в 1992 году, в независимом Казахстане была запущена новая производственная линия. Казахстанцы

получили первые отечественные одноразовые шприцы объемом 2 мл. Стройку посещал Премьер-министр РК С.А. Терещенко, трижды приезжал Президент страны.

Упрямство, настойчивость и дальновидность Серика Султанова были вознаграждены: в 1995 году его наградили медалью «Ерен еңбек үшін».

Этот павлодарский проект связал его с фармацевтической и медицинской промышленностью почти на три десятка лет.

После восьми лет руководства АО «Медполимер» и хорошего производственного опыта в 1998 году Султанов по предложению министра образования, науки и здравоохранения страны Крымбека Кушербаева переходит на должность генерального директора РГКП «Центр лекарственных средств «Дәрі-дәрмек». Один из организаторов фармацевтической службы сразу обратил внимание на необходимость формирования законодательной базы, с выделением сферы обращения лекарственных средств. Впоследствии, когда система начнет работать, коллеги признают данный подход неоценимым.

Но до признания было еще далеко. Серик Егельевич столкнулся с проблемами: невыплата заработной платы, огромный штат сотрудников, низкая эффективность бывшего «Медстандарта», нежелание этой организации передавать лаборатории и функции по экспертным работам при регистрации и сертификации лекарств вновь создаваемому предприятию. К тому же шли судебные разбирательства, поскольку за 7 месяцев существования Центра скопились тысячи лекарственных препаратов, чья иностранная экспертиза была оплачена, а предрегистрация не проводилась должным образом. К тому же были выявлены факты утери файлов.

Все эти и другие организационные вопросы необходимо было решать незамедлительно. Среди прочих дел важным пунктом значилось выстраивание взаимоотношений с экспертами, которые не были готовы





как такой активности со стороны инженера-строителя. Но, как говорится, «век живи – век учишься». Султанов отличался новаторскими подходами в управлении: всегда с удовольствием учился новому, совершенствовал свои навыки и знания, открыто вел диалог, делился опытом, легко форматировал свою деятельность. В решении ряда вопросов он опережал время, не боясь при этом быть непонятым. Математически точно выстраивал систему, «взрачивал» команду и развивался вместе с ней.

С эпохой «Дәрі-дәрмек» в стране исчез черный рынок, и в организации начали забывать о еще недавнем периоде нарушений, связанных с продажей незарегистрированных препаратов. Компания вышла на новый уровень: когда правильно выстроенные коммуникации решали все, появилась возможность обратной связи.

Параллельно с налаживанием диалога он сумел разработать правила, регламентирующие порядок регистрации лекарственных средств, что позволило четко разделить функции и выстроить взаимоотношения между участниками этого процесса. Созданная модель управления, когда фармакопейный и фармакологический центры вошли в состав Национального центра экспертизы лекарственных средств, была признана самой оптимальной среди всех стран СНГ, получив высокую оценку экспертов ВОЗ.

Позже при его участии разработаны и приняты Концепция лекарственной политики и Закон Республики Казахстан «О лекарственных средствах», написана отраслевая программа развития фармацевтической промышленности страны на 2010-2014 и 2015-2019 годы. Председатель Комитета фармации, фармацевтической и медицинской промышленности Министерства здравоохранения РК среди прочих норм особое внимание уделил той, где указывалось об обязательном наличии фармацевтического образования.

С подачи Султанова увидел свет журнал «Фармация Казахстана», а в 2006 году была создана ассоциация «ФармМедИндустрия Казахстана», объединяющая отечественных производителей лекарственных

средств и медицинских изделий. В нее вошли практически все крупные предприятия страны, производящие более 80 процентов всей фармацевтической и медицинской продукции.

Его инициативы по заключению долгосрочных договоров по закупке продукции у отечественных предприятий, повышению прозрачности действующего законодательства существенно повлияли на объемы выпуска лекарственных средств отечественными предприятиями. Если в 2009 году объем выпуска фармацевтической продукции составлял 8,4 млрд тенге, то в 2016 году – 47,4 млрд тенге.

Одной из задач на посту президента Ассоциации он считал искоренение коррупции при проведении закупки лекарственных средств. При его непосредственном участии, по опыту Малайзии, создавалась единая дистрибьютерская организация – ТОО «СК-Фармация».

Ответы на актуальные вопросы получили и участники рынка. Серик Егельевич оказался единственным человеком из фармацевтического бизнес-сообщества, включенным в состав членов Совета предпринимателей при Президенте РК.

Принципы руководства Серика Егельевича в работе находили отражение и в личной жизни: он был так же честен в общении, свободен во взглядах, его называли человеком необыкновенно широкой души. Так, по его инициативе была создана профсоюзная организация, которая помогала малообеспеченным семьям, детям, ветеранам отрасли.

Его помнят как надежного и верного друга, внимательного сына, любящего мужа, заботливого отца, доброго дедушку. На этих семейных «должностях» он «работал» вдвое больше, никогда не забывая о знаковых для семьи событиях, важных моментах и памятных датах, был не только главой семьи, но и ее сердцем, тепла которого хватало всем.

Ему, Серику Султанову, профессионалу с большой буквы, с огромным послужным списком и историей побед, а еще множеством планов на настоящее, было 57 лет, когда в одночасье оборвалась его жизнь.

Созданная им ассоциация «ФармМедИндустрия Казахстана», занимающаяся поддержкой и защитой интересов современной казахстанской фармацевтической промышленности, продолжает его дело.

Уважаемые коллеги!

В г. Астане состоится поминальный обед «Годовщина со дня смерти» Серика СУЛТАНОВА, президента ассоциации «ФармМедИндустрия Казахстана».

Обед будет организован 10 февраля 2018 года в 13:00 в ресторане «Туран» (ул. Момышулы, 21, угол ул. Сатпаева).

Если есть вопросы, просим обращаться в ассоциацию «ФармМедИндустрия Казахстана» по телефону: +7 (7172) 68 16 44.

МРНТИ: 76.29.49

АХМЕТБАЕВА А.К.¹, СУЛЕЙМАНОВ А.Ф.²,¹АО «КазМУНО», г. Алматы, ²НУО «Казросмедуниверситет», г. Алматы

ЗЛОКАЧЕСТВЕННАЯ ФИБРОЗНАЯ ГИСТИОЦИТОМА КОСТЕЙ ЧЕРЕПА В ГЕМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

(СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ)

Фиброзная гистиоцитома представляет собой одну из распространенных злокачественных опухолей мягких тканей. Наиболее часто от данного заболевания страдают люди в возрасте 25-55 лет. Характерной особенностью злокачественной фиброзной гистиоцитомы является склонность к скачкообразному росту и рецидивированию. Относится к саркомным заболеваниям.

АННОТАЦИЯ

В публикации представлены результаты клинического наблюдения за злокачественной фиброзной гистиоцитомой костей черепа в гематологической практике, а также данные лабораторных и инструментальных методов диагностики данного заболевания с результатами и выводами заключений.

Ключевые слова: злокачественная фиброзная гистиоцитома (ЗФГ), злокачественная гистиоцитома, фиброзная гистиоцитома, гистиоциты, фибробласты, ксантомные клетки, остеосаркома.

АКТУАЛЬНОСТЬ

Злокачественная фиброзная гистиоцитома (ЗФГ) до недавнего времени считалась редким заболеванием. В последние десятилетия публикуются наблюдения за десятками больных с диагнозом ЗФГ, проходивших обследование и лечение в одном учреждении за сравнительно короткий отрезок времени. Возможно, частота диагноза ЗФГ является данью времени, и в эту группу включается ряд больных с гигантоклеточной опухолью, фибросаркомой или другими опухолями костей и мягких тканей, структурно близких с ЗФГ.

Первичная ЗФГ кости, по данным Н.Н. Петровичева с соавторами (1985 г.), составляет 0,75-3,0% от всех злокачественных костных опухолей, а в ОНИ РАМН она наблюдалась у 3,4% больных. Значительно чаще ЗФГ встречается среди первичных злокачественных опухолей мягких тканей. По некоторым данным, почти у каждого пятого из этой категории больных старше 40 лет ЗФГ – наиболее часто встречающийся вид опухоли. [12]

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Обобщить личный опыт клинических проявлений и диагностических методов исследования у больных злокачественной фиброзной гистиоцитомой костей черепа сопоставлением морфологических находок и данных лабораторных и лучевых методов исследования.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Проанализирован клинический случай злокачественной фиброзной гистиоцитомы костей черепа в гематологической практике с представлением данных лабораторных и инструментальных методов диагностики данного заболевания с результатами и выводами заключений.

КЛИНИКА

Основными симптомами первичной ЗФГ являются боли, клинически выявляемое опухолевое образование. Почти у половины больных эти основные признаки появляются одновременно. ЗФГ кости чаще всего локализуется в нижнем отделе бедренной и верхнем отделе большеберцовой кости. Обычно длительность анамнеза – 1-12 месяцев, но половина больных обращается к врачу в первый месяц (в начале заболевания).

На рентгенограммах выявляется центрально или эксцентрично расположенный очаг деструкции, чаще литического типа. Также часто выявляется разрушение кортикального слоя. По данным некоторых авторов, различные типы периостальной реакции фиксируются более чем у 80% больных, тогда как другие отмечают сравнительно редкую реакцию надкостницы в виде линейного периостита. По данным ОНИ РАМН, у каждого четвертого больного наступал патологический

перелом, а у 2/3 больных выявлялись метастазы (у всех – в легкие, а у нескольких больных – в регионарные лимфатические узлы). По другим данным, метастазы в регионарные лимфатические узлы регистрировались у 16% леченых пациентов. [1]

ПАТОЛОГИЧЕСКАЯ АНАТОМИЯ

ЗФГ является двухкомпонентной опухолью. Ее основными клеточными элементами, выявляемыми как при световой, так и электронной микроскопии, являются гистиоцитоподобные и фибробластоподобные клетки, среди которых могут встречаться многоядерные и ксантомные, а также блуждающие клетки стромы. Некоторые авторы высказывают сомнения в том, что эту опухоль следует расценивать как самостоятельную нозологическую форму. Теоретически рассматриваются три основных источника развития ЗФГ:

1. Опухоль развивается из гистиоцитов (гистиоцитарная теория).

2. Опухоль развивается из мезенхимальных стволовых клеток, которые в процессе дифференцировки и роста опухоли формируют как гистиоцитоподобные, так и фибробластоподобные клеточные элементы, но в постнатальном периоде их развитие идет независимым путем (плюрипотентная теория).

3. Опухоль формируют фибробласты, которые в процессе опухолевого роста приобретают свойства гистиоцитов (фибробластическая теория). Основу этой теории заложил М.Ф. Глазунов, который показал, что способность накапливать только внутриклеточно разнообразные вещества не является прерогативой только гистиоцитарных элементов.

Но, как свидетельствуют К.М. Пожариский и А.Ю. Никитин, в настоящее время ни одна из этих теорий не может считаться доказанной.

В русской литературе первой работой, посвященной злокачественной фиброзной гистиоцитоме, является исследование В.М. Блинова, А.И. Павловской и Ю.Н. Соловьева (1981), где сообщается о 10 больных, у 7 из которых диагноз был поставлен ретроспективно. Авторы выделили 3 варианта гистологического строения: типичный, гигантоклеточный и воспалительный. [10]

Полиморфная разновидность (синоним – типичная злокачественная фиброзная гистиоцитома) составляет около 60% случаев при наблюдении этой саркомы. Она содержит два равномерно представленных клеточных типа – фибробласто- и гистиоцитоподобный, а также «муаровые» структуры, зоны фиброза и особенно некроза. Веретеновидные клетки могут создавать «завихрения», среди них встречаются крупные округлые, вытянутые и полиморфные элементы, а также гигантские полинуклеары с причудливыми ядрами. Хроническое воспаление, как правило, дополняет картину. Опухолевые клетки экспрессируют CD68 и фактор XIIIa.

Миксоидная разновидность (синоним – миксофибросаркома) отличается, помимо типичных участков,

миксомитозом, как минимум, половины объема опухолевой ткани. Слизь воспринимает альциановый синий. Гигантоклеточная разновидность злокачественной фиброзной гистиоцитомы (синоним – гигантоклеточная саркома, гигантоклеточная опухоль мягких тканей) дополнительно включает в себя многочисленные гигантские полинуклеары типа остеокластов и очажки остеоида, имеющиеся, правда, только при более высокой степени дифференцировки опухоли.

Воспалительная разновидность (синоним – ксантоматозная злокачественная фиброзная гистиоцитома) наряду с типичными структурами содержит скопления ксантомных клеток и воспалительную инфильтрацию. Для нее характерна локализация за брюшиной.

Аденоматоидная разновидность обладает более спокойным течением, встречается у детей после 10 лет и взрослых – до 30 лет. Узел может содержать мягкие «геморрагические» массы. Под микроскопом отмечается сочетание трех компонентов: кистозных полостей с геморрагическим содержимым, солидных комплексов овальных и вытянутых клеток типа гистиоцитов, воспалительных инфильтратов.

Мономорфная гистиоцитома – редчайшая и весьма злокачественная разновидность, в которой не удается определить фибробластический компонент и фиброз. [9]

ЛЕЧЕНИЕ

При небольших размерах опухоли показаны органосохраняющие операции, то есть различные виды резекций с пластикой или без пластики дефекта. ЗФГ относится к опухолям высокого злокачественного потенциала. В некоторых публикациях 3,5-летняя выживаемость наблюдается у менее половины и трети больных, а 10 лет, по данным ОНИ РАМН, живут 11,6% больных. Но приводятся и более мрачные данные. Так, один из ведущих патологов мира в области костной патологии Schajowcz считает, что ни один больной ЗФГ не переживает трехлетний рубеж.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ЗФГ ИЗ ПРАКТИКИ

Пациентка В.Л. (дата рождения – 02.06.1964 г.) поступила в реанимационное отделение ЦГБ г. Павлодар 05.02.2014 г., время – 13.15. Выписана 07.02.2014 г., время – 16.00.

Диагноз при поступлении: Анемия крайне тяжелой степени.

Жалобы при поступлении: выраженная общая слабость, одышка в покое, головные боли, головокружение, сжимающие боли в области сердца.

Анамнез заболевания. Со слов пациентки, считает себя больной с конца января 2014 года, когда появилась одышка при физической нагрузке. Обратилась на прием к терапевту по месту жительства. Обследована: ОАК: Нв – 37 г/л, СОЭ – 75 мм/ч, эритроциты – $2,02 \cdot 10^{12}/л$, лейкоциты – $10,8 \cdot 10^9/л$, п. – 1, с. – 77, м. – 10, л. – 12.

Осмотр гинеколога. Миома матки. Двухсторонний аднексит. Взят мазок на онкопатологию.

На УЗИ ОБП – Хронический панкреатит. ЖКБ. Крупный конкремент желчного пузыря. Гепатомегалия.

Участковый терапевт назначил Тотему. Со слов больной, приняла Тотему 03.02.2014 года, после чего появилась тошнота, рвота, сильное головокружение, полуобморочное состояние. Каретой скорой помощи доставлена в приемный покой 1-й городской больницы. ОАК – 04.02.2014 г., время – 00.19, Нв – 29 г/л, лейкоциты – $12,1 \cdot 10^9$ /л, эритроциты – $1,77 \cdot 10^{12}$ /л, тромбоциты – $456 \cdot 10^9$ /л, СОЭ – 80 мм/ч. С ее слов, была осмотрена дежурным терапевтом и отправлена домой.

05.02.2014 года была проконсультирована гематологом, выставлен диагноз: ЖДА тяжелой степени. Осмотр гематолога: со слов отмечает геморроидальное кровотечение три дня назад. На момент осмотра геморроидального и маточного кровотечения нет. Больная заторможена, на вопросы отвечает односложно, медленно, но правильно, быстро истощается. Аускультативно: выраженный систолический шум на всех точках, тахикардия с ЧСС 120 ударов в мин. О данной пациентке доложено заместителю главного врача, по согласованию госпитализирована в отделение реанимации.

Анамнез жизни. Туберкулез, вирусный гепатит, венерические заболевания отрицает. Родилась 1-м ребенком в семье. Беременности – 6, родов – 3, м/а – 3. Хронический геморрой в течение нескольких лет. Донорство отрицает.

Эпидемиологический анамнез. За последние 3 недели отрицает диарею, употребление сырой воды и молока, контакт с инфекционными больными, выезд за пределы РК, острый гепатит, лечение в других стационарах.

Аллергологический анамнез. Со слов больной, аллергических реакций на лекарственные препараты нет. Объективно при поступлении:

Status praesens. Общее состояние тяжелое за счет глубокого анемического синдрома и явлений гипоксической энцефалопатии. Температура тела – 36° С, рост – 165 см, вес – 84 кг. Несколько заторможена. Положение пассивное. Телосложение правильное. Нормостеник. Кожные покровы бледные, с восковидным оттенком, сухие на ощупь. Видимые слизистые бледные. Геморрагических знаков нет. Периферические лимфатические узлы не пальпируются. Периферических отеков нет. Костно-мышечный аппарат без видимых деформаций.

Органы дыхания. Грудная клетка цилиндрической формы, обе ее половины участвуют в акте дыхания. Перкуторно – ясный легочный звук. Аускультативно – дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД – 22 в минуту.

Органы кровообращения. Область сердца визуально не изменена. Границы относительной сердечной тупости: левая – по левой СКЛ, верхняя – в 3-м межреберье слева, правая – по правому краю грудины. Тоны сердца ясные, ритм правильный, систолический шум на всех точках, тахикардия. ЧСС – 120 в мин, АД – 120/60 мм рт. ст.

Органы пищеварения. Язык умеренно обложен белым налетом. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка пальпаторно не увеличены. Стул регулярный, оформленный.

Органы мочевого выделения. Область почек визуально не изменена. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Мочеиспускание свободное, безболезненное.

Нейроэндокринный статус. В сознании, адекватна, заторможена, на вопросы отвечает односложно, медленно, но правильно, быстро истощается. Ориентирована в пространстве и времени. Щитовидная железа не увеличена, тремора пальцев нет, в позе Ромберга устойчива.

05.02.2014 г., время – 13.30. Больная при поступлении в реанимацию была раздета, в том числе снят платок с головы. Обнаружены опухолевидные образования, занимающие большую часть волосистой части головы, различной формы, покрытые желтым налетом, плотные при пальпации.

При активном опросе было выяснено, что данное опухолевидное образование развивалось в течение 5 лет. Больная тщательно скрывала этот факт.

Срочно созван консилиум (05.02.2014 г., время – 14.00) в составе заместителя главного врача по лечебной работе, главного внештатного гематолога, главного внештатного рентгенолога, заведующих отделением реанимации-анестезиологии, неврологическим отделением, заведующей гинекологическим отделением, заведующих хирургическим отделением и общей онкологии ООД, 2-м терапевтическим отделением поликлиники №5, дежурного реаниматолога, врача офтальмолога, участкового терапевта поликлиники №5, лечащего врача.

Объективно на момент консилиума:

Status praesens. Общее состояние тяжелое за счет глубокого анемического синдрома, явлений гипоксической энцефалопатии. Температура тела – 36° С, рост – 165 см, вес – 84 кг. Несколько заторможена. Положение пассивное. Телосложение правильное. Нормостеник. Кожные покровы бледные, с восковидным оттенком, сухие на ощупь. Видимые слизистые бледные. Геморрагических знаков нет. Периферические лимфатические узлы не пальпируются. Периферических отеков нет. Костно-мышечный аппарат без видимых деформаций.

Органы дыхания. Грудная клетка цилиндрической формы, обе ее половины участвуют в акте дыхания. Перкуторно – ясный легочный звук. Аускультативно – дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД – 22 в мин.

Органы кровообращения. Область сердца визуально не изменена. Границы относительной сердечной тупости: левая – по левой СКЛ, верхняя – в 3-м межреберье слева, правая – по правому краю грудины. Тоны сердца ясные, ритм правильный, систолический шум на всех точках, тахикардия. ЧСС – 120 в мин. АД – 120/60 мм рт. ст.

Органы пищеварения. Язык умеренно обложен белым налетом. Живот не вздут, участвует в акте дыхания.

При пальпации мягкий, безболезненный. Симптомов раздражения брюшины нет. Печень и селезенка пальпаторно не увеличены. Стул регулярный, оформленный.

Органы мочевого выделения. Область почек визуально не изменена. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Мочеиспускание свободное и безболезненное.

Неврологический статус. В сознании, адекватна, ориентированна, команды выполняет четко, быстро истощается. Глазные щели D>S, зрачки равные. Объем движений глазных яблок не ограничен, фотореакции живые, лицо симметричное. Мышечный тонус, сила в конечностях сохранены, сухожильные рефлексы D=S (с рук и ног), координаторные пробы выполняет с рук и ног. Патологических стопных, менингеальных знаков нет. Элементы моторной афазии.

Локальный статус (per rectum). В области ануса на 3 и 7 часах условного циферблата увеличенные геморроидальные узлы (0.5-0.8 см), не напряженные, спавшиеся. Сфинктер свободно проходим. Ампула пустая. На высоту пальца образований нет. На перчатке – кал коричневого цвета.

Офтальмологический статус. OS: верхнее веко опущено. Болезненность при пальпации надбровной дуги. OU: конъюнктив бледная, отделяемого нет. Роговица целостная, прозрачная. Передняя камера средняя, влага чистая. Зрачок OD=OS, d=3 мм, фотореакция сохранена. Глазное дно: ДЗН бледноват, границы четкие. Артерии и вены сужены. Сетчатка бледно-розовая, очаговых изменений, геморрагий нет.

Гинекологический осмотр (PV). Наружные половые органы развиты по женскому типу. На зеркалах шейка матки чистая, выделения серозные. PV: тело матки не увеличено, плотной консистенции, безболезненная, придатки с обеих сторон без особенностей, своды свободные.

Локальный статус (онколог). Волосистая часть головы от средней трети лба до затылочной области представлена обширной распадающейся опухолью размерами 20•17 см, с буристой поверхностью, изъеденными краями, кровоточит при контакте. Лимфоузлы шеи и надключичных областей не увеличены.

Решение консилиума.

Диагноз клинический. Анемия крайне тяжелой степени. Саркома мягких тканей волосистой части головы IV степени с распадом. Прорастание опухоли с лизисом теменных костей. Острая гипоксическая энцефалопатия. OS – птоз, вертикальный нистагм. OU – ангиопатия сетчатки. Хронический геморрой.

Рекомендовано:

1. Дальнейшее наблюдение и лечение в условиях ОАРИТ.
2. Биопсия из опухоли.
3. УЗИ ОМТ.
4. Эр. взвесь – 800,0 мл в/в кап.
5. Винпосан – 2.0 в/в кап.
6. Пирацетам 20% – 10,0 в/в стр.

7. Свечи Релифадванс: 1 свеча 2 раза в день, 10 дней.

8. Флебодиа 600: 1 таблетка 1 раз перорально, 1 месяц.

05.02.2014 года взята биопсия с опухоли и отправлена на гистологическое исследование в патологоанатомическую лабораторию 1-й городской больницы.

ПРОВЕДЕННЫЕ ЛАБОРАТОРНО-ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ОБСЛЕДОВАНИЯ

ОАК от 05.02.2014 г. Лейкоциты – 12,5•10⁹/л, эритроциты – 1,7•10¹²/л, Нв – 32 г/л, тромбоциты – 752•10⁹/л, Нt – 11,7%, б. – 1, э. – 2, с. – 76, лимф. – 11, м. – 10.

ОАК от 06.02.2014 г., время – 06.00. Лейкоциты – 11,8•10⁹/л, эритроциты – 2,6•10¹²/л, Нв – 60 г/л, тромбоциты – 414•10⁹/л., Нt – 19,6%, б. – 1, э. – 1, п. – 2, с. – 84, лф. – 10, м. – 2, СОЭ – 67 мм/ч.

ОАК от 06.02.2014 г., время – 20.25. Лейкоциты – 11,8•10⁹/л, эритроциты – 3,55•10¹²/л, Нв. – 85 г/л, тромбоциты – 531•10⁹/л, Нt – 27,3%.

ОАК от 07.02.2014 г. Лейкоциты – 9,8•10⁹/л, эритроциты – 3,73•10¹²/л, Нв. – 85 г/л, тромбоциты – 499•10⁹/л, Нt – 28,6%, п. – 2, с. – 79, м. – 11, э. – 1, лимф. – 7, СОЭ – 56 мм/ч.

ОАМ от 05.02.2014 г. Лейкоциты – 4-6 в п/зр, эритроциты – 4-6 в п/зр, белок – 0,033 г/л, цилиндры – 1-3 в п/зр.

ОАМ от 06.02.2014 г.: пл. эпит – 4-6 в п/з, лейкоциты – 4-5 в п/зр, эр. – 9-10 в п/зр, белок – 0,033 г/л.

ОАМ от 07.02.2014 г. Лейкоциты – 3-5 в п/зр, эритроциты – 1-2 в п/зр, белок – отрицательно, уд. вес – 1003.

Коагулограмма от 05.02.2014 г. ПТИ – 56%, фибриноген – 2,6 г/л, АЧТВ – 46 сек.

Биохимический анализ крови от 05.02.2014 г. АЛТ – 0,1 ммоль/л, АСТ – 0,2 ммоль/л, щелочная фосфатаза – 2,0 мккат/л, билирубин общий – 3,3 мкмоль/л, глюкоза – 5,7 ммоль/л, мочевины – 7,7 ммоль/л, креатинин – 68,2 ммоль/л, общий белок – 69,6 г/л, диастаза – 0,6 мккат/л.

Биохимический анализ крови от 06.02.2014 г. АЛТ – 0,1 ммоль/л, АСТ – 0,2 ммоль/л, щелочная фосфатаза – 1,8 мккат/л, билирубин общий – 11,4 мкмоль/л, глюкоза – 4,3 ммоль/л, мочевины – 4,1 ммоль/л, креатинин – 73,6 ммоль/л, общий белок – 64,6 г/л, диастаза – 0,3 мккат/л, Na – 149,3 ммоль/л, K – 5,7 ммоль/л, Ca – 1,6 ммоль/л.

Определение группа крови и резус-фактора от 05.02.2014 г. 0 (I) первая, резус положительный.

Кровь на антитела к HIV, маркеры гепатитов B и C, RW от 05.02.2014 г. – в работе.

ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫЕ МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

На рентгенограммах черепа выявляется выраженная асимметрия с отсутствием лобной, теменных и височных костей за счет центрально и эксцентрично распо-

ложенных участков деструкции литического типа. Периостальной реакции и участков вздутия костей нет.

Заключение: Остеосаркома костей свода черепа (отсутствие теменных, лобной, височных костей), остеолитическая форма.

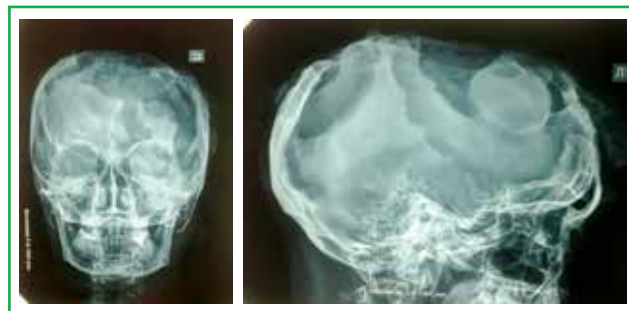


Рисунок 1 – Краниограмма в двух проекциях от 05.02.2014 г.

Рентгенография ОГК от 05.02.2014 г. Заключение: Хронический бронхит.

Протокол УЗИ органов малого таза от 05.02.2014 г. Заключение: Органической патологии на момент осмотра не выявлено.

УЗИ ОБП и брюшинного пространства от 04.02.2014 г. Умеренное увеличение печени, селезенки. ЖКБ. Крупный камень в шейке желчного пузыря. Диффузные изменения поджелудочной железы. Микролитиаз обеих почек.

ЭКГ от 05.02.2014 г. Синусовая тахикардия, ЧСС – 100 уд. в мин. Нормальное положение электрической оси сердца.

Гистологическое исследование №7885-90 из опухоли. Заключение получено 07.02.2014 г., время – 15.00.

Макро: 2 куса 2,5•1,5 и 1,0•1,0 см серовато-коричневатого цвета.

Микро: в одних срезах фиброзная ткань с участками микроидного отека, в периферических участках – вовлеченные сосуды с признаками васкулита. С поверхности ткани сосуды некротизированы, обильно инфильтрированы лейкоцитами. В других кусочках – сплошная некротическая ткань с обилием лейкоцитов, кое-где видны колонии микробов и гнойные тельца. В некоторых срезах на фоне фиброзной ткани с воспалением, отеком и разрастающимися сосудами обнаруживаются гигантские многоядерные клетки, некоторые из них напоминают остеокласты. Но элементов костной ткани не прослеживается. В центральных участках видны плоскоэпителиальные пластины с полиморфизмом клеток, признаками атипии и «роговыми жемчужинами». В некоторых срезах определяется ткань мозга с глиальной реакцией в виде размножения глиальных клеток. В веществе мозга вокруг сосудов – обильные периваскулярные воспалительные инфильтраты в виде муфт, состоящие из нейтрофилов.

Заключение. По данной морфологии можно думать о гигантоклеточной опухоли. Не исключается фиброзная гистиоцитома, смешанный вариант (фибромик-

соидный и гигантоклеточный). Обширные некрозы и диффузное гнойное воспаление в тканях. Вторичный гнойный энцефалит.

Лечение в реанимационном отделении:

1. Пирацетам 20% – 10,0 2 раза в день, №2.
2. Амиклав – 1,2 мг, №2.
- 3.Трамадол+Димедрол – 2,0 в/м, №1.

Лечение в гематологическом отделении:

1. Винпосан 2,0+Натрия хлор 0,9% – 100,0 в/в кап, №2.

2. Пирацетам 20% – 10,0 в/в стр., №2;

3. Перевязка головы ежедневно.

Лист гемотрансфузий: группа крови 0 (I) первая, Rh (+) положительный.

Таблица 2 – Эритроцитарная взвесь лейкофильтрованная

Дата	Серия	Количество	Дата заготовки	Годеи до	Донор*
05.02.2014 г.	17888	323,0 мл	28.01.2014 г.	11.03.2014 г.	НАБ
05.02.2014 г.	17881	353,0 мл	28.01.2014 г.	11.03.2014 г.	ТТЮ
05.02.2014 г.	17845	393,0 мл	24.01.2014 г.	07.03.2014 г.	ПВА
06.02.2014 г.	18013	363,0 мл	30.01.2014 г.	13.03.2014 г.	КПЮ
06.02.2014 г.	17883	353,0 мл	28.01.2014 г.	11.03.2014 г.	МБЕ

Примечание: данные доноров скрыты в целях сохранения конфиденциальности.

Объективно на момент выписки. Общее состояние ближе к относительно удовлетворительному. Температура тела – 36,8° С. В сознании, адекватна, на вопросы отвечает правильно. Кожные покровы бледноватые, видимые слизистые розовой окраски. Геморрагических знаков нет. Периферические лимфатические узлы не пальпируются. Периферических отеков нет. Аускультативно: дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД – 18 в мин. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. ЧСС – 82 в мин. АД – 120/70 мм рт. ст. Язык умеренно обложен белым налетом. Живот не вздут, участвует в акте дыхания, при пальпации мягкий, безболезненный. Симптомов раздражения брюшины нет. Печень и селезенка пальпаторно не увеличены. Стул был, оформленный. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Мочеиспускание свободное, безболезненное.

Исход лечения. Улучшение. На момент выписки Нв – 85 г/л. Анемический синдром купирован.

Лечебные и трудовые рекомендации:

1. Наблюдение и лечение у онколога в ООД.
2. Исследовать кровь на маркеры гепатитов В и С по месту жительства через 6 месяцев (06.08.2014 г.).
3. Кровь на антитела к HIV – через 1 месяц (06.03.2014 г.) и 3 месяца (06.05.2014г.) по месту жительства.
4. Перевязки головы по месту жительства.
5. Рентгенограммы отданы на руки.

Пациентка В.Л., 1964 года рождения, скончалась в марте 2015 года.

ВЫВОДЫ

В настоящее время рентгенологам необходимо пересмотреть диагностику и тщательно разработать рентгенологическую дифференциальную диагностику между фибросаркомой, злокачественной фиброзной гистиоцитомой и рядом других опухолей. Многие авторы, в том числе I. Lichtenstein (1965), писали, что в сомнительных случаях нужно вспомнить о фибросаркоме. М.С. Целиковский и соавторы (1976), Л.А. Еремина (1978) и другие считали, что трудно провести дифференциальный диагноз фибросаркомы со злокачественной формой гигантоклеточной опухоли, ретикулосаркомой, литической формой остеогенной саркомы, но не упоминали о малоизвестной в то время злокачественной фиброзной гистиоцитоме, учитывать которую при диагностике в настоящее время необходимо.

Эти же авторы, проанализировав литературные данные, указывают, что примерно в 19% случаев злокачественная фиброзная гистиоцитома развивается на основе предсуществующего процесса. Наиболее часто это энхондром, болезни Педжета, фиброзной дисплазии, участков костей, подвергшихся облучению.

Изучение особенностей цитологической дифференциальной диагностики злокачественной фиброзной гистиоцитомы (ЗФГ) в сравнении с морфологически сходными злокачественными опухолями мягких тканей и костей очень важно.

Рентгенологическая картина при ЗФГ кости довольно типична: это резко выраженный очаг деструкции, литический очаг без линии склероза по краям как и при гигантоклеточной опухоли. Очаг деструкции реже располагается центрально, чаще он разрушает одну из кортикальных пластинок. Возможен выход опухоли в мягкие ткани. Периостальная реакция наблюдается редко, как и вздутие кости, поскольку она обычно еще до этого разрушается.

Литература:

1. Glass R.B, Fernbach S.K, Norton K.I. et al. The infant skull: a vault of information. *Radiographics* 2004; 24: 507-22.
2. Fink A.M, Maixner W. M., F. Glazunov. Enlarged parietal foramina: MR imaging features in the fetus and neonate. *AJNR Am J Neuroradiol* 2006; 27:1379-81.
3. Yiu Luk S., Fai Shum J.S., Wai Chan J.K., Schajowcz. Bilateral thinning of the parietal bones: a case report and review of radiological features. *Pan Afr Med J* 2010; 4:7.
4. Vande Vyver V., Lemmerling M., De Foer B. et al. Arachnoid granulations of the posterior temporal bone wall: imaging appearance and differential diagnosis. *AJNR Am J Neuroradiol* 2007; 28:610-12.
5. Duan Z.X, Chu S.H., Ma Y.B. et al. Giant intradiploic epidermoid cyst of the occipital bone. *J Clin Neurosci* 2009; 16:1478-80.
6. Abubacker S., Lakhkar B., Shetty D. et al. Adult atretic parietal cephalocele. *Neurol India* 2002; 50:334-36.
7. Singh A.D., Chacko A.G., Chacko G. et al. Plasma cell tumors of the skull. *Surg Neurol* 2005; 64:434-38, discussion 438-39.
8. Binello E., Bederson J.B., Kleinman G.M. Hemangiopericytoma: collision with meningioma and recurrence. *Neurol Sci* 2010; 5:625-30.
9. Патологоанатомическая диагностика опухолей человека. / Под ред. Н.А. Краевского, А.В. Смольяникова, Д.С. Саркисова, М.С. Целиковский, Л.А. Еремина. В 2 т. – М., 1993. (многие данные в книге устарели, но имеются детальные описания макро и микроморфологической картины опухолей).
10. Струков А.И., Серов В.В. Патологическая анатомия. – Москва, 1995.
11. Fletcher C.D. M., Unni K.K., Mertens F. (Eds.): World Health Organization Classification of Tumours. Pathology and Genetics of Tumours of Soft Tissue and Bone. – Lyon: IARC Press, 2002.
12. В.М. Блинов, А.И. Павловская, Ю.Н. Соловьева. Злокачественная фиброзная гистиоцитома. – Вестник рентгенологии и радиологии. – Москва, 1981.

ТҮЙІНДЕМЕ

АХМЕТБАЕВА А.К.¹, СУЛЕЙМАНОВ А.Ф.²,

¹«ҚазМУББУ» АҚ, ²Қазақстан-Ресей

медицина университеті, Алматы қ.

ГЕМАТОЛОГИЯЛЫҚ ПРАКТИКАДАҒЫ КЛИНИКАЛЫҚ БАС СҮЙЕКТІҢ ҚАТЕРЛІ ФИБРОЗДЫҚ ГИСТИОЦИТОМАСЫ (ТӘЖІРИБЕДЕН ДЕРЕК)

Гематологиялық тәжірибеде бас сүйек сүйектерінің қатерлі талшықты гистиоцитомасын клиникалық бақылау ұсынылған. Бұл ауруды диагностикалаудың зертханалық және аспаптық әдістерінің нәтижелері қорытындылар мен тұжырымдардың қорытындылары келтірілген.

Түйін сөздер: қатерлі талшықты гистиоцитома (ҚТГ), қатерлі гистиоцитома, фибротикалық гистиоцитома, гистиоциттер, фибробласттар, ксантомциттер, остеосаркома.

SUMMARY

AHMETBAEVA A.K.¹, SULEYMANOV A.F.,

¹Kazakh Medical University of Continuing Education,

²Kazakh-Russian Medical University, Almaty c.

MALIGNANT FIBROUS HISTIOCYTOMA OF BONE SKULL IN HEMATOLOGICAL PRACTICE (CASE OF PRACTICE)

Clinical observation of malignant fibrous histiocytoma of the skull bones in hematological practice is presented. The data of laboratory and instrumental methods for diagnosing this disease with the results and conclusions are presented.

Keywords: malignant fibrous histiocytoma (MFH), malignant histiocytoma, fibrotic histiocytoma, histiocytes, fibroblasts, xanthoma cells, osteosarcoma.

МРНТИ: 76.29.36

АБДИРАМАШЕВА К.С.¹, ИБРАГИМОВА С.И.¹,

¹Қожа Ахмет Ясауи атындағы Халықаралық Қазақ-Түрік университеті, Түркістан қ.

СОЗЫЛМАЛЫ БҮЙРЕК ЖЕТІСПЕУШІЛІГІНДЕ ГЕМОДИАЛИЗДІҢ ТИІМДІЛІГІ

Созылмалы бүйрек жетіспеушілігі (СБЖ) созылмалы аурулардың ішінде өмір сүру сапасының төмендеуі, терминалды сатысындағы жоғары өлім көрсеткіштері, экономикалық жоғары алмастырушы емдеу тәсілімен ерекшеленеді. Аталған аурудың өзектілігі жылдан жылға өсіп жатқан гемодиализ қабылдайтын науқастардың санымен дәлелденуде.

АНДАТПА

Мақалада гемодиализ қабылдаған науқастардың 2015-2017 жж. аралығындағы динамикасы және гемодиализдің созылмалы бүйрек жетіспеушілігінде тиімділігі көрсетілген.

Түйін сөздер: созылмалы бүйрек жетіспеушілігі, гемодиализ, динамика.

КІРІСПЕ

СБЖ созылмалы аурулардың ішінде үшінші орынды иеленеді, алайда бұл патологияға жеткілікті көңіл бөлінбей келді. XXI ғасырдың басында шетелде ірі ғылыми зерттеулердің нәтижесінде (NHANES және басқалар) СБЖ күрт өсуі және осы аурумен сырқаттанған науқастарды емдеуші диализдік қызметтің тапшылығы анықталғанда бүкіл дүниежүзінің назарын өзіне қаратты [1]. СБЖ-нің дүние жүзінде таралуы 10%, ал жоғары қауіп тобындағы пациенттер арасында 50%-ға баратындығы анықталған. [2]

Аталған аурудың терминалды сатысында ағзаға жиналған токсиндерді элеминациялаудың қолайлы тәсілі – гемодиализ болып табылады. Гемодиализ бұзылған бүйрек функциясын толығымен орындай алмайды, бірақ белгілі бір дәрежеде диффузия және ультрафилтрация арқылы өз қызметін басқа-

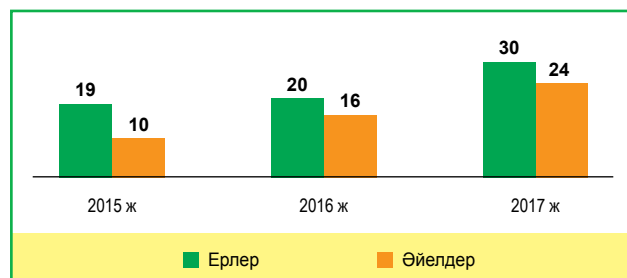
рады. Созылмалы бүйрек жеткіліксіздігінде кезінде гемодиализ шумақ жылдамдығы 15 мл/мин/1,73 м² төмен болғанда жүргізіледі. Foley RN, Collins AJ жүргізген зерттеулерінде гемодиализді қолданған пациенттердің өмір сүру ықтималдығы тұрақты түрде артқанын анықтаған [3]. Yun Li және Yan Jin жүргізген жұмысында 1995-2012 жылдар арасында шумақтық филтрация регистрі арқылы диализдің тиімділігін зерттеген. Зерттеу нәтижесі гемодиализ қабылдаған пациенттерде шумақ филтрациясының тұрақты жоғарылауымен сипатталып, гемодиализдің тиімділігін дәлелдеді. [4]

Отандық ғалымдарымыз А.К. Байгенжин, С.К. Тунганбекова, О.Ж. Нарманова Қазақстандағы СБЖ бар науқастар тіркелген регистрдің нәтижелерін талдаған. Жүргізілген зерттеудің нәтижесіне сүйенсек, гемодиализ қабылдайтын науқастардың ішінде әйелдерге қарағанда ер кісілер басым болған. Жас ерекшеліктеріне байланысты гемодиализ қабылдайтын науқастардың ішінде 73%-ын 21-50 жас аралығындағы пациенттер құрап, 60% жағдайда гемодиализ қабылдаудың себебі созылмалы гломерулонефрит екендігі анықталған [5].

Қазіргі таңда СБЖ және гемодиализ бүкіл ғалым жұртшылығының назарын өзіне қаратып өзекті мәселеге айналууда. Осыған байланысты аталған тақырып әлем жүзінде және Қазақстанда өзекті мәселелердің бірі саналып, зерттеу жұмыстарын тереңдетуді талап етеді. [6]

ЗЕРТТЕУДІҢ МАҚСАТЫ

Зерттеудің негізгі мақсаты Түркістан қаласы, Қожа Ахмет Ясауи атындағы клиника-диагностикалық орталықта (ҚДО) науқастардың гемодиализ қабылдау динамикасы және гемодиализдің тиімділігін анықтау болып табылды.



Сурет – Жынысқа байланысты гемодиализ қабылдаған науқастардың көрсеткіші

ЗЕРТТЕУ МАТЕРИАЛДАРЫ ЖӘНЕ ӘДІСТЕРІ

Зерттеу жұмысында 2015-2017 жылдар аралығында Түркістан қаласындағы Қожа Ахмет Ясауи атындағы ҚДО-та гемодиализ қабылдаған 119 науқас зерттелді. Зерттеуде науқастардың 2017 жылғы артериялық қан қысымы және биохимиялық қан анализі нәтижелеріне сүйене отырып, статистикалық талдау жасалынды.

ЗЕРТТЕУ НӘТИЖЕЛЕРІ

2015-2017 жж. Түркістан қаласындағы Қожа Ахмет Ясауи атындағы ҚДО-та гемодиализ қабылдаған науқастардың саны 119-ды құрады. 2015 жылы 29, 2016 жылы – 36, 2017 жылы – 54 науқас гемодиализ қабылдағаны анықталып, соңғы 3 жыл көлемінде гемодиализ қабылдайтын науқастар санының өсуі байқалды.

Нәтижесі көрсеткендей гемодиализ қабылдаған әйел кісілерге қарағанда ер кісілердің саны басым болғаны анықталды және жыл сайын ерлердің де, әйелдердің де саны артқаны байқалады.

Кесте 1 – Гемодиализ қабылдаған науқастарда аурулардың үлес салмағы

№	Аурулар	Жалпы саны	%
1	Созылмалы тубулоинтерстициальды нефрит	28	52
2	Созылмалы гломерулонефрит	15	28
3	Қант диабеті, диабеттік нефропатия	9	16
4	Бүйрек поликистозы	2	4

Кесте 2 – 2017 жылы гемодиализ қабылдаған науқастардың гемодиализге дейін және гемодиализден кейін артериялық қан қысым, биохимиялық қан анализінің көрсеткіштері

Көрсеткіштер		N=54
АҚ орташа көрсеткіші	диализге дейін	150/100 мм с.б.бғ
	диализден кейін	140/90 мм с.б.бғ
Креатининнің орташа мөлшері	диализге дейін	700-950 мкмоль/л
	диализден кейін	220-350 мкмоль/л
Мочевинаның орташа мөлшері	диализге дейін	29,0-33,0 ммоль/л
	диализден кейін	8,0-12,0 ммоль/л

1-кестеде гемодиализ қабылдаған науқастар арасында әр түрлі аурулардың үлес салмағы көрсетілген.

Әдебиеттер:

- Хроническая болезнь почек и нефропротективная терапия. Методическое руководство для врачей. Под редакцией доктора медицинских наук, профессора Е.М. Шилова. – Москва, 2012 г., стр. 4,5.
- Lancet. 2013. Evolving importance of kidney disease: from subspecialty to global health burden. Eckardt KU, Coresh J, Devuyst O, Johnson RJ, Köttgen A, Levey AS, Levin A.
- J Am Soc Nephrol. 2007. End-stage renal disease in the United States: an update from the United States Renal Data System. Foley R.N., Collins A.J.
- J Medicine 2017. Explaining trends and variation in timing of dialysis initiation in the United States Yun Li, PhD Yan Jin, PhD, Alissa Kapke, MS, Jeffrey Pearson, MS.
- А.К. Байгенжин, С.К. Туганбекова, О.Ж. Нарманова, Р.З. Магзумова. О регистре больных с заболеваниями почек в Республике Казахстан. Национальный научный медицинский центр МЗ РК, г. Астана, Казахстан. Нефрология и диализ. – Т. 7. – №3. – 2005. – С. 276.
- SARTAEVA K.A., KUTTYKOZHAEVA S.A., DOLANOVA G.O., JAKIPBEKOVA ZH. ZH., MYRZABEKOVA G.ZH. The role of bile, hepatoprotective phyto medicines in gastroenterology. – Фармация Казахстана. – №2. – 2016. – С. 34-36

Зерттеу нәтижесі тексерілген көрсеткіштер бойынша жүргізілген гемодиализ емінің тиімді екендігін көрсетті.

ҚОРЫТЫНДЫ

1. Түркістан қаласында гемодиализ қабылдайтын науқастардың саны артуда.

2. Гемодиализ қабылдайтын науқастардың ішінде әйелдер ер кісілерге қарағанда басым көпшілікті құрады.

3. Артериялық қан қысымының орта көрсеткіші, креатинин және мочевианың орта мөлшері гемодиализге дейінгі көрсеткіштерге қарағанда гемодиализден кейін төмен көрсеткіштерді көрсете отырып, созылмалы бүйрек жетіспеушілігі бар науқастарда тиімді екендігі анықталды.

SUMMARY

ABDIRAMASHEVA K.S.¹, IBRAGIMOVA S.I.¹,

¹International Kazakh-Turkish University
by name Yassavi, Turkestan c.

EFFECTIVENESS OF HEMODIALYSIS IN CHRONIC RENAL INSUFFICIENCY

The article presents the dynamics of patients taking hemodialysis in 2015-2017 years, as well as the effectiveness of hemodialysis in chronic renal failure.

Key words: chronic renal failure, hemodialysis, dynamics.

РЕЗЮМЕ

АБДИРАМАШЕВА К.С.¹, ИБРАГИМОВА С.И.¹,

¹Международный Казахско-Турецкий университет
имени Ходжи Ахмета Ясауи, г. Туркестан

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ГЕМОДИАЛИЗА ПРИ ХРОНИЧЕСКОЙ ПОЧЕЧНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

В статье представлены динамика результатов пациентов, получавших гемодиализ в 2015-2017 годах, а также эффективность гемодиализа при хронической почечной недостаточности.

Ключевые слова: хроническая почечная недостаточность, гемодиализ, динамика.

МРНТИ: 76.29.48

КОЖАБЕКОВА Т.А.¹, ДЖУМАГУЛОВА А.Р.¹, РИЗАМЕТОВА М.Б.¹, ТОҒЫЗОВА Н.Қ.¹, ШЫНДАЛИЕВА Д.С.¹,
С.Ж. Асфендияров атындағы ҚазҰМУ, Алматы қ.

ДАМЫМАҒАН ЖҮКТІЛІКТІҢ СЕБЕБІН ЗЕРТТЕУ

Дамымаған жүктілік (missed abortion) кезінде эмбрионның өлуі жүктіліктің үзілу қауіпі сияқты көрінбейді. Жиі жүктіліктің үзілуінің осындай түрі жүктілікті үйреншікті көтере алмаушылықта, гиперандрогенияда, аутоиммунды ауруларда және т.б. жағдайларда байқалады. Диагноз ультрадыбыстық зерттеуден соң расталады.



АНДАТПА

Анамнездік, клиникалық және гистологиялық салыстырмалы зерттеулерден кейінгі көрсеткіш, дамымаған жүктіліктің жиі себебі болып әйел жыныс ағзаларының қабыну аурулары (73,6) және жедел вирустық инфекциялар (62,6) болып табылады.

Түйін сөздер: дамымаған жүктілік, себебі, зерттеу алгоритмі.

КІРІСПЕ

Жүктілікті көтере алмаушылықтың әртүрлі формасы ішінен ерекше орын алатын дамымаған жүктілік (missed abortion), яғни өлі эмбрионның немесе ұрықтың жүктіліктің ерте мерзімінде жатыр қуысында ұзақ уақыт дамымай тұрып қалуы.

Популяцияда жүктілікті көтере алмаушылық жиілігі 20% құрайды. Жүктілікті көтере алмаушылықтың құрылымында үйреншікті түсік жиілігі 5% дан 20% аралығында өзгеріп тұрады, ал дамымаған жүктілік – ерте мерзімдегі өздігінен болған түсіктің 45-88,6% құрайды.

Дамымаған жүктілік – патологиялық симптомдардың жиынтығы, яғни құрсақішілік ұрықтың өлуі (эмбрионның), миометриядағы патологиялық өзгерістер және гемостаз жүйесіндегі бұзылыстармен көрінеді. ХАК коды бойынша: 10 O02.1 Дамымаған жүктілік. [5,6,7]

Осы ауқымды мәселенің өзектілігі репродуктивті жүйенің төмендеуімен және жағымсыз болжамдар-

мен ғана байланысты емес, сонымен қатар аздаған бөлігі ерте дамымаған жүктіліктің көрінісі «қайта форматталып» үйреншікті жүктілікке алып келеді. [8,9,10]

ЗЕРТТЕУДІҢ МАҚСАТЫ

Науқастардағы дамымаған жүктіліктің басты этиопатогенетикалық факторлар себебін анықтау. Зерттеу алгоритмін және прегравидарға дайындықты анықтау.

МАТЕРИАЛДАР ЖӘНЕ ӨДІСТЕР

1350 науқасқа Алматы қаласындағы ҚШЖА-ның гинекология бөлімінде 6 ай бойы анамнездік, физикалды және лабораторлы-аспаптық зерттеулер жүргізілді (4 ай – 2016 жылы, 2 ай – 2017жылы).

Ем алған науқастар арасынан 91 әйелде (6,7%) дамымаған жүктілік анықталды. Науқастардың жас ерекшелігі, әлеуметтік статусы, акушерлік-гинекологиялық және соматикалық анамнезі, жүктілік ағымы мен босану анамнезі, клиникалық көріністер, АХГ, кіші жамбас қуысына УДЗ және жатыр қуысынан алынған жағындылар гистологиялық зерттеулер мақсатқа жету жолында жасалды.

НӘТИЖЕЛЕРІ ЖӘНЕ ТАЛҚЫЛАУ

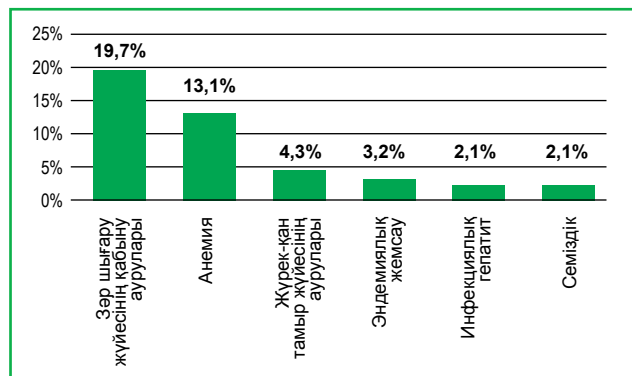
Жүктілердегі жас ерекшелігі бойынша көрсеткіш, максималды науқастар санының репродуктивті активтілігі – 25-31жас аралығын құрайды. Әлеуметтік мәртебесі:

жұмыскелер – 41 (45%), үй шарусындағы әйелдер – 32 (35,1%), студенттер – 18 (19,7%).

Зерттеу тобындағы 11 (12%) алғаш босанушы әйелдерде дамымаған жүктілік, соның ішінде 67 (73,6%) қайта босанушылар және 13 (14,2%) көп босанушыларда кездесті.

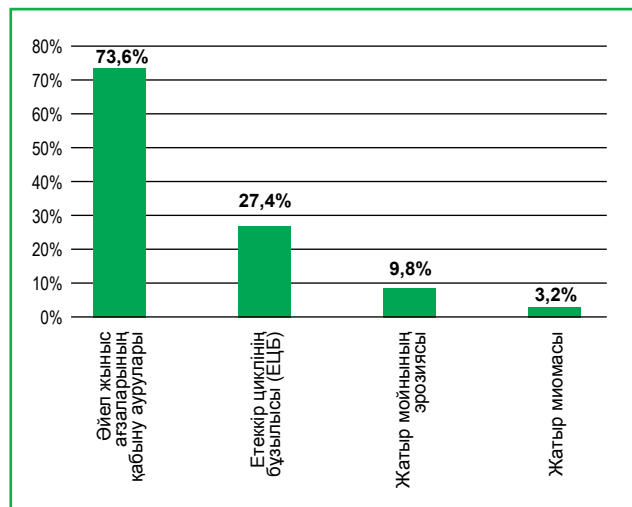
Жүктілік мерзімі бойынша дамымаған жүктіліктің кездесу жиілігі 5-9 апта аралығында 85 жүкті әйелдерде (93,4%) осы патология жиі кездеседі, ал 16-17 апта аралығында – 6 науқаста (6,5%) құрады.

Акушерлік-гинекологиялық анамнезді толықтай зерттеу барысында дамымаған жүктіліктің көрсеткіші, 65 жағдайда (71,4%) анамнезінде акушерлік асқынуы барларда өздігінен үзілген жүктілік жиі орын алды, соның ішінде үйреншікті жүктілікті көтере алмаушылық 42 науқаста (46,1%), ал 10 жағдайда (10,9%) анамнезінде дамымаған жүктілік болғаны анықталды.



1 сурет – Өткізілген экстрагенитальді аурулар

Диаграммадағы көрініс бойынша (сурет 1), зерттеудегі жүктілердің саны бойынша анамнезінде экстрагенитальді патологиямен зардап шегетіндері 45%, оның ішінде бүйрек патологиясы – 19,7%, анемия – 13,1%, жүрек қан-тамыр жүйесі – 4,3%, эндемиялық жемсау – 3,2%, инфекциялық гепатит және май алмасудың бұзылуы – 2,1% құрайды.

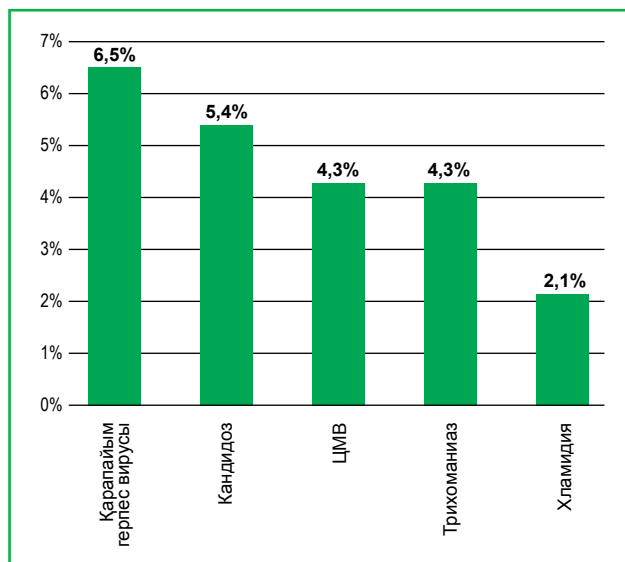


2 сурет – Гинекологиялық аурулардың құрылымы және жиілігі

Зерттеу тобындағы зер шығару жүйесі ауруларының ішіндегі ең жиі кездесетіні пиелонефрит екені анализ бойынша дәлелденді.

Әйелдердегі гинекологиялық аурулардың ішінде дамымаған жүктіліктің құрылымы мен жиілігіне ерекше назар аударылған және диаграммада көрсетілген (2 сурет).

Барлық әйелдер жүктілікке дейін әртүрлі гинекологиялық аурулармен қаралған және емделген, көбінесе әйел жыныс ағзаларының қабыну аурулары 67 жағдайда (73,6%), етеккір циклінің бұзылысы 25 жағдайда (27,4%), анамнезінде жатыр мойнының эрозиясы және жатыр миомасы – 9,8% және 3,2% құрайды.



3 сурет – Жыныс жолдарымен жұғатын аурулар

Қазіргі таңда үлкен маңызы бар инфекциялық аурулар, жыныстық жолмен жұғатын және сексуальды – трансмиссивті аурулар диаграммада көрсетілген (3 сурет): жай герпес вирусы – 6,5%, кандидоз – 5,4%, хламидия – 2,1%, цитомегаловирус және трихомониаз – 4,3% құрайды.

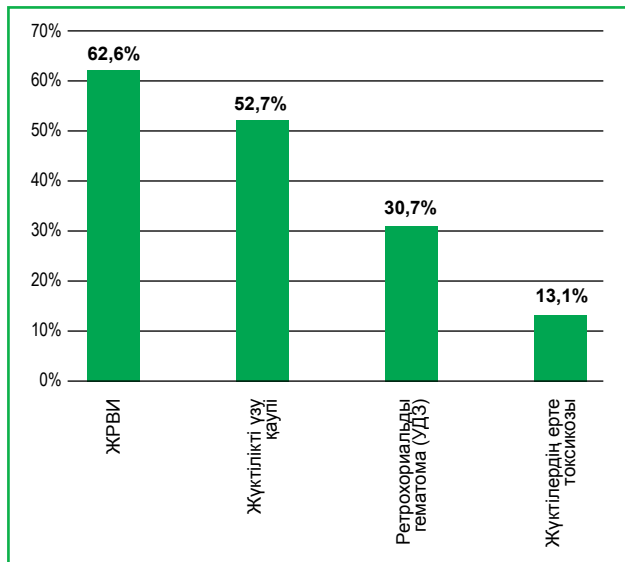
Әйел жыныс ағзаларының қабыну ауруларының жыныстық жолмен жұғатын аурулардың жылдам өсуі, жас әйелдер мен қыздардың жиі жұқтырып алуын анықтап отыр.

Науқастардың дамымаған жүктілікпен алдыңғы босану ағымы – 53 (58,2%) босануды құрады. Соның ішінде – 45 (85%) уақытында босанған және 8 (15%) әйел мерзімінен ерте босанған. 4 (7,5%) әйелде босану әрекетінің әлсіздігімен асқынған, зерттелуші 2 (3,7%) әйелдің анамнезінде қалыпты орналасқан плацентаның мерзімінен бұрын сылынуы болып, босану оперативті жолмен кесар тілігімен аяқталған, 3 (5,6%) науқаста патологиялық қан кету орын алған. 7 (13,2%) науқаста бір немесе екі кесар тілігінен кейінгі жатыр тыртығында – босану жоспарлы түрде жүргізілген. 2 (3,7%) жағдайда перинатальды өлім тіркелді.

Ережеге сәйкес, 75% жағдайда жүктілерде I триместрде эмбрион өлуі орын алады, содан кейін ғана

клиникалық көрінісі жүктіліктің үзілу қауіпі сияқты немесе өздігінен болған түсік тәрізді көрінеді.

Зерттелуші әйелдердегі дамымаған жүктіліктің клиникалық көрінісі жатырдың ұлғаюы мен жүктілік мерзімінің сәйкес келмеуімен көрінді. 12 (13,1%) жағдайда жұмыртқа жасушасының мерзімінен бұрын сылыну салдарынан жатырға қан толып жатырдың үлкеюі байқалған. Жүкті әйелдер жүктіліктің субъективті белгілерінің жоғалғанын байқаған. Қайталамалы түрде болған жыныс жолдарынан бөлінген жағынды қанды бөліністі және іштің төменгі бөлімінің түйіліп ауруын байқады. Дамымаған жүктілікте әйел қанында адам хоррион гонадотропин деңгейі төмендегені немесе мүлдем болмағаны байқалды.



4 сурет – Осы жүктіліктің өту ағымы

Осы жүктіліктің өткізу кезеңі диаграммада көрсетілген (4 сурет). Диаграммада зерттелінген топтағы жүктілік кезеңінің асқинулары көрсетілген. Жиі дамымай қалған жүктілікпен 57 (62,6%) науқастар жедел вирустық инфекцияны өткізген. 48 (52,75%) жүктілік жүктіліктің үзілу қауіпі фонында өткен, олардың ішінде 28 (30,7%) УДЗ да анықталғаны бойынша ретрохориальді гематома. Ерте токсикоз 12 (13,1%) науқаста анықталған.

Дамымай қалған жүктілік ультрадыбыстық зерттеу кезінде ұрықтың жүрек соғуы жоқ болған жағдай нәтижесі бойынша диагностикаланған. Анэмбриония анықталған, яғни 5-6 аптада эмбрион ұрықтық жұмыртқаның ішінде болмауы. Осы кезде ұрықтық жұмыртқаның өлшемі қалыпты өлшемнен кіші болады, ал эмбрион визуализацияланбайды.

Егер эмбрион визуализацияланса жүрек соғуымен бірге болады және ретрохориальді гематома анықталып ұрық жұмыртқасының жатыр қабырғасынан сылынған аймақта ұйыған қан жиналу түрінде болады.

Нақты зерттеу нәтижелерінен кейін әйелді дайындап (асқынудың төмендету үшін емдік-профилактикалық шаралары) өлі жүктілікті үзу керек. Дамымай қал-

ған өлі ұрық жұмыртқасын алып тастау үшін инструментальді әдісі 35 (38,4%) вакуум аспирациясы және 31 (34%) кюретаж емдік-профилактикалық шараларымен бірге қолданылады. Медикаментозды жүктілікті үзу мифепристон, мизопроустол схемасы бойынша 25 – 27,4% (олардың ішінде 4 (16%) ұрық жұмыртқасы қалдықтары) және ұрықты инструментальді жатырдан босату түрінде жүргізілген.

Гистологиялық зерттеу нәтижесі ұрық жұмыртқасы қабығының элементтерін және 37 (40,6%), децидуальды тін некрозын, 35 (38%) диффузды эндометрит белгілерін және 19 (20,8%) науқастарда децидуитті көрсетті.

Аборт жасалғаннан кейін ұрық және плацентаның қалдықтары қалмағанын тексеру үшін УДЗ жүргізіледі. Дамымай қалған жүктілікті үзгеннен кейін (үзу әдісіне байланыссыз) қабынуға қарсы терапия жүргізілген.

Алынған клиникалық, гистологиялық, жатыр қуысынан алынған қыру зерттеулер салыстырмалы нәтижесі бойынша дамымаған жүктіліктің себебі (73,6%) жағдайда әйел жыныс мүшелерінің қабыну аурулары, созылмалы эндометрит және (62,6%) жедел вирустық инфекциясы. Патологиялық процесстің тағы бір себебі жыныстық жолмен жұғатын инфекциялар соның ішінде қарапайым герпес вирусы(6,5%), кандидоз (5,4%), хламидия (2,1%), цитомегаловирус және трихомониаз 4,3% жағдайда кездеседі.

Стационардан шыққаннан кейін аз симптомды және латентті эндометрит есепке ала отырып шағым болмаған жағдайдың өзінде стандартты зерттеу жүргізу керек. Бұлар жағындыны микроскопиялық зерттеу, бактериологиялық зерттеу, ЖЖЖИ ПЦР диагностикасы, гормон деңгейін зерттеу, организмнің иммунореактивтілігін анықтау, гемостазиограмма, кіші жамбас ағзаларын УДЗ-сы. Медико-генетикалық консультацияны қайталанған дамымай қалған жүктілігі бар жұбайларға тағайындама жасаймыз.

Дамымаған жүктіліктен кейін преградивті тағайындаулар:

- витаминді-минеральді тағайындаулар;
- жыныс жолдарының микробиоцинозын анықтау керек болған жағдайда коррекциялау үшін;
- экстрагенитальды ауруларды анықтау және емдеу;
- медико-генетикалық консультация;
- алкогольді, никотинді, наркотикалық тәуелділіктен арылу.

Болжау: операциядан кейінгі кезеңде реабилитацияны терапиядан кейін 85% жағдайда жүктілік болады, босану 70% жағдайда. Қалыпына келтіру терапиясыз 83-18%. [1,2,3]

ҚОРЫТЫНДЫ

Дамымаған жүктілік себебін анықтауда патологияның негізгі себебі әйел жыныс жүйелерінің қабыну аурулары, жедел жыныс жолдарымен жұғатын инфекциялар негізгі орынды алады. Біз анықтаған жағдайда дамымаған жүктілікпен 72% жағдайда асқынған акушерлік анамнезі бар әйелдер. Жүктілік 52,75% жүктіліктің үзілу

қауіпі фонында олардың ішінде 30,7% УДЗ бойынша ретрохориальді гематома өткен. Гистологиялық зерттеу нәтижелері бойынша ұрық жұмыртқасы қабығының элементтері, децидуальді тін некрозы және децидуит.

Жүргізілген прегравидарді дайындау және дұрыс емдік шаралары жүргізілген пациенттерде жүктілік болуы сенімділігі жоғары.

РЕЗЮМЕ

ҚОЖАБЕКОВА Т.А.¹, ДЖУМАГУЛОВА А.Р.¹,
РИЗАМЕТОВА М.Б.¹, ТОҒЫЗОВА Н.Қ.¹,
ШЫНДАЛИЕВА Д.С.¹,

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

ИЗУЧЕНИЕ ПРИЧИН НЕРАЗВИВАЮЩЕЙСЯ БЕРЕМЕННОСТИ

Сравнительное изучение анамнестических, клинических и гистологических исследований показало, что основными причинами неразвивающейся беременности чаще всего становятся воспалительные заболевания женских половых органов (73,6%) и острые вирусные инфекции (62,6%).

Әдебиеттер:

1. Э.К. Айламазян. Акушерство и гинекология. – СПб., 2003, с. 244-250.
2. Э.К. Айламазян. Акушерство: национальное руководство. – М.: 2009, с. 242-250.
3. Актуальные аспекты акушерства, гинекологии и перинатологии. – Алматы, 2008, 32 с.
4. В.М. Сидельникова. Подготовка и ведение беременности у женщин с привычным невынашиванием: методические пособия и клинические протоколы. – М.: МЕД пресс-информ, 2010, 224 с.
5. Актуальные аспекты акушерства, гинекологии и перинатологии. – Алматы, 2008, 105 с.
6. Сидельникова В.М. Привычная потеря беременности, Москва, 2005.
7. Клинические протоколы диагностики и лечения невынашивания беременности МЗ РК от 2 сентября 2016 года. Протокол №15.
8. Carp H.A. Systematic review of dydrogesterone for the treatment of threatened miscarriage. GynecolEndocrinol, 2012;28:983-90.
9. Schindler A.E., Carp H. Druckmann R., et.al. European progestin club Guidelines for prevention and treatment of threatened recurrent (habitual) miscarriage with progestogens. Gynecol Endocrinol, 2015;31(6):447-449.
10. Early pregnancy loss. Practice Bulletin №150. American College of Obstetricians and Gynecologists. Obstet Gynecol, 2015;125; 1258.

Ключевые слова: неразвивающаяся беременность, причины, алгоритм обследования.

SUMMARY

KOZHABEKOVA T.A.¹, DZHUMAGULOVA A.R.¹,
RIZAMETOVA M.B.¹, TOGIZOVA N.K.¹,
SHINDALIEVA D.S.¹,

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

RESEARCH OF THE CAUSES OF UNDEVELOPED PREGNANCY

It was analyzed anamnestic, physical and laboratory-instrumental data of 1 350 patients hospitalized into the gynecological department of the Emergency Hospital of Almaty city for 6 months. Among all the treated patients, 91 patients (6.7%) had an undeveloped pregnancy. It was found that the leading and main causes of increasing of an undeveloped pregnancy are very often in-inflammatory diseases of female genital organs – 73.6%, acute viral infections – 62.6%. It is necessary to be noted that the causes of these pathological processes can also be sexually transmitted infections.

Keywords: undeveloped pregnancy, causes, examination algorithm.

БЕЗОПАСНОСТЬ ЛЕКАРСТВ

В Европе одобрен препарат Окревус (окрелизумаб) компании Roche для лечения рассеянного склероза

Препарат Окревус/Ocrevus (окрелизумаб/ocrelizumab) компании Roche получил одобрение в Европе для использования у взрослых пациентов с рецидивирующим рассеянным склерозом и первично-прогрессирующим рассеянным склерозом.

Окрелизумаб представляет собой моноклональное антитело, специфичное к CD20 позитивным В-клеткам иммунной системы, которые считаются ключевым фактором повреждения миелина и аксонов.

По данным компании, использование препарата Окревус способствовало значительно сокращению годового показателя рецидивов на 46,4% за 96 недель по сравнению с интерфероном бета-1а у пациентов с рецидивирующим рассеянным склерозом. У пациентов с первично-прогрессирующим рассеянным склерозом применение окрелизумаба привело к 24-процентному снижению риска прогрессирования инвалидности по сравнению с плацебо.

clinical-pharmacy.ru



МРНТИ: 76.29.47

АЙТМЕТОВА Г.А.¹, ИБРАГИМОВА С.И.¹,¹Международный Казахско-Турецкий университет имени Х.А. Ясави, г. Туркестан

ХРОНИЧЕСКИЙ ПИЕЛОНЕФРИТ У ДЕТЕЙ ДО ДЕСЯТИ ЛЕТ, ПРОЖИВАЮЩИХ В ТУРКЕСТАНСКОМ РЕГИОНЕ

В структуре общей инфекционной заболеваемости инфекции мочевых путей прочно занимают второе место, уступая лишь респираторным заболеваниям. Лидирует пиелонефрит, доля которого превышает долю всех заболеваний почек. Широкая распространенность хронического пиелонефрита, особенно у детей, требует самого пристального внимания.



АННОТАЦИЯ

В статье дается сравнительный анализ распространенности хронического пиелонефрита у детей до 10 лет, проживающих в Туркестанском регионе. Кроме того, выявлены особенности распространения данного заболевания в зависимости от пола и возрастной категории.

Ключевые слова: хронический пиелонефрит, дети, распространенность.

ВВЕДЕНИЕ

В последнее время частота встречаемости хронического пиелонефрита имеет тенденцию к увеличению, не смотря на применение современных способов лечения, включая широкое применение антибиотиков и антибактериальных препаратов среди детей. Широкая распространенность хронического пиелонефрита требует достаточного внимания к данной патологии. [1]

В периоде новорожденности хронический пиелонефрит является наиболее распространенным заболеванием детского возраста. Большинство исследователей констатируют, что у новорожденных пиелонефрит обнаруживается в 1-2,9% случаев (чаще у недо-

ношенных), в грудничковом возрасте – у 2,5% мальчиков и 0,9% девочек. [2]

В ретроспективном исследовании, проведенном в 2017 году в Польше, установлено, что в 25,5% случаев хроническая почечная недостаточность была вызвана хроническим пиелонефритом. [3]. Высокие показатели распространенности хронического пиелонефрита получены в 1995 году, судя по отчетам иорданских исследователей, которые установили, что в 50% случаев причиной хронической почечной недостаточности является хронический пиелонефрит. [4]

В большей части исследований, проведенных в России, показаны разные показатели заболеваемости хроническим пиелонефритом. Установлено, что в большинстве случаев пиелонефрит взрослых является следствием воспаления в почках, начавшегося в детском возрасте и прогрессирующего в дальнейшем. За последние десятилетия наметилась тенденция возрастания удельного веса пиелонефрита в общей структуре заболеваемости у детей (от 18 до 36-100 на 1 000 детей). Хронический пиелонефрит занимает второе место по распространенности после острой респираторной вирусной инфекции. Большин-

ство исследователей отмечает, что хронический пиелонефрит встречается чаще у девочек (90% случаев) по сравнению с мальчиками, у которых показатели держатся в пределах 10%. Но в период новорожденности и до 1 года от пиелонефрита чаще страдают мальчики. Среди новорожденных и детей первого года жизни пиелонефрит выявляется в 3 раза чаще у мальчиков. Если на втором году жизни частота встречаемости пиелонефрита одинакова и у мальчиков, и у девочек, то в дошкольном возрасте выявляемость этого заболевания в 10-20 раз выше у девочек. У 50-65% детей воспаление в почках приводит к необратимым повреждениям паренхимы почек с замещением поврежденного органа соединительной тканью, которая, в свою очередь, нередко ведет к хронической почечной недостаточности. [5]

Несмотря на большое количество исследований в России, странах СНГ и Европы, в Казахстане очень мало работ, посвященных распространенности хронического пиелонефрита у детей. В одном из таких исследований, проведенных в Семее, выявлено, что частота встречаемости заболеваний мочевой системы составляет 90,1 случаев на 1 000 детей. Удельный вес пиелонефрита – 52,9%. Было установлено, что развитие пиелонефрита у детей в условиях Семипалатинского региона обусловлено неблагоприятным течением беременности у матери, частыми аллергическими заболеваниями, наследственной отягощенностью по почечной патологии, давностью проживания семьи в экологически неблагоприятной зоне. [6]

Исследования доказывают, что пиелонефрит – наиболее частая причина ХПН у педиатрических пациентов. Такому положению дел способствует несвоевременное обследование, отсутствие надлежащего лечения во время первого эпизода заболевания. Так, хронический пиелонефрит у детей является актуальной медико-социальной проблемой, требующей проведения дальнейших исследований в этой области.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Целью нашего исследования явилось изучение распространенности хронического пиелонефрита у детей до 10 лет, проживающих в Туркестанском регионе.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

В исследовании были проанализированы статистические данные по хроническому пиелонефриту у детей, проживающих в Туркестанском регионе. Определена динамика заболевания в 2015, 2016, и 2017 годах. Наряду с этим выявлена частота встречаемости ХПН у детей в зависимости от пола и возрастной категории.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Сравнительный анализ общего количества детей с хроническим пиелонефритом с каждым годом имеет

тенденцию к увеличению, что отражено в диаграмме (рисунок).

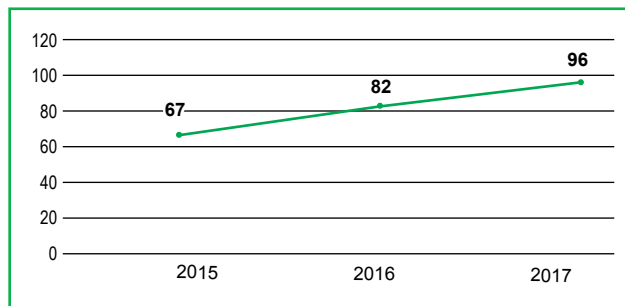


Рисунок – Динамика хронического пиелонефрита у детей проживающих в Туркестанском регионе

Количество детей, страдающих хроническим пиелонефритом, в 2015 году составило 67, что значительно ниже показателей 2016 и 2017 годов.

Таблица 1 – частота встречаемости хронического пиелонефрита у детей в зависимости от пола

Пол	2015 г., N=67		2016 г., N=82		2017 г., N=96	
	n	%	n	%	n	%
Девочки	45	67	55	67	65	67,7
Мальчики	22	33	27	33	31	32,3

Данные таблицы 1 показывают, что распространенность хронического пиелонефрита у девочек выше, чем у мальчиков. Кроме того, отмечается ежегодный рост заболеваемости ХПН как среди девочек, так и среди мальчиков.

Таблица 2 – Распространенность хронического пиелонефрита у детей в зависимости от возрастной категории

Возраст	2015 г.	2016 г.	2017 г.
0-1 год	0%	1%	0%
1-3 год	15%	10%	7%
3-7 лет	19%	37%	36%
7-10 лет	66%	52%	57%

При изучении частоты встречаемости хронического пиелонефрита у детей в зависимости от возрастной категории выявлен рост данного заболевания у детей дошкольного периода.

ВЫВОДЫ

Проанализировав динамику заболеваемости хроническим пиелонефритом у детей до 10 лет за последние 3 года (2015-2017), можно сделать следующие выводы:

1. Хронический пиелонефрит среди детей до 10 лет имеет тенденцию к росту в течение 3-летнего периода.
2. Заболеваемость хроническим пиелонефритом среди девочек выше, чем среди мальчиков.
3. Выявлен рост хронического пиелонефрита среди детей дошкольного возраста.

ТҮЙІНДЕМЕ

АЙТМЕТОВА Г.А.¹, ИБРАГИМОВА С.И.¹,
¹Х.А. Ясауи атындағы Халықаралық Қазақ-
 Түрік университеті, Түркістан қ.

ТҮРКІСТАН АЙМАҒЫНДА ТҰРАТЫН 10-ЖАСҚА ДЕЙІНГІ БАЛАЛАР АРАСЫНДА СОЗЫЛМАЛЫ ПИЕЛОНЕФРИТ

Мақалада Түркістан аймағында тұратын 10 жасқа дейінгі балаларда созылмалы пиелонефриттің таралуы зерттелді. Сонымен қатар, аурудың жыныс және жас санатына байланысты таралу ерекшеліктері анықталды.

Түйін сөздер: созылмалы пиелонефрит, балалар, кездесу жиілігі.

Литература:

1. Альбот В.В., Тирская Е.Ю., Белоусова Л.В., Мацейна С.А. Анализ лейкоцитуррии у детей. // Материалы второго съезда педиатров-нефрологов России. – М., 2000, с. 75.
2. А.И. Сафина. Пиелонефрит у детей раннего возраста: современные подходы к диагностике и лечению. – Практическая медицина. – №7. – 2012. – С. 50.
3. Adamczuk D., Roszkowska-Blaim M. Long-term outcomes in children with chronic kidney disease stage 5 over the last 40 years. – Arch Med Sci. 2017 Apr.
4. El Aun M., Hazza I., Qudah E., Najada A.H., Khairi Y. Saudi J Kidney Dis Transpl. 1995 Jul-Sep. Causes of chronic renal failure in children in a single hospital in Jordan: a 10 years retrospective study.
5. О.Г. Быкова. Дифференцированные подходы к наблюдению за детьми с пиелонефритом в амбулаторных условиях. Автореферат диссертации на соискание ученой степени кандидата медицинских наук. – Владивосток, 2013, с. 2.
6. Г.А. Жаксылыкова. Распространенность, структура и особенности клинического течения заболеваний мочевой системы у детей Семипалатинского региона. Автореферат диссертации на соискание ученой степени кандидата медицинских наук. – Алматы, 1997, с.4.

SUMMARY

АЙТМЕТОВА Г.А.¹, ИБРАГИМОВА С.И.¹,
¹International Kazakh-Turkish university by
 named Kh.A. Yassavi, Turkestan c.

CHRONIC PYELONEPHRITIS IN CHILDREN UNDER THE 10-YEAR AGE LIVING IN THE TURKESTAN REGION

The article compares the prevalence of chronic pyelonephritis in children under 10 years of age living in the Turkestan region. In addition, we were revealed the features of the spread of the disease, depending on sex and age category.

Keywords: chronic pyelonephritis, children, prevalence.

БЕЗОПАСНОСТЬ ЛЕКАРСТВ

Предупреждение FDA о контрастном веществе, содержащем гадолиний

U.S. Food and Drug Administration (FDA) и Европейское медицинское агентство (EMA) ранее выпустили предупреждения относительно некоторых гадолиний-содержащих контрастных препаратов в связи с сообщениями об их накоплении в тканях головного мозга.

В декабре 2017 года FDA выпустило обновленные рекомендации, согласно которым все гадолиний-содержащие контрастные препараты, используемые во время МРТ для визуализации любых органов, могут накапливаться в головном мозге.

Такое скопление гадолиния может быть ассоциировано с прямым развитием побочных эффектов у пациентов, в том числе и с нормальной почечной функцией. По мнению экспертов, при этом польза от исследований продолжает превышать риски. Важно знать, что описаны случаи нефрогенного системного фиброза при задержке гадолиния у пациентов с предшествующей почечной недостаточностью.

В настоящем сообщении FDA отмечается необходимость проведения исследований на людях и животных с целью оценить безопасность данных продуктов.

Применение гадолиний-содержащих препаратов

Контрастные вещества, содержащие гадолиний, используются для визуализации опухолей, инфекционных очагов и поиска источника кровотечений. Гадолиний представляет собой тяжелый металл, большая часть которого выделяется с почками, однако следы вещества могут сохраняться в теле на протяжении длительного времени.

Важно выделить категории пациентов, у которых риск задержки гадолиния повышен. К ним можно отнести лиц, которым неоднократно выполняют исследования с гадолинием, беременных женщин, детей и пациентов с воспалением.

До окончания анализа безопасности FDA рекомендует предупреждать всех пациентов о возможном риске гадолиний-содержащих контрастных веществ.



FDA. Drug Safety and Availability. 19 December 2017

ИСАТАЕВА Н.Т.¹, СЕРГЕЕВ В.Ю.², ДАТХАЕВ У.М.¹, ЖАКИПБЕКОВ К.С.¹, ТЕМИРГАЛИЕВА Ф.Е.¹,
¹Казахский национальный медицинский университет имени С.Д. Асфендиярова, г. Алматы, Казахстан,
²Российская академия естествознания, г. Санкт-Петербурге, Россия

ГОСУДАРСТВЕННО-ЧАСТНОЕ ПАРТНЕРСТВО КАК ЗАЛОГ ПОВЫШЕНИЯ ДОСТУПНОСТИ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ

В условиях низкой плотности населения и обширной территории вопрос доступности лекарственных препаратов в отдаленных от крупных городов населенных пунктах в высшей степени актуален как с точки зрения научно обоснованных изысканий, так и с практической точки зрения.

АННОТАЦИЯ

В статье рассматривается вопрос повышения доступности лекарственных препаратов в отдаленных регионах Республики Казахстан путем внедрения модели государственно-частного партнерства между различными субъектами фармацевтической деятельности. В рамках модели, предложенной авторами, сформулированы ключевые этапы взаимодействия между ключевыми участниками товаропроводящей цепи.

Ключевые слова: государственно-частное партнерство, логистика лекарственных средств, социальная ответственность государства, альтернативные участники товаропроводящей цепи лекарственных средств.

Формирование и становление единого экономического пространства в рамках ЕврАзЭС во многом определили вектор поступательного развития межгосударственного экономического сотрудничества.

Определение единых стандартов и согласование регулирующих процедур, принимаемых в отношении различных субъектов коммерческой деятельности стран европейско-азиатского экономического партнерства, способствует повышению уровня деловой активности.

В данных условиях фармацевтический рынок Республики Казахстан демонстрирует поступательный

рост. По данным мониторинга розничных продаж лекарственных препаратов аналитической компании Vi-Ortis, за 2016 год отечественный фармацевтический рынок показал положительную динамику роста в национальной валюте (рисунок 1). Согласно рассматриваемым статистическим данным, четко прослеживается поступательный рост его объема по итогам пяти предыдущих лет. [1]

Вместе с тем следует отметить значительный потенциал дальнейшего роста фармацевтического рынка за счет повышения уровня доступности лекарственных препаратов в отдаленных от центра регионах страны. На территории Республики Казахстан, согласно официальной статистике, представлены четыре крупные городские агломерации – Астана, Алматы, Шымкент и Караганда. В этих городах-миллионниках вместе с прилегающими к ним территориями сосредоточена треть населения страны.

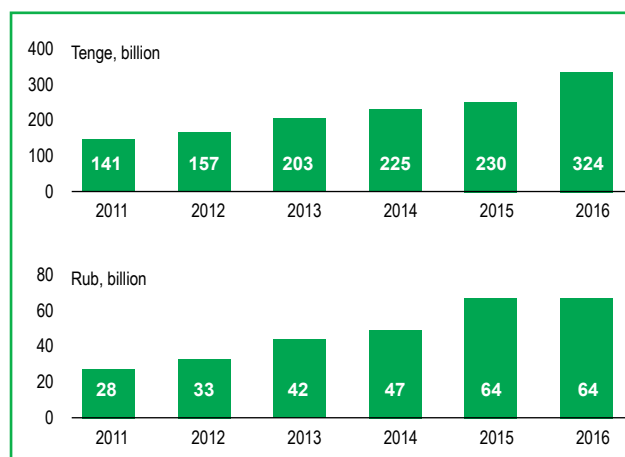


Рисунок 1 – Динамика фармацевтического рынка за 2011-2016 годы

Согласно информации Министерства национальной экономики РК, численность населения по состоянию на 1 июля 2017 года составляла 18 млн человек (рисунок 2). Это при средней плотности населения, составляющей чуть более 6,60 человек на квадратный километр. [1]

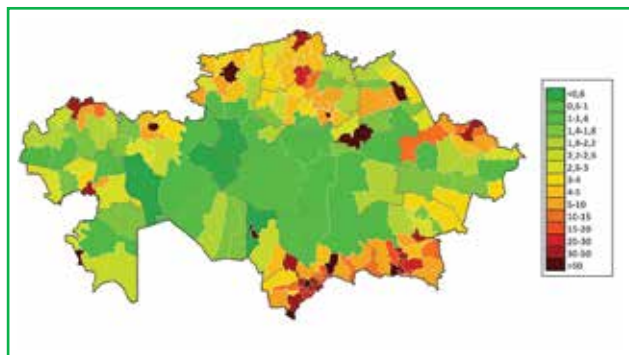


Рисунок 2 – Плотность населения Республики Казахстан в 2017 году

Таким образом, в условиях низкой плотности населения и обширной территории вопрос доступности населению лекарственных препаратов в отдаленных от мегаполисов территориях в высшей степени актуален как с точки зрения научно обоснованных изысканий, так и с практической точки зрения.

Согласно существующей товаропроводящей цепи лекарственных препаратов, фармацевтический дистрибьютор, будучи посредником между производственными объединениями и ритейлом, является единственным участником, обеспечивающим логистику розничному звену, то есть аптечным сетям и розничным аптекам. С учетом данного обстоятельства дистрибьюторское звено не в состоянии в полной мере обеспечить постоянную потребность аптек, отдаленных территорий полным перечнем лекарственных препаратов ввиду роста логистических издержек, что приводит к периодически возникающему дефициту лекарственных средств, снижает их доступность населению.

Таким образом, сложившаяся система обеспечения потребности населения отдаленных территорий товарной номенклатурой аптечного ассортимента представляет перманентную проблему, которая может быть решена в контексте заявленного стратегического курса Правительства Республики Казахстан на модернизацию экономики государства. Одним из возможных вариантов решения данного вопроса можно считать внедрение организационной системы, основанной на принципах модели государственно-частного партнерства.

Согласно распространенному определению, государственно-частное партнерство это юридически оформленное на определенный период времени и основанное на объединении ресурсов и распределении рисков сотрудничество публичного и частного партнеров [2]. Данное партнерство осуществляется на основании соответствующего соглашения между всеми участниками и способствует достижению основных целей:

- привлечению в экономику частных инвестиций;
- обеспечению доступности товаров и услуг;
- повышению их качества.

Таким образом, организационная модель государственно-частного партнёрства позволяет соответство-

вать ключевым аспектам экономической целесообразности ввиду непосредственного участия субъектов коммерческой деятельности и реализации принципов социально-ориентированной политики из-за участия государства.

Важнейшими составными процессами модели эффективной реализации государственно-частного партнерства в решении вопроса лекарственного обеспечения аптек в отдаленных территориях Республики Казахстан следует рассматривать следующие (рисунок 3):

1. Создание единой информационной среды, обеспечивающей открытый диалог между всеми коммерческими субъектами фармацевтической деятельности и государством, что позволит способствовать соблюдению условий прозрачности движения финансовых потоков и объективности их целевого использования.

2. Внедрение альтернативного субъекта в цепочку товародвижения, в частности, транспортных компаний, для которых вопрос оптимизации логистики является ключевым бизнес процессом. В данном конкретном случае таким компаниям необходимо получить лицензию на осуществление фармацевтической деятельности в контексте транспортировки лекарственных средств.

Реализация данного процесса в рамках предлагаемой модели государственно-частного партнерства позволит повысить уровень конкуренции среди традиционных участников логистики лекарственных препаратов и, как следствие, будет способствовать повышению качества оказываемых ими услуг.

3. Создание целевого государственного фонда для последующего финансирования банковского сектора на предмет субсидирования описываемых выше транспортных компаний, участвующих в процессе логистики лекарственных препаратов в аптеки отдаленных территорий.

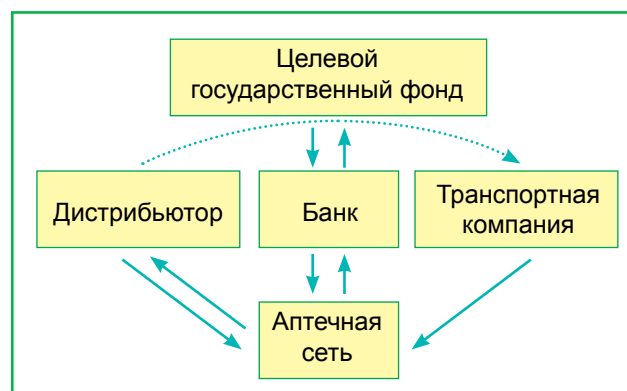


Рисунок 3 – Модель государственно-частного партнерства

Наличие банковской структуры в рамках рассматриваемой модели государственно-частного партнерства необходимо для соблюдения таких важных условий как:

- создание единой замкнутой системы финансовых потоков в рамках взаимодействия всех субъектов коммерческой деятельности товаропроводящей цепи лекарственных препаратов;

– обеспечение гарантий в отношении финансовой прочности и деловой репутации логистических компаний-посредников.

Внедрение в практику процесса организации лекарственного обеспечения аптек, отдаленных территорий рассматриваемой модели государственно-частного партнерства среди прочих значимых преимуществ будет способствовать:

1. Росту товарооборота аптечных сетей за счет удовлетворения потребности аптек, отдаленных территорий путем обеспечения бездефектурного наличия лекарственных препаратов за счет внедрения в цепочку товародвижения профильной логистической организации, что, соответственно, будет способствовать увеличению емкости фармацевтического рынка в денежном выражении.

2. За счет роста товарооборота аптечных сетей возникнет необходимость увеличения объемов поставляемых фармацевтическими дистрибьюторами лекарственных препаратов, что, соответственно, будет способствовать повышению объема их валового дохода.

3. Повышению спроса аптечных сетей на заемные средства банков, в значительной степени используемых для финансового обеспечения сетевых обязательств перед дистрибуторским звеном.

4. Банковские структуры за счет увеличения объема кредитования фармацевтического ритейла генерируют более высокую норму прибыли, предположительно покрывая значительную часть инвестируемых ими средств в транспортные компании, способствующие решению проблемы бездефектурного наличия лекарственных средств в аптеках на отдаленных территориях.

5. На завершающем этапе по итогам соответствующего отчетного периода банковскими структурами осуществляется возврат в целевой государственный фонд значительной части изначально полученных финансовых средств.

Таким образом, представленная в рамках проводимого исследования модель государственно-частного партнерства в полной мере отвечает соответствию принципам единоначалия и синергии между всеми участниками, вовлеченными в товаропроводящую цепь лекарственных препаратов.

Решение вопроса стабильного обеспечения аптек на отдаленных территориях Казахстана необходимыми лекарственными препаратами за счет введения альтернативного субъекта логистики в рамках модели государственно-частного партнерства, помимо повышения уровня доступности лекарств, будет способствовать как росту емкости всего фармацевтического рынка, так и увеличению валового дохода всех субъектов коммерческой деятельности, вовлеченных в данный процесс.

SUMMARY

ISATAEVA N.T.¹, SERGEYEV V.YU.²,
DATKHAEV U.M.¹, ZHAKIPBEKOV
K.S.¹, TEMIRGALIEVA F.E.¹,

¹Kazakh National Medical University named after S.D. Asfendiyarov, Almaty c., Kazakhstan, ²Russian Academy of Natural Sciences, St. Petersburg c., Russia

PUBLIC-PRIVATE PARTNERSHIP AS GUARANTEE OF INCREASE ACCESS OF MEDICAL PRODUCTS

The issue of increase access of medical products in back lands of Republic of Kazakhstan by adoption of state-private partnership model between different subjects of pharmaceutical business is considered in this article. Key stages of cooperation between key participants of commodity distribution network are stated in suggested model.

Key words: public-private partnership, logistic of medical products, social responsibility of government.

Литература:

1. [Электронный ресурс]: <https://www.viortis.kz/blog> 2; <https://economy.gov.kz/ru> 3; <http://economy.gov.ru/minec/activity/sections/privgovpartnerdev>.

2. Белокрылова О.С. Взаимодействие бизнеса и власти в процессе формирования стратегии экономического развития регионов. // Проблемы формирования государственных политик в России: статьи. – М.: Научный эксперт, 2006, 570 с.

3. Варнавский В.Г. Государственно-частное партнерство: некоторые вопросы теории и практики. – Мировая экономика и международные отношения. – 2011. – №9. – С. 41-50.

4. Зельднер А.Г. Государственно-частное партнерство: теория, методология и практика. / Науч. ред.: А.Г. Зельднер, ред. коллегия: Э.Д. Матвиевская, Э.А. Паруль, О.М. Грибанова. – М.: ИЭ РАН, 2011, 212 с.

БЕЗОПАСНОСТЬ ЛЕКАРСТВ

Американская аптечная сеть CVS Pharmacy будет предупреждать клиентов о ретуши в рекламе косметики

Предлагается маркировать плакаты специальным знаком CVS Beauty Mark, который будет свидетельствовать о том, что изображенная в рекламе модель красива настолько, что это недостижимо в реальной жизни. Аптека намерена добиваться того, чтобы косметические бренды прекратили использовать фотошоп в рекламе.

riaami.ru

МРНТИ: 76.31.29

ЖАНЖИГИТОВА К.Ж. ¹, УТЕУЛИЕВ Е.С. ¹,¹Казахстанский медицинский университет «ВШОЗ», г. Алматы

НЕРАЦИОНАЛЬНАЯ АНТИБАКТЕРИАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ – ОСНОВНОЙ ФАКТОР ФОРМИРОВАНИЯ РЕЗИСТЕНТНОСТИ

Чрезмерное и неуместное использование антибактериальных препаратов не помогает пациентам, а лишь повышает резистентность микроорганизмов. На уровне первичного звена медико-санитарной помощи 30-60% пациентов получают антибиотики, возможно, в два раза чаще, чем это требуется по клиническим показаниям.



АННОТАЦИЯ

В данной статье рассмотрена проблема нерациональной антибактериальной терапии. Проанализированы характерные особенности ее применения, существующие проблемы нерационального применения antimicrobных средств, принятые и разработанные стратегии для сдерживания антибиотикорезистентности. Рассмотрены пути решения: повышение уровня знаний врачей по вопросам рационального использования antimicrobных средств, основанного на доказательной медицине, необходимость принятия комплекса мер по повышению лекарственной грамотности населения, внедрение действенных механизмов, повышение осведомленности населения в отношении применения антибактериальных средств.

Ключевые слова: антибактериальные средства, нерациональное применение, антибиотикорезистентность, доказательная медицина, программы сдерживания, повышение уровня знаний врачей и населения.

Антибактериальная терапия считается одним из основных методов лекарственной терапии при инфекционно-воспалительных процессах. Используется в комплексном лечении для получения наилучшего терапевтического эффекта при тяжелых заболеваниях, таких как пневмония, остеомиелит, менингит. Несмо-

тря на уникальность данной группы препаратов нерациональное их применение привело к новой проблеме – антибиотикорезистентности. Антибиотикорезистентность – феномен устойчивости штамма возбудителей инфекции к действию одного или нескольких antimicrobных препаратов, устойчивость или невосприимчивость культуры микроорганизмов к действию лекарственного вещества.

Устойчивость микроорганизмов к antimicrobным препаратам может быть природной и приобретенной. Природная устойчивость характеризуется отсутствием у микроорганизмов мишени действия антибиотика или ее недоступности вследствие первично низкой проницаемости или ферментативной инактивации. При природной устойчивости антибиотика клинически неэффективны. Природная резистентность – постоянный, легко прогнозируемый видовой признак микроорганизмов. Приобретенная является свойством отдельных штаммов бактерий сохранять жизнеспособность при тех концентрациях antimicrobных препаратов, которые подавляют основную часть микробной популяции. Появление у бактерий приобретенной резистентности не обязательно сопровождается снижением клинической эффективности антибиотика. Формирование резистентности во всех случаях обусловлено генетически, приобретением новой генетической

информации или изменением уровня экспрессии собственных генов. [1]

Всемирной организацией здравоохранения устойчивость микроорганизмов к антимикробным препаратам названа одной из глобальных угроз человечеству на сегодняшний день. Устойчивые формы заболеваний не поддаются стандартным схемам лечения, что, в свою очередь, приводит к затяжному течению заболеваний, а также увеличению расходов здравоохранения и повышению риску осложнений, в некоторых случаях вплоть до летальных исходов [2]. Без эффективных противомикробных средств медицинские процедуры, такие как трансплантация органов, химиотерапия при онкологических заболеваниях, хирургические операции (кесарево сечение, замена тазобедренного сустава и т.д.) будут рискованными. [3]

Формирование устойчивости к антибиотикам – результат коллективной работы как медицинских работников, так и населения. Основная ее причина кроется в нерациональном применении антимикробных препаратов в тех случаях, когда они не были показаны. Одна из характерных ошибок медицинских работников – назначение антибактериальных средств при лечении ОРВИ, а также препаратов резервного ряда (цефалоспоринов III-IV поколений, карбапенемов) для лечения несложных воспалительных состояний. При назначении лекарственной терапии медицинские работники должны придерживаться пяти правил назначения лекарственных средств:

1. Правильный пациент.
2. Правильное лекарственное средство.
3. Правильная доза.
4. Правильный способ применения.
5. Правильное время. [4]

Большую роль играет доступность антимикробных средств для населения, широкое распространение самолечения. Сегодня пациенты могут самостоятельно покупать антимикробные средства по совету фармацевтов. Отсутствие знаний фармакокинетики и фармакодинамики приводит к несоблюдению определенных правил, а именно режима приема, интервала между приемами и продолжительности терапии. Неадекватное применение антимикробных препаратов, недостаточный контроль над потреблением, нерегулируемый отпуск антимикробных препаратов без рецепта в аптеках приводят к большой вероятности ухудшения здоровья населения, связанной с антибиотикорезистентностью.

В настоящее время в республике используется около 200 антибиотиков 12-ти фармакологических групп, из них зарегистрировано 809 антибактериальных препаратов (это более 10% от всех зарегистрированных лекарств). Не смотря на этот огромный арсенал лекарственных средств данной группы, пациенты рискуют погибнуть от инфекционных заболеваний вследствие неправильного применения антибиотиков и развития резистентности микроорганизмов. Для того чтобы сохранить противомикробные препараты, как класс спасающих жизнь ЛС, необходимо создать систему конт-

роля (с анализом) за антимикробной резистентностью, а также потребления противомикробных препаратов с использованием международных признанных технологий и методологий.

Всемирная организация здравоохранения 27 февраля 2017 года в Женеве представила список устойчивых «приоритетных микроорганизмов», представляющих наибольшую опасность для здоровья человека [5]. Данный список был разработан в рамках деятельности по борьбе с устойчивостью к противомикробным препаратам и разработки новых антибиотиков. Список состоит из 12 видов бактерий, которые разделены на три группы по уровню потребности в создании новых антибиотиков: крайне приоритетные, высокоприоритетные и среднеприоритетные. К крайне приоритетной группе относятся бактерии с множественной лекарственной устойчивостью, представляющие серьезную опасность для пациентов отделений анестезиологии, реанимации и интенсивной терапии и лечебно-реабилитационных центров, так как лечение пациентов в этих учреждениях предполагает применение таких медицинских устройств, как аппараты искусственной вентиляции легких, венозные катетеры и прочие. В эту группу входят *Acinetobacter*, *Pseudomonas* и различные виды семейства *Enterobacteriaceae* (включая *Klebsiella*, *E. coli*, *Serratia* и *Proteus*). Они могут вызывать тяжелые и часто смертельные виды инфекционных воспалительных процессов, у них сформирована устойчивость к действию широкого ряда антибиотиков, включая цефалоспорины III-IV поколений и карбапенемы.

Вторая и третья группы (категории с высоким и средним уровнем приоритетных) включают в себя иные бактерии с растущей лекарственной устойчивостью. Ко 2-й группе приоритетных относятся бактерии *Enterococcus faecium* (устойчивы к ванкомицину), *Staphylococcus aureus* (устойчивы к метициллину, умеренно чувствительны или устойчивы к ванкомицину), *Helicobacter pylori* (устойчивы к кларитромицину), *Campylobacter spp.* (устойчивы к фторхинолонам), *Salmonellae* (устойчивы к фторхинолонам), *Neisseria gonorrhoeae* (устойчивы к цефалоспорином и фторхинолонам).

Третья группа приоритетных микроорганизмов включает в себя *Streptococcus pneumoniae* (не чувствительны к пенициллину), *Haemophilus influenzae* (устойчивы к ампициллину), *Shigella spp.* (устойчивы к фторхинолонам).

Таким образом, понимание угроз, связанных с усилением резистентности к противомикробным препаратам, и разработка действенных комплексных мероприятий по борьбе с ней являются задачами медицинских работников всех уровней здравоохранения.

В 2015 году в Казахстане в Лекарственно-информационном аналитическом центре (РГП на ПХВ «Республиканский центр развития здравоохранения») было проведено исследование, цель которого – использование антибиотиков на амбулаторном и стационарном уровнях. Во время исследования выявлено, что каждый третий пациент получал антибактериальную

терапию (30% врачебных назначениях), хотя по рекомендациям ВОЗ допускается не более 20%. Во время исследования амбулаторного уровня установлено, что в 11% случаев антимикробные средства назначались при ОРВИ. При инфекции нижних дыхательных путей активно применялись цефалоспорины широкого спектра действия (31% от всех назначений). При исследовании стационарных случаев в ходе лечения пневмонии среднее количество ЛС, назначенных пациенту, составило 7,3. В 436 случаях (с диагнозом «Внебольничная пневмония») назначали 3 223 ЛС, из них 830 (25%) – антибиотики. В среднем каждому больному было назначено по 2 названия антибиотика, только 241 (7%) пациенту из 3 223 человек проводилось микробиологическое исследование и анализ на чувствительность к антибиотикам для подбора прицельной противомикробной терапии. Наличие руководств по использованию антибиотиков составило 43%, лишь в 6% случаев у врачей был Перечень антибиотиков ограниченного использования. [6]

Для улучшения сложившейся ситуации необходимо разработать стратегию рационального использования антимикробных средств с постановкой ряда задач. В числе приоритетных:

- повышение информированности населения об антибиотиках и важности соблюдения правил антибактериальной терапии;
- ограничение доступности антибиотиков;
- повышение уровня знаний практикующих врачей по вопросам рационального использования антимикробных средств на основе доказательной медицины.

Для этого необходимо изучение существующей проблемы, стремление к рациональному использованию антибиотиков при лечении пациентов с различными инфекциями, с учетом локальных данных чувствительности и резистентности, а также совершенствование существующих методов использования антимикробных средств на всех уровнях здравоохранения, что, в свою очередь, позволит снизить резистентные формы заболеваний.

ТҮЙІНДЕМЕ

ЖАНЖИГОВА К.Ж.¹, УТЕУЛИЕВ Е.С.¹,

¹«ҚДСЖМ» Қазақстандық медицина университеті, Алматы қ.

Литература:

1. Практическое руководство по антиинфекционной химиотерапии. // Под редакцией Страчунского Л.С., Белоусова Ю.Б., Козлова С.Н. – Москва, 2002, 380 с.
1. ВОЗ 2014 г. Устойчивость к противомикробным препаратам, №194. [Электронный ресурс]: www.who.int/mediacentre/factsheets/fs194/ru.
2. Устойчивость к антибиотикам. Информационный бюллетень, октябрь 2017 г. [Электронный ресурс]: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/antibiotic-resistance/ru/>.
3. Contemporary pediatrics. November 01, 2017. [Electronic resource]: <http://contemporarypediatrics.modernmedicine.com/contemporary-pediatrics/news/personalized-medicine-right-drug-right-patient-right-time>.
4. ВОЗ, 2017 год. [Электронный ресурс]: http://cold-chain.ru/news/voz_publikuet_spisok_bakteriy_dlya_borby_s_kotorymi_srochno_trebuetsya_sozdanie_novyh_antibiotikov/.
5. Лекарственный бюллетень для врачей. Министерство здравоохранения и социального развития Республики Казахстан. – РГП на ПХВ «Республиканский центр развития здравоохранения», Лекарственный информационно-аналитический центр, 2015 г. [Электронный ресурс]: <http://www.druginfo.kz/docs/%D0%9B%D0%91-9.pdf>.

ТИІМСІЗ АНТИБАКТЕРИАЛДІ ТЕРАПИЯ ҚОЛДАНУ РЕЗИСТЕНТТІЛІКТІҢ НЕГІЗГІ ФАКТОРЫ

Бұл мақалада антибиотиктердің рациональді емес қолдану тақырыбы көтеріледі. Антибиотик тұрақтылығын алдын алу шаралары, қазіргі таңда антибактериальді дәрілердің қолдану мәселелері және ерекшелерінің талдауы жүргізілді. Дәлелдемеге негізделген медицинаға сүйене отырып, антимикробты дәрілерді рациональді тағайындау жайлы дәрігерлердің білімін арттыру, халықтың дәрілік хабарын арттырудың тиімді механизмдерін енгізу үшін кешенді шаралар ұсынылып отыр.

Түйін сөздер: антибактериальді дәрілер, рациональді емес қолдану, антибиотикотұрақтылық, дәлелдемелі медицина, ұстау бағдарламасы, дәрігерлердің және халықтың білімін арттыру.

SUMMARY

ZHANZHIGITOVA K.Zh.¹, UTEULIEV E.S.¹,

¹Graduate School of Public Health, Almaty c.

NON-ANALYTICAL ANTIBACTERIAL THERAPY – THE BASIC FACTOR OF ANTIBIOTIC RESISTANCE

This article considers the problem of irrational antibiotic therapy. The features of antibacterial therapy, existing problems of non-rational using of antimicrobial agents, measures taken and developed strategies for containing antibiotic resistance have been analyzed. The ways of the improvement were suggested, precisely, the increasing the knowledge of doctors' about rational using of drugs based on evidence-based medicine, the necessity for establish of measures to raise the "medicinal" literacy of the population, and the building of effective mechanisms to increase public awareness of the using of antibacterial agents.

Keywords: antibacterial agents, irrational use, antibiotic resistance, containment programs, evidence-based medicine, increase of literacy of doctors and population.

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ВНЕДРЕНИЯ СТАНДАРТА НАДЛЕЖАЩЕЙ АПТЕЧНОЙ ПРАКТИКИ (GPP)

В СТРАНАХ ЕВРОПЫ И ЕВРАЗЭС

Все практикующие фармацевтические работники обязаны гарантировать квалифицированное обслуживание каждому пациенту. GPP – это средство разъяснения и выполнения этого обязательства, направленное на то, чтобы помочь национальным фармацевтическим организациям сконцентрировать внимание фармацевтов всех рангов на совершенствовании их работы с целью своевременного реагирования на изменяющиеся обстоятельства.



АННОТАЦИЯ

В настоящий момент фармацевтический рынок Казахстана активно развивается. Для того чтобы обеспечить население качественным обеспечением ЛС, ИМН и МТ, Министерство здравоохранения РК внедряет стандарты надлежащих практик GxP, опираясь на опыт зарубежных стран. В Программе Президента Республики Казахстан от 20 мая 2015 года «План нации – 100 конкретных шагов» – Шаг 82 «Создание объединенной комиссии по качеству медицинских услуг при министерстве здравоохранения и социального развития» обозначена главная цель – внедрение передовых стандартов медицинского обслуживания (протоколы лечения, подготовка кадров, лекарственное обеспечение, контроль качества и доступности). Данное направление и цель закреплены в Государственной программе развития здравоохранения Республики Казахстан «Денсаулық» на 2016-2019 годы.

Ключевые слова: аптечная организация, GPP, стандартная операционная процедура, менеджмент.

ВВЕДЕНИЕ

В большинстве стран мира, в том числе и странах Европы и ЕвразЭС, стандарты надлежащих практик – это требования, предъявляемые регуляторными органами здравоохранения на этапе разработки, исследований, производства и реализации ЛС.

Стандарт «Надлежащая аптечная практика» (GPP) – международный стандарт, которого придерживаются аптеки во всех развитых странах мира, то есть это совокупность правил розничной реализации ЛС, их хранения, контроля качества, изготовления в условиях аптеки, отпуска, рационального использования по принципу клинической целесообразности и экономической доступности в интересах пациента. То есть соблюдение этих правил обеспечивает качество ЛС на всех этапах их закупки, изготовления, хранения и розничной реализации, а также предусматривает реализацию ответственного самолечения. [1]

Правила GPP действуют в Германии, Великобритании, Австрии, Франции, Испании, Дании, Хорватии

и других европейских странах (всего – 18). К примеру, во Франции национальные стандарты для фармацевтов изложены в целом ряде руководств. На их основе ВОЗ начала разработку стандарта Good pharmacy practice (GPP) – Надлежащей аптечной практики (НАП), представляющей из себя перечень профессиональных задач, осуществление которых должно служить интересам больных или потребителей в аптеке. [2]

Спустя пять лет эти стандарты были утверждены ВОЗ, и на основании GPP эксперты этой организации начали разрабатывать рекомендации, направленные на повышение качества работы аптечных учреждений для стран с переходной и развивающейся экономикой. В результате, еще через три года, в мае 2001 года, в Дании копенгагенским Центром ВОЗ по лекарственной политике и развитию фармацевтической практики был разработан документ, содержащий перечень рекомендаций по организации аптечного обслуживания, получивший название «Надлежащая аптечная практика в новых независимых государствах. Руководство по разработке и внедрению стандартов».

В документе представлен анализ состояния практической деятельности аптек, рассмотрены вопросы воспитания ответственности за свое здоровье и профилактики заболеваемости, обеспечения рецептурными лекарствами и их применения, самолечения, влияния на использование лекарств и методика поэтапного внедрения надлежащей аптечной практики в развивающихся странах и странах переходного периода (ННГ – понятие для стран, сформировавшихся после распада СССР) силами фармацевтических ассоциаций или отдельных аптечных сетей. [3]

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

В соответствии с требованиями надлежащей аптечной практики изучить основные этапы перехода к стандартам GPP.

МАТЕРИАЛЫ

Методологической основой исследования послужили требования законодательных и нормативных актов, регулирующих государственную систему контроля качества лекарственных средств Республики Казахстан, стран Европы и мира, изложенные в следующих документах:

1. Государственный стандарт Республики Казахстан «Надлежащая аптечная практика». СТ РК 1615-2006.

2. Приказ Министра здравоохранения и социального развития Республики Казахстан от 27 мая 2015 года №392 «Об утверждении надлежащих фармацевтических практик».

3. Международный стандарт Всемирной организации здравоохранения «Good Pharmacy Practice (GPP) in Community and Hospital Pharmacy Settings» (Надлежащая аптечная практика (НАП) в общественных и больничных аптеках, 1996 г.). [10]

4. Руководство к требованиям по документации ISO 9001:2008 «Guidance on the Documentation Requirements of ISO 9001:2008».

Методы исследования: анализ и синтез данных.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Надлежащая аптечная практика должна охватывать все вопросы и аспекты повседневной деятельности, связанной с влиянием фармацевта на прописывание и применение медикаментов. [4]

В основе законодательства всех стран-членов ЕС относительно регулирования фармацевтической деятельности лежит Копенгагенская декларация о разработке стандарта GPP, принятая 31 мая в 1994 г. на Европейском форуме фармацевтических ассоциаций (EuroPharmForum) и Европейского регионального бюро ВОЗ, основные принципы следующие:

- ЛС нельзя рассматривать исключительно в качестве товара.

- Обязанность фармацевта – осуществлять личный контроль за лекарственным обеспечением пациентов, руководствуясь строгими правилами профессиональной этики.

- Законодательство, которое регулирует вопросы обеспечения населения ЛС, должно содержать четкое и ясное определение понятия «аптека» и ограничить его использование только теми учреждениями, которые соответствуют данному определению.

- Фармацевт является единственным специалистом с соответствующей квалификацией, необходимой для принятия решений по допуску ЛС на рынок.

В странах ЕврАзЭС элементы Надлежащей аптечной практики внедрены в России, Беларуси и Казахстане и носят рекомендательный характер. Указанными надлежащими практиками определяются требования, предъявляемые к перевозке и хранению лекарственных средств, а также к работе аптечных организаций всех форм собственности.

В Казахстане GPP стандарты внедрены только теми аптечными организациями, которые участвовали в предоставлении фармацевтических услуг в рамках ГОБМП. В Республике Казахстан также внедряют стандарт GPP поэтапно:

- 1 этап. В 2006 году разработан стандарт СТ РК 1615-2006.

- 2 этап. В апреле 2015 года – государственный стандарт Республики Казахстан «Надлежащая аптечная практика».

- 3 этап. Приказ Министра здравоохранения и социального развития Республики Казахстан от 27 мая 2015 года №392 «Об утверждении надлежащих фармацевтических практик».

- 4 этап. Методика инспектирования на соответствие Надлежащей аптечной практике изложена в Правилах проведения инспектирования в сфере обращения лекарственных средств, изделий медицинского назначения и медицинской техники, утвержденных

приказом Министра здравоохранения и социального развития Республики Казахстан от 27 мая 2015 года №396.

Стандарты НАП ранее носили рекомендательный характер, внедрялись только в тех аптечных организациях, которые участвовали в предоставлении фармацевтических услуг в рамках ГОБМП. С 1 января 2018 года, в соответствии с дополнениями и изменениями, внесенными в Кодекс РК «О здоровье народа и системе здравоохранения» от 6 апреля 2015 года, соблюдение требований стандартов GxP будет являться обязательным для всех субъектов казахстанского фармацевтического рынка. [4,5]

Так как большинство аптечных организаций в РК по форме собственности организованы как субъекты малого и среднего бизнеса, а крупных аптечных сетей не так много, то они все понимают необходимость перехода на стандарты GPP.

Ключевым моментом внедрения стандартов является разработка Руководства по качеству и СОП, то есть документирование отдельных процессов, определение взаимосвязей между ними в виде стандартных операционных процедур (СОП).

Особое внимание в вышеуказанных нормативных правовых актах уделяется созданию и функционированию системы менеджмента качества в организациях, осуществляющих фармацевтическую деятельность, которая позволит повысить качество предоставляемых услуг аптеками гражданам. Основным звеном в системе фармацевтического обеспечения населения является аптека. От уровня обслуживания посетителей аптек зависит качество и доступность лекарственной помощи. Поэтому к профессиональной деятельности провизора предъявляются высокие требования. [6,7]

Если сравнивать принципы работы отечественных аптек с надлежащей практикой европейских стран, то различий не так много: в основном, они связаны со взаимодействием сотрудничества с врачами. В Европе у фармацевта есть прямая связь с врачом, который назначает лекарственное средство. Но чтобы реализовать такой подход в Казахстане, все аптеки и ЛПУ должны быть обеспечены электронной связью, позволяющей обмениваться подтвержденными рецептами. В идеале, если в аптеке нет указанного в рецепте препарата, то провизор должен связаться с врачом и обсудить этот вопрос, а не подбирать замену самостоятельно. Во всех странах ЕС и ЕврАзЭС содержание GPP почти идентично, больших различий нет. В Казахстане, как и в ряде других стран, идет процесс совершенствования аптечной деятельности путем внедрения различных приказов, постановлений, нормативных правовых актов, регулирующих фармацевтическую деятельность в этом направлении. Предпринимаются определенные меры по налаживанию тесного сотрудничества фармацевтов с врачами. Например, организована подготовка клинических фармацевтов в медицинских вузах страны.

ВЫВОДЫ

На основании вышеизложенного можно отметить, что поставленная государством задача по переходу на надлежащие GxP стандарты будет успешно реализована совместными усилиями предпринимателей в сфере фармации, отраслевых ассоциаций и регуляторных органов. [9]

Поскольку одним из приоритетных направлений национальной безопасности является борьба с проникновением в аптечные сети контрафактной и фальсифицированной продукции, то эти организации будут стремиться к международным стандартам по соблюдению надлежащей аптечной практики. Поэтому внедрение стандартов GPP накладывает на участников определенные обязательства по созданию системы самоконтроля, которая могла бы обеспечить высокое качество оказания аптечной помощи населению.

ТҮЙІНДЕМЕ

**SERIKBAEVA Э.А.¹, KURMANGOZHAeva A.B.¹,
SUINDIK C.E.¹, ANUAROVA A.¹,**

¹С.Ж. Асфендияров атындағы Қазақ Ұлттық медицина университеті, Алматы қ.

ЕУРОПА ЖӘНЕ ЕУРАЗӘК ЕЛДЕРІНДЕГІ ДӘРІХАНАЛЫҚ ТӘЖІРИБЕГЕ НЕГІЗДЕЛГЕН СТАНДАРТТЫ ЕНГІЗУДІҢ САЛЫСТЫРМАЛЫ АНАЛИЗИ

Қазіргі уақытта Қазақстандағы фармацевтикалық нарық қарқынды өсіп және дамып келе жатыр. Тұрғындарды сапалы дәрілік заттар (ДЗ), медициналық мақсаттағы бұйымдар (ММБ) және медициналық техникамен (МТ) қамтамасыз ету үшін денсаулық сақтау министрлігі шетелдік тәжірибеге сүйене отырып, GxP тәжірибесіне негізделген стандарттарды енгізуде. Қазақстан Республикасы Президентінің 20 мамыр 2015 жылғы «Ұлт жоспары – 100 нақты қадам» – 82 қадам «Денсаулық сақтау министрлігі және қоғамдық дамудың медициналық көмектің сапасы бойынша біріккен комиссия құру» бағдарламасының қойылған басты мақсаты – медициналық көмек көрсетудің озық стандарттарын (емдік хаттамалар, кадрларды дайындау, дәрілермен қамтамасыз ету, сапа және қолжетімділікті бақылау) енгізу. Берілген бағыт пен мақсат «2016-2019 жылдарға арналған Қазақстан Республикасының денсаулық сақтауды дамыту «Денсаулық» мемлекеттік бағдарламасында» бекітілді.

Түйін сөздер: дәріханалық ұйым, GPP, стандартты операциялық процедура, менеджмент.

SUMMARY

**SERIKBAEVA E.A.¹, KURMANGOZHAEVA A.B.¹,
SUINDIK S.E.¹, ANUAROVA A.¹,**

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

THE COMPARATIVE ANALYSIS OF INTRODUCTION OF THE GPP STANDARD IN THE COUNTRIES OF EUROPE AND EURASEC

At the moment the pharmaceutical market of Kazakhstan is actively grows and develops. In order to ensure the population quality the Medicines and medical products and medical equipment. Ministry of Health implements standards appropriate practices GxP drawing on the experience of foreign countries. In the program of the President

of the Republic of Kazakhstan of 20 May 2015 «The plan of the nation – 100 specific steps» – step 82 "The establishment of a joint commission on the quality of the medical services of the Ministry of Health and Social Development" indicates the main objective – the introduction of advanced standards of care (protocols treatment, training, medicinal ensuring, quality control and the availability). This direction and purpose are secured in the State Program for the development of health of the Republic of Kazakhstan "Densauulyk" on 2016-2019.

Keywords: pharmaceutical organization, GPP, standard operational procedure, management.

Литература:

1. Ягудина Р.И. Основные направления современной концепции обеспечения качества лекарственных средств (обзор). – Фармация. – 1999. – №5. – С. 45-51.
2. Good Pharmacy Practice (GPP) in developing countries. Supplementary guidelines for stepwise implementation. FIP Community Pharmacy Section, 1999.
3. Надлежащая аптечная практика в Новых независимых государствах. Руководство по разработке и внедрению стандартов. – Провизор. – 2002. – №17. – С. 48-52.
4. Постановление Правительства Республики Казахстан от 16 марта 2016 года №143 «Об утверждении Плана мероприятий по реализации Государственной программы развития здравоохранения Республики Казахстан «Денсаулық» на 2016 – 2019 годы». [Электронный ресурс]: <http://adilet.zan.kz>.
5. Приказ Министра здравоохранения и социального развития Республики Казахстан от 27 мая 2015 года №392 «Об утверждении надлежащих фармацевтических практик». [Электронный ресурс]: <http://adilet.zan.kz>.
6. Надлежащая аптечная практика в новых независимых государствах. Руководство по разработке и внедрению стандартов. – Провизор. – 2002. – №18. – С. 40-46.
7. Надлежащая аптечная практика в новых независимых государствах. Руководство по разработке и внедрению стандартов. – Провизор. – 2002. – №21. – С. 34-42.
8. Мусинов С.Р., Тулегенова А.У. Государственная фармакопея – главный стандарт качества лекарственных и медицинских изделий В РК – Фармация Казахстана. – №1. – 2016. – С. 14-18.
9. Шарифканов Р.Д. Стратегия позиционирования продукта при выводе нового лекарственного продукта на фармацевтический рынок Казахстана. – Фармация Казахстана. – №1. – 2016. – С. 53-56.

БЕЗОПАСНОСТЬ ЛЕКАРСТВ

Сочетание БАДов и лекарств может негативно отразиться на здоровье

Команда учёных из разных стран провела исследование, направленное на изучение сочетания травяных препаратов и обычных лекарств. В результате были описаны клинические случаи, когда пациенты в результате такого совмещения наносили вред здоровью.

Исследователи обнаружили множество описанных в медицине случаев, когда травяные препараты меняли эффект рецептурных лекарств: ослабляли, усиливали либо вызывали потенциально опасные побочные эффекты. Об этом сообщает the Guardian.

В число трав, которые могут оказать такое действие, вошли, в первую очередь, зверобой, женьшень и гинкго билоба.

К лекарствам, которые наиболее опасно сочетать с травяными средствами, специалисты отнесли антидепрессанты, препараты антиретровирусной терапии, статины, а также лекарства, применяемые при эпилепсии и сердечных заболеваниях, гормональные контрацептивы.

Руководитель исследования Чарльз АВОРТВЕ, учёный из Стелленбосского университета (Южная Африка), рассказал, что его команда выявила много клинических случаев, когда у пациентов наблюдались неблагоприятные реакции.

Так, описано несколько случаев по пациентам, имеющим проблемы с сердцем и принимающим варфарин или статины. У них были диагностированы осложнения, связанные с употреблением шалфея, льняного семени, зверобоя и зелёного чая.

«Если вы принимаете травяные средства, вы должны рассказать об этом своему врачу, – рекомендует Авортве. – Потенциальное взаимодействие и его последствия могут быть очень пагубными для здоровья пациента».

Ксения МАКСИМОВА
sibmeda.ru



ОБВИНЦЕВ А.В.¹, КУЛАНЧИЕВА Ж.А.²,

¹Казахстанский медицинский университет «ВШОЗ», г. Алматы, ²Кыргызская государственная медицинская академия имени И.К. Ахунбаева, г. Бишкек

КОНЦЕПЦИЯ ПАЦИЕНТ-ОРИЕНТИРОВАННОГО ПОДХОДА – КЛЮЧЕВОЙ ЭЛЕМЕНТ КАЧЕСТВА ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

В настоящее время собственное видение пациентом модели оказания медицинской помощи на основе личной системы ценностей становится центральным в концепции качества реформируемого во всем мире медицинского обслуживания.



АННОТАЦИЯ

Комплексный подход к лечению пациентов, направленный на удовлетворение интересов пациента – основа современного менеджмента при оказании качественных медицинских услуг в отоларингологии Республики Казахстан. Наряду с улучшением показателей здоровья данного контингента больных, их социального самочувствия наблюдается и профессионально-личностное развитие кадров.

Ключевые слова: отоларингология, инновационный подход в отоларингологии, пациент-ориентированность, качество медицинской помощи.

АКТУАЛЬНОСТЬ

Важнейшие задачи, поставленные перед современной системой здравоохранения, невозможно реализовать без существующих инновационных методов и моделей оказания медицинской помощи, основанных на достижениях современной науки. Увеличение продолжительности жизни, обеспечение здоровья нации, сокращение уровня смертности – важнейшие цели современной медицины, так как приоритетным направлением реформирования и дальнейшего развития здравоохранения в Казахстане является повышение качества оказания медицинской помощи населению посредством ее стандартизации на основе принципов доказательной медицины.

Вопросам качества медицинской помощи и соблюдения прав граждан в системе здравоохранения посвящены работы авторитетных ученых: Филатова В.Н., Кадьрова Ф.Н., Денисова И.Н., Чавпецова В.Ф., Таранова А.М., Юрьева В.К., Куценко Г.И., Вишнякова Н.И., Бараевой А.Н., Феодоникова А.С., Стародубова В.И., Каграманяна И.Н., Баклановой Т.Н. и других. При этом исследований, учитывающих особенности оказания медицинской помощи в отоларингологии, практически нет.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Изучение новых подходов и методик применения комплексного подхода в оказании качественной медицинской помощи пациентам в отоларингологии.

ЗАДАЧИ ИССЛЕДОВАНИЯ

В рамках концепции сочетаются следующие процедуры и решения:

- выбор модели и процедур определения ценности организации и пациентов; мониторинг изменения ценности;
- определение драйверов (факторов) создания новой ценности;
- установление четкой связи между ценностью сторон;
- определение механизмов согласования интересов сторон;

• создание системы измерения результатов деятельности и материального стимулирования.

Остановимся на факторах, приоритетных для понятия «пациент-ориентированность». Это деликатное отношение к пациенту, осознание пациентом ответственности за свое здоровье и привлечение его к сотрудничеству, переход его в позицию активного участника лечебного процесса, улучшение взаимодействия «пациент – специалист». В новых социально-экономических условиях одним из ключевых вопросов является изучение мнения реципиента, как важного индикатора происходящих качественных изменений. Сегодня потребитель медицинских услуг становится полноправным субъектом медицинской среды, ведь за ним признается право влияния на систему формирования медицинских услуг через учет его интересов.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

В качестве метода оценки работы медицинской организации применялся социологический опрос респондентов для оценки удовлетворенности потребителей медицинских услуг работой лечебного учреждения, действиями врачей, среднего медицинского персонала, другими аспектами медицинского обслуживания. Анкетирование проводилось на базе ГКБ №5 (Алматы) – одного из ведущих профильных специализированных лечебно-диагностических учреждений в РК.

Ежегодно высокоспециализированную и квалифицированную стационарную медицинскую помощь здесь получают пациенты со всей республики с ЛОР-патологиями. В этих условиях особую актуальность приобретают проблемы организации качественной и доступной медицинской помощи пациентам. Материалом для исследования послужили результаты 180 анкет, заполненные пациентами, обратившимися за медицинской помощью в клинику. Статистическая обработка результатов проводилась с помощью статистического пакета программы SPSS для Windows.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Проведена независимая оценка работы, которая является главным индикатором оказания качественной медицинской помощи. Социологический опрос (анкетирование) был направлен на выявление уровня удовлетворенности медицинскими услугами и степень применения персоналом пациент-ориентированных технологий в клинике.

Количество респондентов – 180, из них мужчин – 48 (8,3%), женщин – 132 (73,3%). Средний возраст: 28 лет. Максимальный возраст: 68 лет. Минимальный возраст: 18 лет (M=0,43). Контингент госпитализированных – пациенты из разных областей РК. Из г. Алматы – 32 (17,7%), Алматинской области – 56 (31,1%), Акмолинской области – 12 (6,7%), г. Актобе – 2 (1,1%), Атырауской области – 8 (4,4%), ЗКО – 2 (1,1%), Жамбылской области – 17 (9,5%), Кызылординской области – 18 (10%), ЮКО – 20 (11,2%), ВКО – 13 (7,2%) пациентов. Среди госпитализированных 78 (43,3%) боль-

ных – городские жители, 102 (56,7%) – сельчане. Среди всех анкетированных впервые госпитализированных – 120 (66,7%), повторно госпитализированных – 60 (33,3%) человек. Анализ причин госпитализации выявил, что по поводу острого заболевания обратились 89 (49,4%), обострения хронического заболевания – 69 (38,4%), неэффективности лечения в своей поликлинике – 8 (4,4%), неэффективности лечения в другой клинике – 14 (7,8%) респондентов.

На сегодняшний день в основу оказания качественной медицинской помощи положено доверие между пациентом и медицинским работником. Важное условие – отношение врача к пациенту. Нами выявлено, что удовлетворены работой врача 92,8% респондентов, не полностью удовлетворены – 5,1%, неудовлетворенных нет, затруднились ответить – 2,1%.

93,61% респондентов отметили, что проведен осмотр врачом приемного отделения больницы при поступлении на стационарное лечение. О том, что осмотр происходил в течение 30 минут после госпитализации, сообщили 3,33% респондентов. 1,5% пациентов сообщили, что в течение 1 часа, 1% – более одного часа, 0,56% – более двух часов. Систематическое проведение обходов лечащим врачом отметили 97,6%, редкое (иногда) – 1%, затруднились с ответом – 1,4% больных. При изучении отношения среднего медицинского персонала к выполнению своих манипуляций выявлено, что удовлетворены работой среднего медицинского персонала 90 (94,5%) пациентов, не полностью удовлетворены – 7 (3,84%), не удовлетворен – 1 (0,56%), затруднились ответить – 2 (1,1%).

Один из важных анкет: Взаимодействие с персоналом. К примеру, понятно ли доктор объяснил диагноз, ответил ли на вопросы пациента, разъяснял ли схемы и сроки лечения пациента, последующую реабилитацию. Обсуждение схемы и сроков лечения с пациентами отметили 92,4% респондентов, иногда – 4,6%, затруднились ответить – 5,4%. То, что медперсонал разъяснял необходимость назначения нового лекарства, его побочного действия всегда, отметили 62%, часто – 18,8%, иногда – 13,8%, никогда – 3,8% пациентов. Затруднились ответить лишь 1,6% респондентов. Информирование врачами о возможности возникновения новых симптомов после выписки было отмечено 84,4% респондентами, о частичной информированности заявили 15,6% пациентов.

При исследовании удовлетворенности общими результатами оказания медицинской помощи установлено: полностью удовлетворены – 93,8%, не полностью удовлетворены – 3,56%, не удовлетворенных нет, затруднились ответить – 2,64% респондентов.

При оценке комфортности предоставления услуг (с учетом удовлетворенности материально-техническим оснащением клиники). Удовлетворены полностью 77,7% респондентов, не полностью – 11,5%, не удовлетворены – 3,1%, затруднились ответить – 7,7%.

Организацией работы диагностических и реабилитационных кабинетов (УЗИ, рентген, физиолечение и

прочее) удовлетворены 152 (87%) пациента, не полностью удовлетворены – 13 (23,4%), не удовлетворены – 4 (0,83%), затруднились ответить – 11 (6,1%).

Санитарно-гигиеническим состоянием медорганизации удовлетворены 153 (85,0%) респондента, не полностью – 16 (8,88%), не удовлетворены – 4 (2,22%), затруднились ответить – 7 (3,88%).

Качеством питания в стационаре удовлетворены 129 (71,69%), не полностью – 34 (18,88%), не удовлетворены – 11 (6,1%), затруднились ответить – 6 (3,33%).

Удовлетворенность качеством и полнотой информации о работе медицинской организации и порядке предоставления медицинских услуг, доступной на официальном сайте, стендах медицинской организации отметили 155 (86,12%) респондентов, не полностью удовлетворены – 13 (7,22%), затруднились ответить – 12 (6,66%).

На вопрос о том, порекомендовали ли бы респонденты клинику другим больным, получены положительные ответы от 165 (91,8%) человек, что только в случае отсутствия альтернативного варианта – 7 (3,8%), никогда – 2 (1,1%), затруднились ответить – 6 (3,3%).

Квалифицированный медицинский персонал и хорошее оборудование, как приоритеты ГКБ №5, отметили 78 (43,3%) пациентов, квалифицированный медицинский персонал и плохое оборудование – 53 (54,5%), слабый медицинский персонал и хорошее оборудование – 3 (1,66%, так как не интересовалась другими клиниками), о том, что ничего не привлекает, сообщил 1 (0,5%) человек.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Все вышеизложенное свидетельствует о том, что пациент-ориентированность становится приоритетным направлением здравоохранения, способным дать оценку совместной (корпоративной) способности коллектива отдельной медорганизации действовать с учетом интересов пациента даже в ситуациях, не предусмотренных инструкциями. Следовательно, в качестве независимой оценки качества работы медицинской организации может служить проведение социологического исследования (в данном случае анкетирования).

Пациент-ориентированность – это технология выстраивания эффективных коммуникаций с пациентом.

Приверженность пациент-ориентированному подходу в деятельности медицинской организации прослеживается с учетом следующего:

Литература:

1. План нации – 100 конкретных шагов по реализации пяти институциональных реформ Главы государства Н. Назарбаева, май 2015 год.
2. Государственная программа развития здравоохранения РК «Денсаулық» на 2016-2019 гг.
3. M. Limosnero. Patient satisfaction quality of health care system delivery. // California State University. – 2013. – №1. – С.12-13.
4. Pomeroy C., Rice A., McGowan W., Osborn N. Linking academic and clinical missions: UC Davis' integrated AHC. // Acad Med. – 2008. – №83. – P. 809-815.
5. Л.Г. Кожекенова, А.К. Мусаханова. Концептуальное видение реализации стратегии медицинской помощи, ориентированной на пациента в отечественной и мировой практике здравоохранения. // Наука и здравоохранение. – 2014. – №5. – С. 5-8.

- устранения боли, информированности (разъяснение диагноза, диагностических процедур, плана терапии, рекомендации при выписке), обучение (адаптация к условиям болезни, ЗОЖ);

- вовлеченность пациента (совместные решения, внимание к потребностям и нуждам пациента);

- поддержка социальная, психологическая, эмоциональная, коммуникация (взаимопонимание и доверительные отношения с медперсоналом);

- комфортное пребывание в клинике и безопасность больничной среды для улучшения показателей клинических исходов (выживаемость, снижение симптомов заболевания, побочные эффекты, осложнения) и улучшения социального самочувствия граждан (уменьшение финансового и прочего бремени пациентов в семьях).

ВЫВОДЫ

Концепция пациент-ориентированного подхода как никогда актуальна. Предоставляемая в рамках такого подхода помощь должна соответствовать индивидуальным предпочтениям, потребностям и ценностям каждого пациента, что учитывается при принятии клинических решений.

Наше исследование может быть также полезно при осуществлении эффективной государственной политики в отношении совершенствования деятельности субъектов здравоохранения в РК.

SUMMARY

OBVINTSEV A.V.¹, KULANCHIYEVA ZH.A.²,

¹Kazakhstan Medical University "KSPH",

Almaty c., ²Kyrgyz State Medical Academy
named after I.K. Akhunbaev, Bishkek c.

THE CONCEPT OF A PATIENT-CENTERED APPROACH IS A KEY ELEMENT IN THE QUALITY OF CARE

An integrated approach to patient care based on the patient's interests is the basis of modern management in the provision of quality medical services in the otolaryngology of the Republic of Kazakhstan. Along with improving the health indicators of this contingent of patients, their social well-being, professional-personal development of personnel is observed.

Keywords: otolaryngology, Innovative approach in otolaryngology, patient-oriented, quality of care.

МРПТИ: 76.31.31

ZHUMAKANOVA B.S.¹, SAKIPOVA Z.B.¹,¹S.D. Asfendiyarov Kazakh National Medical University, Almaty c.

REPRESENTATIVES OF THE GENUS THYMUS L. – A PERSPECTIVE SOURCE OF BIOLOGICALLY ACTIVE SUBSTANCES OF SOME SPECIES OF THYMUS L.

The centuries-old use of pharmacological active substances in folk medicine and the lack of knowledge about some species of thyme determine the relevance of this topic.



ANNOTATION

In Kazakhstan its own pharmaceutical industry is at the development stage, and the issue of creating its sustainable raw material base is acute. Many official medicinal plant species grow on the territory of Kazakhstan [1]. Flora of Kazakhstan (F7 volume) has more than 136 species of thyme, 27 of them grow in Central Kazakhstan [2]. The greatest interest of researchers is drawn to the composition of essential oils of representatives of this genus, in this regard some species of thyme remain poorly understood to this day [3].

Keywords: thyme, medicinal plant raw materials, flavonoids, terpenoids, essential oils.

Thymus L. is a genus of the family Lamiaceae, one of the largest and taxonomically complex genera of this family. Representatives of the genus are undersized aromatic shrubs and semishrubs. Species of the genus belong to the those containing important essential oils 0,6%, phenolic compounds – thymol 42%, carvacrolum and others. Thyme occurs in the European part of Russia, grows on the outskirts of pine forests, in stony tundra, in the steppes of Siberia, in the Crimea, in the Urals, in Kazakhstan [4]. Thyme (brother wort) is a perennial plant with a height of up to 35 centimeters. Stem is recumbent, spreading or ascending, pubescent. Rhizome is woody, rod-shaped. Leaves are hard, in different species very different in shape and size. Flowers are collected in inflorescences,

of from white to lilac color [5]. Flowers are small, violet or pink, less often white, bisexual or secondarily incompletely dioecious; calyx is ciliated pubescent, cylindrical or campanulate, with 10-13 veins, clearly bilabiate, with a crown of hairs inside the pharynx, its lower lip to the base is bifid, with narrow ciliated lobes, the upper one is broad, tridentate, pubescent with small bristles, rarely smooth; corolla has a bilabial bend of the upper lip with a three-lobed, inclined lower lip; stamens are 4 in number, they are erect, divergent from the base, with 2 – nest anthers and fairly broad connective; the anthers are often underdeveloped; column with styloid lobes of stigma; nuts are almost spherical or elliptical, glabrous, brown or almost black; inflorescence is capitate or oblong, below intermittent-whorled [2]. Fruit is a box. The flowering period is June-August. Various species of thyme are known in the culture; however, in gardening they usually use thyme and its subspecies, as well as thyme creeping [5].

When collecting raw materials it is necessary to distinguish between them. To do this, we will carry out a comparative morphological analysis of the aboveground parts of thyme and the most frequently encountered species of mountainous areas of Central Kazakhstan: creeping thyme, Altai thyme, Marshall thyme and thyme guberlin. According to the literature, the herb of various species of thyme is used in the treatment of radiculitis, has anti-septic and expectorant action; the aerial part has a pronounced spasmolytic and sedative effect and essential

oils can be used in perfumery, confectionery manufacture and medicine [1].

Thyme is a rather unpretentious plant. It grows along the steppe slopes of the hummocks and foothills to the forest belt of mountains. Thyme prefers sunny areas. It can tolerate a light penumbra. The soil is preferably light, non-acidic, well drained, and preferably sandy. Reproduction of thyme can be propagated by seeds, cuttings or by dividing a bush. The latter method is most often used. For division the bush should be excavated and divided into several parts with roots. When propagating by seeds, sowing is carried out immediately in the open ground to a permanent place. Thyme is sown in April [5]. According to Flora of Kazakhstan (7 volumes) *Thymus L.* 4 species are more common:

Thymus altaicus Klok. Et Shost. – Thyme Altai. Semi-shrubs are found in the Altai, Saur and Dzhungar Alatau. Endemic. Raw material: the aboveground part. Contains terpenoids, flavonoids, aromatic compounds, essential oil (DPRR, 2001, p. 357), fatty acids (Toibazarova, 2013). It is used as an expectorant (DPRR, 2001, p. 357).

Thymus guberlinensis Iljin. – Thyme guberlin. A semishrub occurs in the Guberlin mountains and in the Bektau-Ata of Central Kazakhstan. Raw material: the aboveground part. Contains terpenoids, flavonoids, aromatic compounds, essential oil (DPRR, 2001, p. 357); is used as an expectorant (DPRR, 2001, p. 357). It is used in folk medicine.

Thymus marschallianus Willd. – Thyme marshall. Semishrubs are found everywhere. Raw material: the aboveground part. It contains phenolic carboxylic acids and their derivatives, flavonoids, anthocyanins, essential oil (RR, 1991, p. 104, DPRR, 2001, p. 357); is used as wound healing, analgesic, sedative spasmolytic, expectorant (RR, 1991, p. 104, DPRR, 2001, p. 357). It is used in folk medicine, EM Ex.M (DPRR, 2001, p.358). Commercial reserves of the raw materials were found in Kungey, Terskey Alatau (Egeubaeva et al., 2000), on the ridges of the Ketmen (Musaev et al, 1988) and Dzungarsky Alatau (Egeubaeva et al., 2002). It was cultivated in the MBG, DBG, CBG.

Thymus serpyllum L. – Thyme creeping. A semishrub, found in the spurs of the Obshchy Syrt of West Kazakhstan. Raw material: the aboveground part. It contains terpenoids, flavonoids, aromatic compounds, essential oil (RR, 1991, p. 106; DPRR, 2001, p. 357). It is used as antiseptic, wound healing, analgesic, spasmolytic, expectorant, carminative, diuretic, anthelmintic (RR, 1991, p. 106; DPRR, 2001, p. 357) [2]. Other species, despite their chemical composition and useful properties, are not used as medicinal raw materials, although their herb is widely used in folk medicine. [1]

Phytochemical analysis of *Thymus L.* plants and production of a new phytosubstance for the production of new medicines in medicine and pharmacy.

To achieve this goal, the following tasks are to be accomplished:

1) to develop a technology for the collection of herbal medicinal plant *Thymus L.* in accordance with GACP;

2) to study the quality criteria and standardize *Thymus L.* raw materials;

3) to develop a phytosubstance technology;

4) to study the biological effects and safety of *Thymus L.*;

5) to study the stability of phytosubstance *Thymus L.*;

6) to develop a feasibility study for the production of new drugs based on phytosubstance *Thymus L.*

The scientific novelty of this study will be in obtaining from the *Thymus L.* plant a new phytosubstance for the production of new domestic medicinal products in medicine and pharmacy.

With the purpose of scientific and theoretical support of the study 750 articles on thyme have been analyzed. In Central Kazakhstan there are about 27 species of thyme, 4 of which have been studied in our country: creeping thyme, Altai thyme, Marshall thyme and thyme guberlin.

According to the literature review, related to the phytochemical composition of the biologically active substances of thyme species containing essential oils, terpenoids, flavonoids, aromatic compounds and other biologically active substances characterize this type of raw material as a promising source for further in-depth research with the goal of creating dosage forms. The centuries-old use of pharmacological active substances in folk medicine and the lack of knowledge about some species of thyme determine the relevance of this topic. Due to that S.D. Asfendiyarov Kazakh National Medical University together with the Lubinsk University of Poland is doing a joint full-scale research of *Thymus altaicus* Klok. Et Shost., *Thymus guberlinensis* Iljin., *Thymus marschallianus* Willd., *Thymus serpyllum L.*

Pharmacological activity of phytopreparations is not inferior to their synthetic analogues; at the same time, thanks to a balanced complex of biologically active substances, they favorably act on the human body with virtually no side effects. In scientific medicine essential oil plants have found considerable application. Among them the plants of the Lamiaceae family are of great interest: thyme ordinary, thyme creeping, common oreganum, ajowan fragrant and others, which contain thymol, carvacrol, cymol, borneol, geraniol and other aromatic and terpenoid compounds. These substances determine a wide range of pharmacological action of essential oils. There is a huge practical experience of using a number of preparations containing essential oils. They are used to treat diseases of the respiratory tract, neurosis and kidney stone disease, since essential oils, being part of their composition, have anti-inflammatory, antibacterial, fungicidal, diaphoretic, spasmolytic and diuretic effects [6].

In the treatment and prevention of respiratory diseases an important role is played by expectorant medicinal preparations of a plant origin. A complex of biologically active substances contained in them has a multifaceted and complementary action on the body. In this regard it becomes urgent to study the pharmacological activity of closely related species of the thyme genus for further introduction into scientific medicine [7]. Creeping

thyme is used as a ground cover plant in curbs and rock gardens, on retaining walls. All types of thyme can be used in the design of stony areas, in group plantings. Combining different varieties with white, pink and purple flowers, one can achieve interesting results. Thymes are well combined with plants that have larger texture leaves, preferably contrasting in color: with bugles, heucheras. Thyme is widely used in cooking and folk medicine. Thyme leaves flavor tea. Thyme (Thymus) is also used in perfumery. [5].

ТҮЙІНДЕМЕ

ЖҰМАҚАНОВА Б.С.¹, САКИПОВА З.Б.¹,
¹С.Ж. Асфендияров атындағы Қазақ ұлттық медицина университеті, Алматы қ.

ЖЕБІР (THYMUS L.) ДӘРІЛІК ӨСІМДІК ШИКІЗАТЫ – КЕЙБІР ТҮРЛЕРІНІҢ БИОЛОГИЯЛЫҚ БЕЛСЕНДІ ЗАТТАРЫ

Қазақстанда фармацевтика өнеркәсібі даму сатысында тұр және тұрақты шикізат базасын құру мәселесі қарастырылуда. Қазақстан аумағында көптеген ресми дәрілік өсімдіктер өседі. Қазақстан Флорасы (7 көлемі) бойынша жебірдің 136-дан астам түрі белгілі, оның ішінде Орталық Қазақстанда жебірдің 27 түрі өседі. Зерттеушілерді осы тектің өкілдерінің құрамында эфир майларының болуы ең үлкен қызығушылық туғызды осыған байланысты жебірдің кейбір түрлері әлі күнге дейін толық зерттелмеген.

Түйін сөздер: жебір, дәрілік өсімдік шикізаты, флавоноидтар, терпеноидтар, эфир майлары.

РЕЗЮМЕ

ЖҰМАҚАНОВА Б.С.¹, САКИПОВА З.Б.¹,
¹Казахский национальный медицинский университет имени С.Д. Асфендиярова, г. Алматы

ПРЕДСТАВИТЕЛИ РОДА THYMUS L. – ПЕРСПЕКТИВНЫЙ ИСТОЧНИК БИОЛОГИЧЕСКИ АКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ НЕКОТОРЫХ ВИДОВ THYMUS L.

В Казахстане фармацевтическая промышленность находится на стадии развития, и остро стоит вопрос о создании ее устойчивой сырьевой базы. Многие официальные лекарственные виды растений произрастают на территории Казахстана. Флора Казахстана (том 7) насчитывает более 136 видов тимьяна, из них 27 произрастает в Центральном Казахстане. Наибольший интерес для исследователей представляет состав эфирных масел растений данного рода. В этом плане некоторые виды тимьяна до сегодняшнего дня остаются слабоизученными.

Ключевые слова: тимьян, лекарственное растительное сырье, флавоноиды, терпеноиды, эфирные масла.

Literature:

1. A.I. Akhmetzhanova, T.A. Aitbaev, Biomorphological features of Timus marschallianus in the conditions of Central Kazakhstan, 2014. Karaganda.
2. Flora of Kazakhstan VII. Alma-Ata. – 1964, vol. 7, p. 234-261.
3. Banaeva Yu.A., Pokrovsky L.M., Tkacheva A.V. Research of the chemical composition of essential oil of representatives of the genus Thymus L., growing in the Altai. – Chemistry of plant raw materials. – 1999. – №3. – P. 41-48.
4. Thyme. Wikipedia. [Electronic resource]: <https://ru.wikipedia.org/wiki/Thyme>.
5. Encyclopedia of plants: Thyme (Thyme). [Electronic resource]: <http://www.pro-landshaft.ru>.
6. Mashchenko Z.E. Phytochemical research and standardization of thymol-containing plants of the family of Lamiaceae, 2004, Russia.
7. Medical bulletin of Bashkortostan. – Volume 8. – №5. – 2013. – P. 78.79.

Уважаемые подписчики!

На журнал «Фармация Казахстана» можно подписаться в любом отделении АО «Казпочта». Сведения об издании Вы сможете найти в каталоге газет и журналов за 2018 год АО «Казпочта» на странице 303 (индекс 75 888). 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), подписном агентстве «Евразия Пресс» и ТОО «Эврика пресс». Зарубежные читатели могут оформить подписку на электронную версию журнала в редакции. Бюджетные организации – посредством портала госзакупок.

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



PROSPECTS OF USE OF RHEUM CORDATUM LOSINSK

Due to its geographic location Kazakhstan has a huge stock of medicinal plants that have been widely used in traditional medicine for centuries, but not all of them have found application in official medicine.



SUMMARY

The article presents an analysis of the current state of scientific research of Kazakhstani species of genus *Rheum* L. (family *Polygonaceae* Juss.) and shows the prospects of comprehensive study of them as sources of renewable plant raw materials for obtaining domestic phytopreparations. It is noted that the search for new types of herbal medicinal raw materials is a very urgent task for the domestic pharmaceutical industry.

Keywords: *Polygonaceae* Juss., *Rheum* L., flora of Kazakhstan, official medicine, folk medicine, medicinal plant, medicinal plant raw materials, phytopreparations, biologically active substances, chemical composition.

Today, the pharmaceutical market is one of the most dynamic and fast-growing ones.

The increase of the market is due to the growing worldwide demand for medicines and preventive measures, which is caused by such phenomena as aging and obesity of the population, growth of its number and increase in well-being.

Over the past few decades the growth in the production of plant products and the promotion of herbal medicine have contributed to a significant expansion of the market share of medicines. In developing countries 70-95% of the population rely on herbal medicines for primary health care, mainly because of the high cost or inaccessibility of synthetic drugs [1]. According to the World Health Organization (WHO) about 80% of the world's population use medicinal plants and other traditional medicines to meet their need for primary health care [2]. This scale of

phytopreparation turnover is caused by a number of factors such as a wide range of pharmacological activity, the possibility of their use in all age groups and high safety with sufficient efficiency and accessibility.

In the conditions of the dependence of the Kazakhstan pharmaceutical market on import the creating of new medicines based on domestic plant raw materials is one of the most important tasks in developing the pharmaceutical industry in Kazakhstan. Due to its geographic location Kazakhstan has a huge stock of medicinal plants that have been widely used in traditional medicine for centuries, but not all of them have found application in official medicine.

In this regard attention should be paid to plants of the genus *Rheum* L., belonging to the Buckwheat family *Polygonaceae* Juss.

The *Polygonaceae* family is represented in Kazakhstan by 141 species, united by 11 genera. [3,4]

The rhubarb *Rheum* L. genus includes about 50 species which are widely distributed in Asia. On the territory of Kazakhstan, according to M.S. Baitenov, there are 9 species [4]. 7 of these species are the heart-shaped rhubarb (*Rheum cordatum* Losinsk.), rhubarb compact (*Rheum compactum* L.), Wittrock rhubarb (*Rheum wittrockii* Lundstr.), rhubarb Maximovicz (*Rh. maximowiczii* Losinsk.), rhubarb tatar (*Rheum tataricum* L.), rhubarb low (*Rh. nanum* Siev.), rhubarb Turkestan (*Rh. turkestanicum*) – possess medicinal properties [3]. Two species, *Rheum compactum* L. and *Rheum wittrockii* Lundstr., are listed in the "Red Book of Kazakhstan" [5]. Species of the genus *Rheum* L. are medicinal, food, tannic plants, dyeing, fodder. Some species are introduced into the culture as

vegetable (*Rheum compactum* L.), medicinal (*Rh. palmatum* L.) and tannic (*Rh. Witrockii* Lundstr.) plants.

Species of the genus *Rheum* L. are perennial herbaceous plants with a powerful rhizome. Stems, formed in the second-third years of the plant life, are erect, tall, thick, weakly leafy, hollow or executed, sometimes leafless. Basal leaves are very large, kidney-shaped and rounded to ovate and lanceolate, edemic-dentate or finger-cut along the margin, with heart-shaped base, at the base with three or eight palmately diverging veins; form a powerful, high basal rosette. Petioles are long, often thick. Stem leaves, if present, are smaller, more regular, and sessile. Bracts are bell-shaped, small, dry, barely noticeable. The flowers are numerous, small, collected in converging whorled groups, forming narrow end panicles, in turn, often forming large, apical, dense, paniculate inflorescences. Perianth is simple, six-membered, and sometimes five-membered. Its tepals, located in two circles, are outstretched, painted, the same or almost the same, sometimes the outer leaves are larger than the inner ones. Three internal leaves remain in the fruit, expand more or less, retain color or get a more dense and saturated color. Fruit is a large triangular nutlet with wings of various sizes and colors formed by the remaining tepals. [6]

A review of literary sources showed that in the near and far abroad countries the most famous representative of the genus *Rheum* L. (family *Polygonaceae* Juss.) is a cultivated medicinal species of the Tangut rhubarb (*Rheum palmatum* L.). Its native land is the mountain forests of Central China [7,8]. Tangut rhubarb is cultivated on the territory of Russia, Belarus, the Ukraine, in the countries of Central and Western Europe, China and Kazakhstan. The Tangut rhubarb is included in the State Pharmacopoeia of the Russian Federation, the State Pharmacopoeia of the Republic of Belarus, and also in the European Pharmacopoeia [9,10,11].

Tangut rhubarb (*Rheum palmatum* L.) is a large perennial herbaceous plant 150-250 cm high, with a multi-headed dark-brown short rhizome (4-6 cm in diameter) and large massive fleshy yellow roots. Stems of rhubarb are with reddish specks, straight, glabrous, slightly branching, of 4-5 cm in diameter, slightly leafy. Basal leaves are large, in rosettes, with a petiole to 1.5 m in length; leaf blade is up to 75 cm in diameter, in outline broadly ovate with cordate base, 5-7 lobate, the entire bottom surface is densely covered with long hairs. The blades of the leaves are pointed, unevenly large-cut. Stem leaves are bell-shaped, arranged alternately, smaller on short petioles. Flowers are small in large paniculate inflorescences, pinkish-white or red. The fruit of rhubarb Tangut is a trihedral, widely winged nutlet, 7-10 mm long. Flowering occurs in June, and fruits ripen in July-August.

For medical purposes roots with rhizomes are used. The rhubarb harvest is collected in early autumn, beginning in September and ending in the first half of October. Adult plants of 3-4 years of age are selected. After having been cleaned from the ground roots are washed, divided into parts, dried in the open air, and then the final drying

is carried out in a dryer at a temperature of 60° C. The color of the raw material of good quality is dark brown, yellowish pink inside; on the fracture the dried root is granular, whitish, with orange spots and stripes; it has an unusual smell and bitter-astringent taste.

Roots and rhizomes of rhubarb Tangut contain two groups of glycosides: tannoglycosides (from 6 to 10%), including tanning agents of the pyrocatechol group and causing astringent properties, gallic acid derivatives, as well as anthraglycosides (3 to 6%), chrysofanein, glucoalo-emodin, glucoemodine and glucoerein. The content of anthraglycosides increases noticeably with the age of the plant. Rhizomes and roots of rhubarb also contain a lot of starch, resin and pectin substances. The leaves contain iron salts, ascorbic acid, ergosterol, oxalic acid and malic acid. In addition, rutin and organic acids are found in leaves and fruits. [8]

In the folk medicine (FM) rhubarb Tangut is used as a general excipient, as well as for various disorders of gastric intestinal tract, diseases of the gallbladder and alimentary ways, for anaemia and tuberculosis. In the folk medicine of the Tibet rhubarb Tangut is used for treatment of poisoning and inflammatory diseases. Leaves, petioles and their juice are used for diarrhea and malaria. [12]

Currently in official medicine (OM), root infusion, tincture of rhubarb bitter, rhubarb tablets, dry rhubarb extract, rhubarb syrup based on Tangut rhubarb are used. The drug hepatocline is also used, which contains a liquid extract of medicinal plants: artichoke, licorice root, Tangut rhubarb root, desmodium grass, etc., and possesses spasmolytic and analgesic effect [13]; parodium preparation – gel for gums, containing rhubarb finger extract, chlorhexidine bigluconate, formaldehyde [14]; chrysofin preparation for the treatment of psoriasis, containing rhubarb extract, widely used abroad in dermatological practice. [15]

A wide range of pharmacological effects of herbal preparations on the basis of active ingredients of rhubarb Tangut is evidenced by the studies of Chinese and Japanese scientists. [16-19]

Taking into account the principle of chemotaxonomic kinship it is possible to predict the presence of similar compounds and a similar therapeutic effect in Kazakhstan representatives of the genus *Rheum* L.

Domestic representatives of the genus *Rheum* L. are characterized by the content of various classes of biologically active compounds, mainly phenolic compounds, and are promising as sources of renewable plant raw materials for obtaining domestic phytopreparations of laxative, hemostatic, astringent, antiplatelet, antitumor effect [20].

Kazakhstani species of the genus *Rheum* L. are widely used in folk medicine. Broths and infusions of rhubarb heart-shaped (*Rheum cordatum* Losinsk.) are used for diseases of the digestive system: stomach, peptic ulcer. *Rheum compactum* L. is used in Tibetan medicine, it is a part of many recipes for infectious diseases. In Siberia and Central Asia powder is applied externally – with burns, decoction – as a laxative, choleric or astringent, depending on the dose. In Mongolia *Rh. nanum* Siev. is eaten. Juice of leaves *Rh.*

maximowiczii Losinsk. is used for malaria and diarrhea, decoction of roots and fruits of Tatar rhubarb (*Rheum tataricum* L.) – as hemostatic for internal bleeding, anti-febrile, and ash – for wound healing. Decoction of rhubarb of Turkestan *Rh. turkestanicum* Janisch. in the milk is used as a cardiac, gastric, antiplatelet agent. [12]

In the aboveground and underground parts of *Rheum cordatum* Losinsk., *Rheum tataricum* L., *Rheum wittrockii* Lundstr. flavonoid compounds are defined; in the roots of *Rheum cordatum* Losinsk. And *Rheum wittrockii* Lundstr. catechins were isolated [26,27,28]. In *Rheum tataricum* a high content of tannins was noticed in the underground part, vitamins C, K, PP were found. Literary data are given in Table 1. [29]

Of practical interest are the data on the pharmacological action of phenolic compounds contained in plants of genus *Rheum* L. Anthracene derivatives exhibit laxative (emodin class), anti-inflammatory (restored emodin class monomers), antitumor (anthracycline) properties. [30]

Catechins have a capillary-strengthening effect, and they are more effective than some P-vitamin compounds such as flavones, flavonols and anthocyanins. Flavonoids and coumarins also have a very important property – anticancer, based on their antioxidant capacity. [30]

The presence of tannins provides anti-inflammatory, antioxidant (suppress free radical oxidation of lipids), antimicrobial activity. [30]

The data show that *Rheum compactum* L. (syn. *Rh. altaicum*) can successfully replace the pharmacopoeial, cultivated species of Tangut rhubarb. However, it should be noted that *Rheum compactum* L. (syn. *Rh. altaicum*) occurs sporadically, growing as single individuals on the mountain slopes of Altai, Saur, Tarbagatai. The natural populations of this plant are subjected to intensive use for food and medicinal purposes, so this species needs to be protected. On the territory of the Altai Botanical Garden it was tested in culture and has been cultivated for more than 10 years. [20]

Another species, which is closer in its chemical composition and pharmacological effect to the pharmacopoeial species of the rhubarb Tangut, is the Kazakh species of Wittrock rhubarb *Rh. Wittrockii*, occurring in the Dzungarian, Zailiysky, Kungei, Terskey Alatau, Ketmen, Kirghiz Alatau, the Western Tien Shan. He is listed in the "Red Book of Kazakhstan" [5]. From the roots of rhubarb Wittrock a pharmaceutical product is obtained, which contains catechins and phenolic acids. The physiological effect of the product was tested in the Kazakh Scientific Re-

Table 1 – Characteristics of Kazakhstani species of the genus *Rheum* L.

Species	Distribution in Kazakhstan	Chemical composition	Therapeutic effect, application	Introduction of species
1	2	3	4	
<i>Rheum compactum</i> L. (syn. <i>Rh. altaicum</i>) rhubarb compact (r. Altai)	Tarbagatay, Altai	Tannins (4.35-4.73%), anthraquinones (3.67%). Roots: stilbenes, tannins (4.73-12%), anthraquinones (1.01%), flavonoids (rutin, quercetin, hyperoside, etc.), catechins, pectic substances, resinous, coloring and microelements. Stems, petioles, flowers – vitamin C, carotene.	Laxative, astringent, choleretic official medicine (OM), folk medicine (FM). Food, tanning.	Altai Botanical Garden (ABG)
<i>Rh. cordatum</i> Losinsk. r. Cordate	From the Chu-Ili Mountains to the Western Tien-Shan	Roots: carbohydrates, organic acids, stilbene, catechins, tannins (12-26%), flavonoids (1.06%), anthraquinones (4%). Leaves: vitamins C, PP, carotene, phenol carboxylic acids, tannins (2.52%), flavonoids (2.5-4.4%). Fruits: vitamins C, carotene, flavonoids.	Vitamin, medicinal, FM. Food, tanning.	-
<i>Rh. Maximowiczii</i> Losinsk. r. Maximovicz	Karatau, Western Tien Shan	Roots: carbohydrates, phenols, phenolic carboxylic acids, tannins (8-37%), catechins, anthraquinones, coumarins, leucoanthocyanidins. Leaves: vitamin C, carotene, tannins (3.28-7.75%). Petioles: vitamin C, tannins (0.96-3.15%). Fruits: tannins (17.04-23.15%).	For the treatment of gastric diseases, p-vitamin, FM Food, tanning, honey, fodder.	ABG
<i>Rh. Nanum</i> Siev. r. Low	East Kazakhstan, Pribalkhashie	Tannins (8-16%). Stems, leaves, flowers: vitamin C.	Medicinal, FM. Tanning, dyeing, food.	-
<i>Rh. tataricum</i> L. r. Tatar	Every where in the plains and deserts	Roots: carbohydrates, organic acids, phenols, catechins, tannins (6.97-25.74%), anthraquinones (1.83-1.92%), higher aliphatic hydrocarbons. Stems: tannins (1.71-2.28%). Leaves: catechins, flavonoids, tannins (2-7.67%). Fruits: vitamin C and carotene, tannins (11-17.21%). Seeds: carbohydrates, catechins, flavonoids, anthocyanins, anthraquinones.	Hemostatic, laxative, astringent, vitamin, hemostatic, antiplatelet, antitumor, OM, FM.	The main botanical garden (MBG)
<i>Rh. Turkestanicum</i> Janisch. r. Turkestan	Priaralye, Kyzylkum	Roots: vitamin C, tannins (4.13-13.7%), flavonoids (2%), anthraquinones (3.6%). Aboveground part: vitamin C, tannins (5.73%), flavonoids (2.28%), anthraquinones (1.4%). Stems: tannins (13.8%), anthraquinones (1.53%). Leaves: vitamin C, tannins (9.99-16.8%), anthraquinones (1.83%). Petioles: vitamin C. Seeds: tannins (3.44%).	Hemostatic, antiplatelet, gastric, cardiac, FM. Food, fodder, dyeing.	-
<i>Rh. Wittrockii</i> Lundstr. r. Wittrock	Western and Northern Tien Shan	Roots: carbohydrates, organic acids, vitamin P, catechins, tannins (4-24%), anthraquinones (2.4-3%). Aboveground part: phenolic carboxylic acids, flavonoids. Stems: vitamin C, tannin (3.2-6.55%), stilbene, flavonoids. Leaves – vitamin C, catechin (0.8-2.63%), tannins (1-4.93%), flavonoids (1.07-3.6%) anthraquinones. Petioles – vitamin C, tannins (2.29-6.21%). Fruits: tannins (38.3-40.6%).	Laxative, astringent, choleretic, vitamin, FM. Food, dyeing, decorative, melliferous.	MBG

search Institute of Oncology and Radiology. According to preliminary data, it has a retarding effect on the growth of some malignant tumors. [31]

Among the Kazakhstani species of genus *Rheum* L. the most studied one is Tatar rhubarb. Resource studies of Tatar rhubarb (*Rheum tataricum* L.) were carried out in the 60-70th years of the last century on the territory of the Balkhash region [32,33,34]. In recent years, resource studies have again intensified to ascertain the distribution and volume of the resources of Tatar rhubarb raw in the valley of the Ili river by Kazakhstani botanists, the SCE on the law of economic administration of the Institute of Botany and Fitoproduction, CS MESRK [35]. Also, work on phytochemical study of Tatar rhubarb was resumed [36].

In addition foreign scientists when using modern biotechnological methods, namely, plant cell culture for the production of secondary metabolites with a wide spectrum of pharmacological action, isolated from the roots of Tatar rhubarb enzyme – stilbene synthase (STS, EU 2.3.1.95), which is involved in the reaction of formation of resveratrol [37,38]. Resveratrol (3,5,4'-trihydroxystilbene) possesses preventive properties against some types of cancer, positively affects cardiovascular insufficiency [39,40]. Chinese researchers have shown the inhibitory effect of anthraquinones, isolated from the roots of the Tatar rhubarb, on the growth of HeLa cells. [41]

Other less common species (*Rheum Maximowiczii*, *Rh. nanum*, *Rh. turkestanicum*) used in folk medicine, with a comprehensive and in-depth phytochemical study provided, will be able to supplement the list of official medicinal plants.

Long-term experience of the study of medicinal plants has shown that extracts from them exhibit necessary therapeutic properties, and the diversity of biologically active substances provides a wide range of pharmacological effects of herbal preparations. In this regard the search of new types of medicinal plant material is a very urgent task.

A review of literary sources has shown that among the Kazakhstani species of the genus *Rheum* L. the most spread is a heart-shaped rhubarb (*Rheum cordatum* Losinsk.), the use of which is limited only to folk medicine.

Rheum cordatum Losinsk. is a perennial herbaceous plant of Buckwheat family *Polygonaceae* Juss. Rhizome is thick, horizontal, with the remains of brown, fibrous vaginas. The stem is single, up to 50-100 cm in height, inside without a cavity, straight, sometimes branched in the lower part to 2-3 branches, furrowed, smooth, reddish-red, branched in the upper part, with almost protruding branches. Leaves are petiolate, up to 30 cm long and 40 cm wide, rounded, heart-shaped or reniform at the base, with a slightly prominent tip, wavy along the rim and with three prominent veins. In the upper part they are covered with spiny spinules, at the base they are smooth, the stem leaves are smaller than the basal leaves, in the amount of 1-2. The

inflorescence is narrow-meshed, the flowers on the legs, articulated below the middle, are collected in 5-7, on lateral thin peduncles. Perianth is small, with ovoid, yellowish-green lobes. Fruits up to 13 mm long and 10-11 mm wide, at the base deeply cordate. It is wide-ovate, strongly wrinkled, dark brown nutlets with light brown wings.

It grows on gravelly and stony mountain slopes. It is found from the Chu-Ili mountains to the Western Tien-Shan [12].

Due to its rich chemical composition represented by phenolic compounds the heart-shaped rhubarb is of great interest as a source of natural renewable raw materials. The species is characterized by the largest content of anthracene derivatives, tannins, flavonoids, vitamins in all parts of the plant and is of scientific and practical interest for comprehensive and in-depth study as a promising source of raw materials for the creation of new domestic phytopreparations. A review of the literature showed that there is some information on the phytochemical study of the heart-shaped rhubarb relating to the past century. However, modern data on phytochemical and pharmacological studies of the heart-shaped rhubarb raw material are not found.

The development of medicines based on affordable and highly economical domestic medicinal plant raw materials will be a certain contribution to the policy of import substitution at the Kazakhstani pharmaceutical market.

For this purpose we have launched together with the medical university in Lublin full-scale studies of the rhubarb heart-shaped (*Rheum cordatum* Losinsk.) for its use in medicine.

РЕЗЮМЕ

ЖУМАШОВА Г.Т.¹, САКИПОВА З.Б.¹, САЯКОВА Г.М.¹,

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

ПЕРСПЕКТИВЫ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ RHEUM CORDATUM LOSINSK.

В статье приведен анализ современного состояния научных исследований казахстанских видов р. *Rheum* L. (сем. *Polygonaceae* Juss.), раскрыты перспективы всестороннего изучения их в качестве источников возобновляемого растительного сырья для получения отечественных фитопрепаратов. Отмечено, что изыскание новых видов лекарственного растительного сырья является весьма актуальной задачей для отечественной фармацевтической промышленности.

Ключевые слова: *Polygonaceae* Juss., *Rheum* L., флора Казахстана, официальная медицина, народная медицина, лекарственное растение, лекарственное растительное сырье, фитопрепараты, биологически активные вещества, химический состав.

Literature:

1. WHO Traditional medicine strategy 2002–2005. / World Health Organization. – Geneva, 2002, 66 p.
2. Tilbur J.C. Herbal medicine research and global health: an ethical analysis. / J.C. Tilbur, T.J. Kaptchuk. // Bulletin of the World Health Organization. – 2008. – №8. – P. 577-656.

3. Annotated list of medicinal plants in Kazakhstan: Reference work. / L.M. Grudzinskaya, N.G. Gemedzhieva, N.V. Nelina, Zh.Zh. Karzhaubekova. – Almaty, 2014, p. 111-115.
4. Baitenov M.S. Flora of Kazakhstan in 2 volumes – V. 2. Ancestral complex of flora. – Almaty: Gylym, 2001, p. 64-67.
5. The Red Book of Kazakhstan. – Ed. 2, revised and supplemented. Volume 2: Plants (coll. of authors). – Astana, «ArtPrint-XXI», LLP, 2014, p. 80-81.
6. The genus of rhubarb. Megaencyclopedia of Cyril and Methodius. [Electronic resource]: <http://megabook.ru/article/Row of Rhubarb-Rheum L.>
7. Life of plants. Flowering plants. / edited by acad. of AN SSSR, A.L. Takhtadzhyan. V. 5 (1). – P. 382-385.
8. Tangut Rhubarb. [Electronic resource]: <http://www.spravlektrav.ru/or/reven.html>.
9. The State Pharmacopoeia of the USSR. – Edition 11. – Issue 2. – Moscow: Medicine, 1990, 352 p.
10. The State Pharmacopoeia of the Republic of Belarus. – Volume II. – Minsk 2007, 407 p.
11. The European Pharmacopoeia 7,0, 1688 p.
12. Vegetable resources of the USSR: Flowering plants, their chemical composition, use. – L., 1984/1985. – P. 272-277.
13. [Electronic resource]: http://www.provisor.com.ua/archive/2003/N5/art_19.php.
14. [Electronic resource]: <http://www.provisor.com.ua/archive/1998/N9/breathe.php>.
15. [Electronic resource]: http://www.provisor.com.ua/archive/2001/N8/art_30.php.
16. Mitsuma T., Yokozawa T., Oura H., Terasawa K. Rhubarb therapy in patients with chronic renal failure. // *Nippon Jinzo Gak-kai Shi.* – 1987. – Vol. 29. – №2. – P. 195-207.
17. Kang Z., Bi Z., Ji W., Zhao C., Xie Y. Observation of therapeutic effect in 50 cases of chronic renal failure treated with rhubarb and adjuvant drugs. // *J. Tradit. Chin. Med.* – 1993. – Vol. 13. – №4. – P. 249-252.
18. Kang Z., Bi Z., Ji W., Zhao C., Xie Y. Observation of therapeutic effect in 50 cases of chronic renal failure treated with rhubarb and adjuvant drugs // *J. Tradit. Chin. Med.* – 1993. – Vol. 13. – №4. – P. 249-252.
19. Tian J., Du H., Yang H., Liu X., Li Z. A clinical study on compound da huang (radix et Rhizoma rhei) preparations for improvement of senile persons' memory ability. // *J. Tradit. Chin. Med.* – 1997. – Vol. 17. – №3. – P. 168-173.
20. Medicinal plants in Kazakhstan and their use. – Almaty: Gylym, 1996, p. 142-148.
21. Chumbalov T.K. Nurgalieva G.M. Carbohydrates *Rheum tataricum* L. // *Chemistry of natural compounds.* – 1966. – №1. – P. 284-285.
22. Chumbalov T.K. Nurgalieva G.M. Flavonoids *Rheum tataricum* L. // *Chemistry of natural compounds.* – 1967. – №5. – P. 345-346.
23. Chumbalov T.K. Nurgalieva G.M. Anthocyanins of seeds *Rheum tataricum* L. // *Chemistry of natural compounds.* – 1967. – №1. – P. 59-60.
24. Chumbalov T.K. Nurgalieva G.M. Anthraquinone dyes of seeds and leaves of *Rheum tataricum* L. // *Chemistry of natural compounds.* – 1967. – №2. – P. 144.
25. Chumbalov T.K. Nurgalieva G.M. Catechins of *Rheum tataricum* L. // *Chemistry of natural compounds.* – 1967. – №4. – P. 282.
26. Klyshev L.K., Alukina L.S. Flora of Kazakhstan as a source of flavonoid plants. – In: *Phenolic compounds and their physiological properties, A-A, 1973, p. 25-36.*
27. Alukina L.S. Flavonoid and tannic plants of Kazakhstan. Alma-Ata, 1977, p. 152.
28. A list of officially recognized medicinal plants // *Guide to working with medicinal plants.* / Ed. by Beklemishev N.D. – Almaty, 1999, p. 95-132.
29. Gemejiyeva N.G., Sayakova G.M., Zhumashova G.T. Review of the current state of the studies of Kazakhstan species *g. Rheum* L. (*Polygonaceae* Juss.). – *Pharmacy of Kazakhstan.* – №12 (175), December, 2015. – P. 22-28.
30. Kovalyov V.N. and others. Practical lessons on pharmacognosy: Textbook for students of higher educational institutions. / V.N. Kovalyov, N.V. Popova, V.C. Kislichenko and others; Under the general. ed. of V.N. Kovalyov. – Kharkov: Publishing house of the NFAU; Gold pages, 2003, 512 p.
31. Pashinina L.T. Catechins of mountain rhubarb / L.T. Pashinina. // *Theses of the report of the second all-Union inter-universities conference on the chemistry of natural compounds.* – Tashkent: Publishing House of the Academy of Sciences of the Uzbek SSR, 1964, P. 74-78.
32. Kashkarova N.F. The plant resources of rhubarb Tatarin the Balkhash region // *Findings of the Institute of Botany of the Academy of Sciences of the USSR.* T. 21. – Alma-Ata, 1965, p. 40-73.
33. Kashkarova N.F. Rhubarb Tatar in the Aral region. // *Materialy to the flora and vegetation of Kazakstana.* – Alma-Ata, 1963, p. 119-162.
34. Kazakstan. The rational use of plant resources in Kazakstan. – Alma-Ata, 1986, p. 88-90.
35. Gemedzhieva N.G., Musaev K.L., Karzhaubekova Zh.Zh., Lesova Zh.T., Ramazanova M.S., Kirienko V.A. Distribution and resources of *Rheum tataricum* L. in the valley of the r. Ili. // *Findings of the National Academy of Science of the Republic of Kazakhstan, the biology and medicine series.* – № 2 (314), april 2016, p. 72-79.
36. Gemedzhieva N.G., Kurbatova N.V., Muzychkina R.A., Korulkin D.Yu. To the botanical and phytochemical studies of *Rheum tataricum* L. from the Southern Balkhash region. // *Bulletin of the University of Karaganda, Series Biology. Medicine. Geography.* – №2 (86), April, May, June, 2017. – P. 40-47.
37. Samappito S., Page J. E., Schmidt J., De-Eknamkul W., Kutchan T.M. Aromatic and pyrone polyketides synthesized by a stilbene synthase from *Rheum tataricum*. // *Phytochemistry.* – 2003. Vol. 62 (3). – P. 313-323.
38. Austin M.B., Noel A.P. The chalcone synthase superfamily of type III polyketide synthases. // *Nat Prod Rep.* 2003. 20: 79-110.
39. Johnson W.D., Morrissey R.L., Osborne A.L., Kapetanovic I., Crowell J.A., Muzzio M., McCormick D.L. Subchronic oral toxicity and cardiovascular safety pharmacology studies of resveratrol, a naturally occurring polyphenol with cancer preventive activity. // *Food and Chemical Toxicology.* – 2011. – Vol. 49. – Issue 12. – P. 3319-3327.
40. Raj R., Louis H-L., Thandapilly S.J., Movahed A., Zieroth S., Netticadan T. Potential of resveratrol in the treatment of heart failure. // *Life Sciences.* – 2014. – Vol. 95. – Issue 2. – P. 63-71.
41. Dai W., Robles A.J., Rohena C., Peng J., Mooberry S.L., Yan X., Gao Z. Cytotoxic effects of anthraquinones from the rhizome of *Rheum tataricum* on HeLa and MDA-MB-435 cells. // *Planta Med* 2015; 81-PG19. [Electronic resource]: <https://www.thieme-connect.de/products/ejournals/abstract/ DOI: 10.1055 / s-0035-1556250>).

ISTI: 76.01.21

DZHUMABAEVA A.M.¹, SAKIPOVA Z.B.¹,¹Kazakh National Medical University named after S.D. Asfendiyarov, Almaty c.

REPRESENTATIVES OF FERULA GENUS – A PERSPECTIVE SOURCE OF BIOLOGICALLY ACTIVE SUBSTANCES

The healing properties of *Ferula* have been known for a very long time. Avicenna argued that the regular use of ferula extracts provides favorable conditions for restoration of immunity [5,6]. In his medical practice he used *Ferula* for the treatment of dermatological, neuropsychic, ophthalmic and infectious diseases. [6,7]



ANNOTATION

To date one of the priority directions of the development of the Republic of Kazakhstan is the expansion of the assortment of the pharmaceutical industry through the production of preparations based on its own raw materials. The solution of this problem is possible through the introduction into practice of scientific developments based on natural raw materials, having sufficient renewable industrial reserves. Flora of Kazakhstan has more than 6 000 species of higher plants, over 1 500 species are characterized by medicinal properties. Nevertheless only 70 names of medicinal plants are included in the State Pharmacopoeia of the Republic of Kazakhstan, which makes it an urgent task for today to expand the nomenclature of pharmacopoeial raw materials. One of the interesting species growing in the Republic of Kazakhstan is *Ferula*, which has a wide range of biologically active substances. Its study and introduction into medicine and pharmacy are relevant.

Keywords: ferula, medicinal plant raw materials, flavonoids, coumarins, terpenoids, essential oils, polyphenols.

Ferula (Latin: *Ferula*) is a genus of flowering plants of the umbellate family (Apiaceae). The Latin name of the

genus comes from the Latin *Ferula* – a vine, a rod. Representatives of the genus grow in the Mediterranean, North Africa, Western, Central, Middle East and East Asia, in the Altai Territory.

In the territory of Kazakhstan there are 677 endemic species belonging to 165 genera and 44 families, some of which are listed in the Red Book of the Kazakh SSR. [1] In the Republic of Kazakhstan there are 15 representatives of the *Ferula* genus: *Ferula caspica*, *Ferula diversivittata* Regel et Schmath, *Ferula ferulaeoides* Steud Korov, *Ferula ilensis* Krasn.ex Korov, *Ferula foetida* (Bunge) Regel, *Ferula Karelinii* Bunge Schumannia, *Ferula pallida* Korov, *Ferula penninervis* Regel et Schmath, *Ferula soongarica* Pall. Ex Spreng, *Ferula sumbul* (Kauffm) Hook. fil, *Ferula tenuisecta* Korov, *Ferula teterrima* Kar. et Kir, *Ferula transiliensis*, *Ferula ischimganica* Lipsky ex Korov, *Ferula varia* (Schrenk) Trautv [1,2].

Plants of the genus *Ferula* are perennial herbaceous plants, often with a thick high stem and a height of 1-4 meters. The leaves are mainly radical, collected in a rosette, with a triple-dissected plate.

Umbels are large, without a spathe, collected in a whisk. There are two types of umbel location:

- in the first case the central umbel with bisexual flowers, lateral with masculine or mixed;
- in the second case all the umbels are the same.

Flowers are polygamous, yellow or whitish. Petals are 1.0-3.5 mm long, flat or impressed along the central vein. The style is short; stigma capitate, subulate, rarely thickened. Semiplons are flattened, with filiform, less often acute ribs [3,4].

The great scientist Abu Rayhan Beruni, who lived in the 11th century, used the ferula to treat diseases of the gastrointestinal tract, the genitourinary system [7]. Ferula enjoyed great popularity in the ancient Rome. Due to that the Romans minted on the coins the image of this useful plant.

The personal physician of Catherine II, Professor N. Ambodik in the Encyclopedia of Healing and Nutrition also mentioned the therapeutic properties of ferula: "It turns away pathogenic causes and drives them out of the body to the surface, disperses tumors, kills worms nesting in the guts, quenches the pain and cramps in the abdomen, caused by winds, smashes sputum, eliminates convulsions, disperses winds, a bad smell, internally consumed...". [8]

In the Chinese traditional medicine milky juice from the roots of ferula is applied as a tonic and strengthening agent, used to treat diseases of the vegetative-vascular system, and in some countries – for the oncological diseases [9]. It is known that extracts from the roots of the ferula found their application in homeopathy [7]. In the Arab-Persian state of Abbasids (modern Iraq), apart from widespread medical application, Ferula was also the most popular spice, with not only the root resin but also the root itself and the crushed leaves of the plant were used.

Currently, herbal preparations are becoming increasingly popular due to their inherent advantages compared to drugs of chemical origin. The global trend is increasing liver damage due to severe pollution of the environment with industrial waste, the chemicalization of agriculture and life, the increase in the range of synthetic medicines, growth of viral liver damage. At the same time, not only the frequency but also the severity of liver damage increased dramatically (Bluger A.F. et al., 1984, Pokhnyak L.A., 1986, Skakun N.P. et al., 1990; Drogoz S.M. and et al., 1992; Kostenko V.V., 2000). Attention of most scientists is directed to searching new effective therapeutic and auxiliary products (BAA), especially on the basis of plant raw materials for the prevention and treatment of hepatobiliary diseases, atherosclerosis and steatosis of the liver, that is one of the urgent problems of modern medicine (Tutelyan VA et al., 2002, Kiseleva TR et al., 2000). It is the very issue that research works by Rakhimov Sh.A. (Akd, 2007, Dushanbe) are devoted to. In the experiment on laboratory animals it was proved that biologically active substances from the roots of the ferula smelly exert a positive effect on the secretory function of the liver, which is manifested in an increase in the volume of secreted bile. Along with this the investigated substances increased the concentration of phospholi-

pids, lowered the level of bilirubin in the blood serum and increased the cholecholesterol coefficient [9].

As a result of numerous experiments it was convincingly proved that "preparations" made on the basis of ferula are low-toxic and possess choleric, lipid-lowering, cholelithic, cholecystokinetic, anti-inflammatory, antioxidant and hepatoprotective properties. [9,10,11]

There are many legends about the healing power of Ferula Jungar, or omica, as this perennial plant of the umbellate family growing in the Altai in large quantities is customary called. According to one of them the severely ill king of Egypt after hearing about the amazing properties of ferula sent messengers for it to Iran. 40 days later the patient got the precious roots of the plant, which, when cracked, produced a sharp garlic-onion smell.

The court physicians made a potion by a special prescription, and three weeks later the sovereign finally recovered.

Doctor of Biological Sciences from D. Serikbaev EKSTU A.L. Vorobyov studied the activity of tincture from Ferula Jungar in diseases of the musculoskeletal system [11].

Pharmacotherapeutic properties of ferula are due to the presence of biologically active substances. The plant contains essential oil (2.54-19.6%), flavonoids (2.44-2.88%), phenolcarboxylic acids [12]. Massive roots contain aromatic resins, most of which consist of esters of ferulic acid and gum. Essential oil contains sulfur compounds, some terpenes, sesquiterpenes, coumarins, carboxylic acids (acetic and undecyl) and sulfanilic acid. The sharp odor is due to the content of 2-butyl-1-propenyl disulphide and some other disulfides that are destroyed during heating [12,13]. Different species of the Ferula genus have been tested for centuries and have made an invaluable foundation of modern phytotherapy. According to The Plant List, the Ferul genus contains about 200 species (List of Ferul species, 2013), of which 48 species grow in Kazakhstan. In 2007-2014 employees of RSE IBP KN MES RK Gememdzhieva N. G. and Kuzmin E. V. conducted resource research of ferula smelly growing in the territory of Kazakhstan. The scientists evaluated the current state of cenopopulations of this medicinal species for involvement in economic use. They found ferula in the territory of Kyzylorda, Zhambyl, Almaty and South-Kazakhstan regions. In 2014 it was revealed that its most productive commercial thickets are concentrated in four regions of the South Kazakhstan region: Aryss, Otyrar, Saryagash and Sharda-rinsk districts. The resource survey was conducted by a route-reconnaissance method [14]. In the description of plant communities with the participation of research objects conventional geobotanical methods were used [14]. It has been established that for rational use of commercial massifs of ferula smelly it is expedient to harvest raw materials (underground organs) or to use gum when cutting roots of 4-5-year-old plants, whose root mass is at least 2.5 kg in raw form and the diameter of rosette of 6-12 radical leaves should be not less than 50-60 cm. Restoration of ferula populations in natural conditions is possible only by seed method. Since some species of ferula are

a perennial monocarpic, in order to preserve the natural populations of the species it is recommended to re-harvest the raw material only after a 10-year break – the "rest" of the thickets. With a balanced use of the ferula raw materials base there are all prerequisites for creating domestic production of modern nutritional supplements, herbal collections and effective phytopreparations based on natural renewable raw materials. There are cases of improper procurement of raw materials. The problem of biodiversity conservation of useful plants belongs to a number of topical problems of our time [13], while careful treatment of phylogenetic resources, their thorough and comprehensive study, finding out the ways of their use, conservation and reproduction are of great importance.

Analysis of the literature related to the phytochemical composition of biologically active substances of ferula species, containing terpenoids, essential oils, polyphenols and other biologically active substances, shows that this type of raw material is a promising source for further deeper research with the goal of creating dosage forms. A wide range of pharmacological active substances, centuries-old use in folk medicine and the lack of study of certain ferula species determine the relevance of this topic. In connection with this S.D. Aspendiyarov Kazakh National Medical University is conducting joint full-scale studies of the species *Ferula transiliensis*, *Ferula kelleri*, *Ferula akitschkensis*, *Ferula ovina*, *Ferula varia* together with the St. Petersburg Chemical and Pharmaceutical Academy and the Lubi University of Poland.

РЕЗЮМЕ

ДЖУМАБАЕВА А.М.¹, САКИПОВА З.Б.¹,

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

ПРЕДСТАВИТЕЛИ РОДА FERULA – ПЕРСПЕКТИВНЫЙ ИСТОЧНИК БИОЛОГИЧЕСКИ АКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ

На сегодняшний день одним из приоритетных направлений развития Республики Казахстан является расширение ассортимента фармацевтической промышленности за счет производства препаратов на основе собственного сырья. Решение этой задачи возможно путем внедрения в практику научных разработок по исследованию природного сырья с возобновляемыми промышленными запасами. Флора Казахстана насчитывает более 6 000 видов высших растений, свыше 1 500 видов характеризуются лекарственными свойствами. Лишь 70 наименований лекарственных растений включены в Государственную Фармакопею РК, в связи с чем актуальной задачей на сегодняшний день является расширение номенклатуры фармакопейных видов сырья. Одним из интересных видов можно считать ферулу, произрастающую в Казахстане и содержащую целый комплекс биологически активных веществ. Изучение этого растения в качестве растительного лекарственного сырья в целях его дальнейшего использования в фармации и медицине на сегодняшний день весьма актуальный вопрос.

Ключевые слова: ферула, лекарственное растительное сырье, флавоноиды, кумарины, терпеноиды, эфирные масла, полифенолы.

Literature:

1. Annotated list of medicinal plants in Kazakhstan. – Almaty, 2014, p. 18-19.
2. The Red Book. Wild rare and endangered plant species. – Almaty, 2002, 148 p.
3. Botanical geography of Kazakhstan and Central Asia (within the desert zone), ed. by E.I. Rachkovskaya, E.A. Volkova, V.N. Khrantsov. – St. Petersburg, 2003, 424 p.
4. Flora of Kazakhstan. – Alma-Ata, 1963, v. 6, p. 388-389.
5. Abu'ali Ibn-Sina. Canon of Medical Science. – Tashkent publishing house of the Academy of Sciences of the Uzbek SSR. – 1982, book 2., 832 p.
6. S.S. Sakhobiddinov. Wild medicinal plants of Central Asia. – Tashkent, 1948, 216 s.
7. Umbellate is a source of biologically active substances. – L., 1968, p. 129-148.
8. Korovin E.P. Vegetation of Central Asia and Southern Kazakhstan. Book. II. – Tashkent: Publishing House of the Academy of Sciences of the Uzbek SSR, 1962. 548 p.
9. Measurement of phospholipid composition and oxidative phosphorylation in liver mitochondria with hepatitis. // Issues of med. Chemistry. – 198 b., t. 32-3, p. 32-35.
10. O. Yu. Kotikova, Ya.V. Costin, B.S. Tishkin. Hepatoprotective action of drugs of plant origin. Experim. and clin. pharmacology. – 2002. – №1. – V. 65. – P. 41-43.
11. Kh.Kh. Mansurov "On chemical dissolution of cholesterol gallstones and determination of bile lithogenicity by chenodeoxycholic acid". – Probl. of Gastroenterology. – Dushanbe: Donish, 1978.
12. O.D. Barnaulov, N.P. Kiryalov, T.V. Bukreeva. Pharmacological properties of some koumarins of the genus *Ferula* L. – Plant resources, 1978, volume 14, issue 4, p. 573-579.
13. A.I. Bankovsky, M.P. Zarubina, L.L. Sergeeva Study of plants, used in folk medicine, for the maintenance of alkaloids. // Proc. All-Union Research Institute of Medicinal and Aromatic Plants, 1947. Issue. 9., p. 119-179.
14. The State cadastre of plants of the South-Kazakhstan region. Book 1. Abstract of species of higher vascular plants. – Almaty, 2002, 314 p.

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 само-тестирования (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