



ФАРМАЦИЯ КАЗАХСТАНА



2019

5

НАУЧНЫЙ И ИНФОРМАЦИОННО-АНАЛИТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ

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.



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.
- 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.

Оформить подписку на журнал можно в любом отделении связи АО Казпочта», территориальных филиалах РГП на ПХВ «Национальный центр экспертизы лекарственных средств, изделий медицинского назначения и медицинской техники» МЗ РК, редакции (территориальный филиал НЦЭЛС в г. Алматы), отделениях ТОО «Эврика-Пресс», ТОО «Агентство Евразия Пресс» (в том числе на территории РФ).

Подписной индекс издания: 75888.

По вопросам подписки, публикаций и размещения рекламных материалов обращаться по телефонам: **+7 (727) 272 03 73, +7 (747) 373 16 17.**

Факс: **+7 (727) 273 68 80.**

Электронный ресурс: www.pharmkaz.kz; <mailto:pharmkaz@dari.kz>, pharmkaz@mail.ru

ПОДПИСКА НА 2019 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.



Дорогие наши читатели!

Одним из самых актуальных нормативных правовых актов 2019 года стал приказ министра здравоохранения РК об утверждении правил этического продвижения лекарственных средств и медицинских изделий. Документ определяет порядок этического взаимодействия при продвижении ЛС и МИ, требования к информации и рекламе ЛС и МИ при их этическом продвижении, правила этического продвижения ЛС и МИ субъектами и объектами в сфере обращения фармацевтической продукции, субъектами здравоохранения.

Также идет работа по определению предельных цен на лекарственные средства. Проблема доступности лекарств для людей актуальна во всем мире, о чем свидетельствует резолюция, принятая на ежегодной 72-й сессии Всемирной ассамблеи ВОЗ. В документе – призыв к странам-членам ВОЗ публиковать информацию о ценах, по которым правительство и другие заинтересованные органы и организации закупают лекарства, а также о патентах, клинических испытаниях и других факторах, влияющих на ценообразование лекарственных средств.

Весьма неожиданным стало заявление ряда авторитетных ученых, врачей исследователей, поддержавших призыв ВОЗ относительно открытой информации о результатах КИ.

Доктор Ричард ХОРТОН, главный редактор журнала *Lancet*, одного из самых уважаемых в научном мире медицинских изданий, сделал публичное заявление о том, что 50% опубликованных в специализированных изданиях результатов клинических исследований являются поддельными: «С наукой все очень просто: большая часть научной литературы, где-то больше половины, просто не соответствует действительности и ложна. Огорчают исследования с выборками небольшого количества и объема, крошечный эффект, недействительный предварительный анализ и вопиющие конфликты интересов, а также одержимость поисками модных тенденций сомнительной важности. Наука погрузилась в темноту».

Доктор Марсия ЭНДЖЕЛЛ, врач и главный редактор журнала *New England Medical Journal*, поддерживая коллегу, делится своим видением сложившейся ситуации: «Сейчас просто невозможно верить большей части опубликованных клинических исследований или полагаться на мнение доверенных врачей и авторитетных медицинских рекомендаций. Я не испытываю никакого удовольствия от этого вывода, к которому я медленно и неохотно пришла за два десятилетия в качестве редактора журнала».

Арнольд Сеймур РЕЛМАН, профессор медицины Гарварда и бывший главный редактор журнала *New England Medical Journal*, еще несколько лет назад предупреждал: «Медицина скупается на корню фармацевтической промышленностью не только с точки зрения практической медицины, но и обучения, и научных исследований».

Поддерживает маститых ученых и Люсия ТОМЛЕНОВИЧ (научно-исследовательская группа нейронной динамики в отделе офтальмологии и визуальных наук Университета Британской Колумбии), утверждая, что производители вакцин, фармацевтические компании и органы здравоохранения, зная о многочисленных опасностях, связанных с вакцинами, предпочитают скрывать это от общественности. По мнению колумбийских исследователей, налицо научное мошенничество, но, к сожалению, порочная практика продолжается.

Поэтому меры, принимаемые регуляторными органами разных стран, в том числе и Казахстана, в отношении разработки, проведения испытаний и обращения лекарственных средств, обеспечения доступа к ним населения, контроля за достоверностью информации о клинических исследованиях лекарств и средствах, выделяемыми из бюджета на проведении научных исследований, направлены на благо человека и во имя человека, имеющего право на экологически чистую среду обитания, полноценное питание и доступное эффективное лечение.

Впереди солнечные летние дни. Пусть они будут наполнены интересными событиями, общением с друзьями и семьей!

*Ф. СУЛЕЕВА,
заместитель главного редактора*

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

№5 (214) май • 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)
Н.Т. Джайнакбаев (Казахстан)
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

Дизайн и верстка

А.Б. Рахметова



Адрес редакции:

050004, РК, г. Алматы,
пр. Абылай хана, 63, оф. 215
тел.: +7 (727) 273 03 73
факс: +7 (727) 273 55 00
E-mail: pharmkaz@dari.kz;
www.pharmkaz.kz

Редакционная коллегия

Н.И. Гунько
У.М. Датхаев
П.Н. Дерябин
И.Р. Кулмагамбетов
Р.С. Кузденбаева
М.И. Дурманова
В.Н. Локшин
А.У. Тулегенова
Ж.А. Сатыбалдиева

Отпечатано в типографии

ОО «Казахское общество слепых».
РК, г. Алматы, ул. Айша-биби, 259.
Телефоны: 8 (727) 290 82 13, 290 83 82
Дата издания: 7.06.2019 г.
Тираж: 600 экз. Заказ №217
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, индексируется в РИНЦ (на платформе научной электронной библиотеки eLibrary.ru).

В журнале используются фотоматериалы и изображения из открытых Интернет источников.

СОДЕРЖАНИЕ

ОФИЦИАЛЬНЫЙ ОТДЕЛ 4

АНАЛИЗ. КОНЪЮНКТУРА. ПЕРСПЕКТИВЫ

ГИЗЕМАНН Т.К.-М., КЕРИМБАЕВА З.А., НУРГАЗИНА Г.К. Анализ динамики инвалидности вследствие
 глазных заболеваний..... 11

*КЕРИМБАЕВА З.А., САПАҚБАЙ М.М., АХМАДИЕВА К.Е., ОРМАХАНОВА З.И., БЕКЕНОВ Қ.Е.,
 МОЛДАБЕКОВА Г.Т., АКИМОВ Қ.О.* Миокардтың жедел инфарктінің антиромботикалық емін
 фармакоэпидемиологиялық талдау..... 15

ШОПАБАЕВА А.Р., КУРМАНОВА Г.М., ЛАТАЕВА Э.Х., АЗНАБАКИЕВА Ф.М., МАУКЕБАЙ Г.Б.,
 Рациональная фармакотерапия – тренд казахстанского здравоохранения 20

КЛИНИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА И ФАРМАКОЛОГИЯ

БЕЙСЕНАЕВА А.Р., МУЛДАЕВА Г.М., МЕЛЬДЕБЕКОВА А.А., ЖАПАРҚҰЛ Б.Д., ГАРИФЗЯНОВА Е.С.
 Фармакоэпидемиология инфекций мочевыводящих путей у женщин фертильного возраста..... 22

УКИБАЕВ Д.К., ДАТХАЕВ У.М., ФРАНЦЕВ А.П., МЫРЗАКОЖА Д.А., ГОНЧАРОВА Т.Г.
 Эффективность таргетных препаратов в зависимости от активности комплемента..... 26

ПОИСК. ИССЛЕДОВАНИЯ. ЭКСПЕРИМЕНТ

SADYKOVA A.D., SARUAROV Y.G. SKENDEROVA Sh. Association of diabetes mellitus and cardiovascular
 diseases with BMI predictor..... 31

*СЕЙТОВА Ж.Д., АШИРОВ М.З., РАХЫМБАЕВ Н.А., ДАТХАЕВ У.М., САҒЫНДЫҚОВА Б.А.,
 КАПСАЛЯМОВА Э.Н., ОРАЗБЕКОВ Е.К., МОМБЕКОВ С.Е.* Күрең Маклюра жемістерінің
 экстрактысынан осаин және помиферинді бөліп алу..... 34

ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОЕ ОБРАЗОВАНИЕ

МАКАШЕВА Н.О., СЕРИКОВА Г.Г. Медицина университетінде оқыту: латиналы алфавиттің әсері..... 37

ОБЩЕСТВЕННОЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЕ

АКАНОВА А.А., ЕШМАНОВА А.К., КАРИБАЕВА Д.О., АКАНОВА К.К., ЛАТКИНА К.С., БИЖАНОВА М.П.,
 Медико-социальные аспекты политики поддержки пожилого человека в городе Алматы..... 40

ТЕХНОЛОГИЯ ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОГО ПРОИЗВОДСТВА

*IBRAGIMOVA L.N., TUGELBAI G.E., BALGIMBAEVA A.S., TRENOZHNIKOVA L.P., TURLYBAEVA Z.ZH.,
 KULMAGAMBETOV I.R., BEREZIN V.T., SADANOV A.K.* Study of technological characteristics of the original
 pharmaceutical substance Rozeofungin-AS..... 46

ПРИКАЗ МИНИСТРА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РК ОТ 29 АПРЕЛЯ 2019 ГОДА № ҚР ДСМ-57

ОБ УТВЕРЖДЕНИИ ПРАВИЛ РАЗРАБОТКИ, ОФОРМЛЕНИЯ, ВНЕСЕНИЯ ИЗМЕНЕНИЙ, СОГЛАСОВАНИЯ, УТВЕРЖДЕНИЯ И ВВЕДЕНИЯ В ДЕЙСТВИЕ ГОСУДАРСТВЕННОЙ ФАРМАКОПЕИ РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН

В соответствии с пунктом 7 статьи 66-1 Кодекса Республики Казахстан от 18 сентября 2009 года «О здоровье народа и системе здравоохранения» ПРИКАЗЫВАЮ:

1. Утвердить прилагаемые Правила разработки, оформления, внесения изменений, согласования, утверждения и введения в действие Государственной фармакопеи Республики Казахстан.

2. Комитету фармации Министерства здравоохранения Республики Казахстан в установленном законодательством Республики Казахстан порядке обеспечить:

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

2) в течение десяти календарных дней со дня государственной регистрации настоящего приказа направление его копии в бумажном и электронном виде на казахском и русском языках в Республиканское государственное предприятие на праве хозяйственного ведения «Институт законодательства и правовой

информации Республики Казахстан» для официального опубликования и включения в Эталонный контрольный банк нормативных правовых актов Республики Казахстан;

3) размещение настоящего приказа на интернет ресурсе Министерства здравоохранения Республики Казахстан после его официального опубликования;

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

3. Контроль за исполнением настоящего приказа возложить на курирующего вице-министра здравоохранения Республики Казахстан.

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

*Утверждены
приказом Министра здравоохранения
Республики Казахстан
от 29 апреля 2019 года №ҚР ДСМ-57*

ПРАВИЛА РАЗРАБОТКИ, ОФОРМЛЕНИЯ, ВНЕСЕНИЯ ИЗМЕНЕНИЙ, СОГЛАСОВАНИЯ, УТВЕРЖДЕНИЯ И ВВЕДЕНИЯ В ДЕЙСТВИЕ ГОСУДАРСТВЕННОЙ ФАРМАКОПЕИ РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН

ГЛАВА 1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

1. Настоящие Правила устанавливают порядок разработки, оформления, внесения изменения, согласования, утверждения и введения в действие Государственной фармакопеи Республики Казахстан.

2. Для целей настоящего документа используются понятия, которые означают следующее:

1) основные фармакопеи мира – фармакопеи, стандарты которых положены в основу Государственной фармакопеи Республики Казахстан (далее – ГФ РК).

К ведущим фармакопеям мира относятся Европейская фармакопея, Британская фармакопея и фармакопея Соединенных Штатов Америки (далее – Фармакопея США). При этом Европейская фармакопея является базовой фармакопеей для ГФ РК (далее – базовая фармакопея);

2) общая монография (общая фармакопейная статья) – фармакопейная статья, содержащая общие требования и положения по качеству и упаковке лекарственных средств и других продуктов для фармацевтического применения, а также испытаниям и методам их проведения;

3) частная монография (частная фармакопейная статья) – фармакопейная статья, содержащая частные требования к качеству конкретных лекарственных средств и других продуктов для фармацевтического применения;

4) Государственная фармакопея Республики Казахстан – свод минимальных требований к безопасности и качеству лекарственных средств и медицинских изделий.

ГЛАВА 2. ПОРЯДОК РАЗРАБОТКИ ГОСУДАРСТВЕННОЙ ФАРМАКОПЕИ РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН

3. Разработка ГФ РК осуществляется на основе следующих принципов:

1) гармонизация с ведущими фармакопеями мира, а также международными и межгосударственными стандартами на лекарственные средства и медицинские изделия (далее – ведущие фармакопеи мира);

2) обновление в связи с текущими изданиями основных фармакопей мира, изменениями на фармацев-

тическом рынке Республики Казахстан и новыми требованиями к качеству лекарственных средств;

3) непрерывность развития и совершенствования фармакопейных требований на основе современных научных знаний и техники аналитического эксперимента.

4. Гармонизация ГФ РК осуществляется по перспективному и ретроспективному типам. Перспективная гармонизация проводится для лекарственных средств и отдельных видов медицинских изделий, а также методов их испытаний, ранее не являвшихся предметом фармакопейной стандартизации. Ретроспективная гармонизация проводится для разделов и монографий, включенных в фармакопею.

5. Гармонизация ГФ РК осуществляется с использованием полного и селективного (частичного) механизма заимствования. Полный механизм предусматривает заимствование в полном объеме, исключая любое существенные изменения. Селективный (частичный) механизм сводится к заимствованию избранных частей, предполагающему согласованные изменения.

6. Полный механизм гармонизации ГФ РК осуществляется следующими методами:

- 1) копирование текстов базовой фармакопеи;
- 2) адаптирование текстов базовой фармакопеи для облегчения их понимания;
- 3) включение (инкорпорирование) в содержание ГФ РК собственных текстов.

7. Селективный (частичный) механизм гармонизации ГФ РК допускает использовать другие методы гармонизации. При этом заимствованный и собственный текст должны быть согласованы между собой.

8. Полный механизм применяется при гармонизации ГФ РК со стандартами базовой фармакопеи. При гармонизации с Британской фармакопеей и Фармакопеей США применяется как полный, так и селективный (частичный) механизмы.

9. Монографии (статьи), заимствованные из ведущих фармакопей мира, содержат как теоретические положения, так и методики испытаний. Заимствование методик испытаний, приведенных в текстах ведущих фармакопей мира, не требует их валидации.

10. Стиль изложения монографии (статьи) ГФ РК, название разделов должны соответствовать базовой фармакопее.

11. Собственные (национальные) монографии (статьи) ГФ РК могут быть представлены в виде:

- 1) национальной монографии;
- 2) отдельной национальной части в структуре монографии;
- 3) фрагментов, включенных (инкорпорированных) в заимствованные тексты монографии (статьи).

12. Включение собственных текстов в виде отдельной национальной части возможно в случаях копирования и адаптирования текстов ведущих фармакопей мира. Национальная часть может содержать дополнительную информацию или дополнительные требования. Содержание национальной части не должно

противоречить текстам, заимствованным из ведущих фармакопей мира.

13. При инкорпорировании собственные тексты включаются в заимствованные тексты ведущих фармакопей мира. Их содержание логически следует из заимствованного текста, раскрывает, дополняет или детализирует содержание заимствованного текста.

14. Собственные (национальные) методики испытаний могут быть как альтернативными по отношению к методикам ведущих фармакопей мира, так и гибкими, дополняющими, но не заменяющими их. Включение таких методик в монографии ГФ РК должно быть обосновано соответствующими валидационными характеристиками.

15. Гармонизация предусматривает наличие маркировки (разметки) фармакопейных текстов. Маркировка позволяет дифференцировать тексты, заимствованные из ведущих фармакопей мира, от собственных (национальных) текстов ГФ РК.

16. Маркировка фармакопейных текстов:

- 1) подтверждает гармонизацию ГФ РК с ведущими фармакопеями мира и степень ее осуществления;
- 2) идентифицирует собственные (национальные) тексты ГФ РК, что не исключает возможность их заимствования другими фармакопеями мира;
- 3) не нарушает авторских прав фармакопейных органов, являющихся их обладателями.

17. При инкорпорировании собственных (национальных) текстов в тексты, заимствованные из базовой фармакопеи, разметка национальных текстов выполняется с помощью знаков « » в начале и « » в конце текста.

18. Тексты, заимствованные из Британской фармакопеи и Фармакопеи США, отмечаются специальным знаком (символом) «BP» и «USP» соответственно.

19. Кроме текстов ведущих фармакопей мира в ГФ РК могут включаться тексты Фармакопеи Евразийского экономического союза (далее – ЕАЭС), гармонизированные на основе национальных фармакопей государств-членов ЕАЭС и ведущих фармакопей мира.

20. В качестве стандартных образцов активных веществ и примесей ГФ РК принимаются стандартные образцы ведущих фармакопей мира, с которыми гармонизирована ГФ РК, и собственные (национальные) стандартные образцы.

ГЛАВА 3. ОФОРМЛЕНИЕ ГОСУДАРСТВЕННОЙ ФАРМАКОПЕИ РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН

21. ГФ РК издается на казахском и русском языках.

22. Оформление текстов ГФ РК, в том числе наглядного материала, должно соответствовать ведущим фармакопеям мира.

23. Нумерация текстов ГФ РК (общие сведения, общие разделы, общие монографии, частные монографии, приложения) проводится в соответствии с базовой фармакопеей.

24. Нумерация таблиц, схем и рисунков ГФ РК проводится в соответствии с базовой фармакопеей.

25. Химические формулы веществ, в том числе молекулярные и структурные, а также математические формулы указываются в соответствии с базовой фармакопеей.

26. Названия веществ приводятся в соответствии с базовой фармакопеей.

27. Использование шрифтов в тексте, особенно в случаях, когда данным шрифтом обозначается фармакопейный статус, проводится в соответствии с базовой фармакопеей.

ГЛАВА 4. ВНЕСЕНИЕ ИЗМЕНЕНИЙ В ГОСУДАРСТВЕННУЮ ФАРМАКОПЕЮ РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН

29. Внесение изменений в тексты ГФ РК осуществляется в связи:

1) с пересмотром и обновлением текстов в ведущих фармакопеях мира;

2) с изменениями на фармацевтическом рынке Республики Казахстан;

3) с обоснованным запросом от производителя и (или) держателя регистрационного удостоверения лекарственного средства.

30. Внесение изменений в тексты ГФ РК проводится в соответствии с принципами обновления базовой фармакопеи:

1) в рамках действующего издания;

2) в каждом последующем издании.

31. В рамках действующего издания изменения в тексты включаются в дополнения к основным томам ГФ РК.

32. В каждом последующем издании изменения в тексты включаются как в основные тома, так и дополнения ГФ РК.

ГЛАВА 5. СОГЛАСОВАНИЕ, УТВЕРЖДЕНИЕ И ВВЕДЕНИЕ В ДЕЙСТВИЕ ГОСУДАРСТВЕННОЙ ФАРМАКОПЕИ РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН

33. Согласование основного тома и дополнения ГФ РК для их публикации осуществляется по решению Экспертного совета, созданного при государственной экспертной организации в сфере обращения лекарственных средств и медицинских изделий (далее – экспертная организация).

34. Решение Экспертного совета экспертной организации принимается на основании результатов общественного обсуждения проектов монографий ГФ РК.

35. После публикации основной том и (или) дополнение ГФ РК направляются для утверждения в государственный орган в сфере обращения лекарственных средств и медицинских изделий.

*Зарегистрирован в Министерстве юстиции
Республики Казахстан
3 мая 2019 года №18621*

ПРИКАЗ МИНИСТРА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН ОТ 8 МАЯ 2019 ГОДА №ҚР ДСМ-69

ОБ УТВЕРЖДЕНИИ ПРАВИЛ ЭТИЧЕСКОГО ПРОДВИЖЕНИЯ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ И МЕДИЦИНСКИХ ИЗДЕЛИЙ

В соответствии с подпунктом 67-1) пункта 1 статьи 7 Кодекса Республики Казахстан от 18 сентября 2009 года «О здоровье народа и системе здравоохранения» ПРИКАЗЫВАЮ:

1. Утвердить прилагаемые Правила этического продвижения лекарственных средств и медицинских изделий.

2. Комитету фармации Министерства здравоохранения Республики Казахстан в установленном законодательством порядке обеспечить:

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

2) в течение десяти календарных дней со дня государственной регистрации настоящего приказа в Министерстве юстиции Республики Казахстан направление его копии в бумажном и электронном виде на казахском и русском языках в Республиканское государственное предприятие на праве хозяйственного ведения «Республиканский центр правовой информации» для официального опубликования и вклю-

чения в Эталонный контрольный банк нормативных правовых актов Республики Казахстан;

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

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

5. Контроль за исполнением настоящего приказа возложить на вице-министра здравоохранения Республики Казахстан Надырова К.Т.

6. Настоящий приказ вводится в действие после истечения десяти календарных дней после дня его первого официального опубликования.

*Зарегистрирован в Министерстве юстиции
Республики Казахстан
13 мая 2019 года №18654*

**ОБ ОТЗЫВЕ РЕГИСТРАЦИОННОГО УДОСТОВЕРЕНИЯ
ЛЕКАРСТВЕННОГО СРЕДСТВА «ДАИЛЛА®», ТАБЛЕТКИ,
ПОКРЫТЫЕ ПЛЕНОЧНОЙ ОБОЛОЧКОЙ», 3 МГ/0,02 МГ**

В соответствии с подпунктом 7 пункта 1 статьи 84 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. Отзывать регистрационное удостоверение РК-ЛС-5№018423 от 14 августа 2017 года лекарственного средства «Даилла®», таблетки, покрытые пленочной оболочкой», 3 мг/0,02 мг, производитель и держатель регистрационного удостоверения – ОАО «Геден Рихтер», Венгрия.

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 лекарственного средства, держателя регистрационного удостоверения, производителя лекарственного средства (их представителей на территории Республики Казахстан), 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, производителя лекарственного средства (их представителей на территории Республики Казахстан), дистрибьюторов, а также субъектов, осуществляющих медицинскую и фармацевтическую деятельность, и другие государственные органы по компетенции через средства массовой ин-

формации и специализированные печатные издания, а также по единой системе электронного документооборота и через интернет ресурсы территориальных подразделений Комитета фармации Министерства здравоохранения Республики Казахстан;

2) в течение тридцати календарных дней с момента получения данного приказа провести соответствующие меры по изъятию из обращения лекарственного средства, указанного в пункте 1, 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 и обращении лекарственное средство, указанное в пункте 1, в течение пяти календарных дней с момента получения информации сообщить территориальному подразделению Комитета по месту расположения о принятых мерах по выполнению данного решения.

5. Владельцу регистрационного удостоверения или дистрибьюторам (по согласованию):

1) обеспечить сбор остатков лекарственного средства, указанного в пункте 1, с последующим его 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 приказа оставляю за собой.

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

Основание: письмо Представительства ОАО «Геден Рихтер» в Республике Казахстан от 2 мая 2019 года №118 об отзыве регистрационного удостоверения лекарственного средства.

*И. о. Председателя
Н. АСЫЛБЕКОВ*

**ОБ ОТЗЫВЕ РЕГИСТРАЦИОННОГО УДОСТОВЕРЕНИЯ ЛЕКАРСТВЕННОГО
СРЕДСТВА «ВЕЛКЕЙД®», ЛИОФИЛИЗАТ ДЛЯ ПРИГОТОВЛЕНИЯ РАСТВОРА
ДЛЯ ВНУТРИВЕННОГО И ПОДКОЖНОГО ВВЕДЕНИЯ», 3,5 МГ**

В соответствии с подпунктом 7 пункта 1 статьи 84 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 техни-

ки, утвержденных приказом Министра здравоохранения и социального развития Республики Казахстан от 27 февраля 2015 года №106, ПРИКАЗЫВАЮ:

1. Отозвать регистрационное удостоверение РК-ЛС-5№021476 от 15.06.2015 г., лекарственного средства «Велкейд®», лиофилизат для приготовления раствора для внутривенного и подкожного введения», 3,5 мг, производитель – БСП Фармасьютикалс С.П.А., Италия, держатель регистрационного удостоверения – ООО «Джонсон & Джонсон», Россия.

2. Департаменту Комитета фармации Министерства здравоохранения Республики Казахстан по городу Алматы в течение одного календарного дня со дня получения настоящего приказа письменно известить о настоящем решении заявителя на государственную регистрацию лекарственного средства, держателя регистрационного удостоверения, производителя лекарственного средства (их представителей на территории Республики Казахстан), указанных в пункте 1 настоящего приказа.

3. Территориальным подразделениям Комитета фармации Министерства здравоохранения Республики Казахстан (далее – территориальные подразделения Комитета):

1) в течение одного рабочего дня с момента получения данного приказа довести настоящее решение до сведения местных органов государственного управления здравоохранением областей, города республиканского значения и столицы, производителя лекарственного средства (их представителей на территории Республики Казахстан), дистрибьюторов, а также субъектов, осуществляющих медицинскую и фармацевтическую деятельность, и другие государственные органы по компетенции через средства массовой информации и специализированные печатные издания, а также по единой системе электронного документооборота и через интернет ресурсы территориальных

подразделений Комитета фармации Министерства здравоохранения Республики Казахстан;

2) в течение тридцати календарных дней с момента получения данного приказа провести соответствующие меры по изъятию из обращения лекарственного средства, указанного 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 и обращении лекарственное средство, указанное 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. Владельцу регистрационного удостоверения или дистрибьюторам (по согласованию):

1) обеспечить сбор остатков лекарственного средства, указанного в пункте 1 настоящего приказа, с последующим их уничтожением согласно требованиям действующего законодательства Республики, Казахстан;

2) в течение пяти календарных дней со дня подписания настоящего приказа сообщить территориальному подразделению Комитета по месту расположения об исполнении мероприятий, предусмотренных подпунктом 1) настоящего пункта.

6. Контроль за исполнением приказа оставляю за собой.

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

Основание: письмо ТОО «Джонсон & Джонсон» в Республике Казахстан от 30 апреля 2019 года №R-081-19 об отзыве регистрационного удостоверения лекарственного средства.

*И.о. Председателя
Н. АСЫЛБЕКОВ*

ПРИКАЗ ПРЕДСЕДАТЕЛЯ КОМИТЕТА ФАРМАЦИИ МЗ РК ОТ 17 МАЯ 2019 ГОДА №93

О СНЯТИИ ПРИОСТАНОВЛЕНИЯ ПРИМЕНЕНИЯ И РЕАЛИЗАЦИИ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ СОГЛАСНО ПРИЛОЖЕНИЮ К НАСТОЯЩЕМУ ПРИКАЗУ ПУТЕМ ВОЗОБНОВЛЕНИЯ ИХ ОБРАЩЕНИЯ

В соответствии с пунктом 11 Правил приостановления, запрета или изъятия из обращения либо ограничения применения лекарственных средств и медицинских изделий, утвержденных приказом Министра здравоохранения и социального развития Республики Казахстан от 27 февраля 2015 года №106, ПРИКАЗЫВАЮ:

1. Снять приостановление регистрационных удостоверений лекарственных средств.

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

3. Территориальным подразделениям Комитета фармации Министерства здравоохранения Республики Казахстан в течение одного рабочего дня довести настоящий приказ до сведения:

- управлений здравоохранения областей, городов республиканского значения и столицы, Департаментов государственных доходов МФ РК областей, городов республиканского значения и столицы, ТОО «СК Фармация»;

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

4. Контроль за исполнением настоящего приказа оставляю за собой.

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

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

Министерства здравоохранения Республики Казахстан от 15 мая 2019 года №18-16-491/И.

И.о. Председателя
Н. АСЫЛБЕКОВ

Приложение к приказу Председателя Комитета фармации
Министерства здравоохранения Республики Казахстан
от 17 мая 2019 года №93

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

№	Номер регистрационного удостоверения	Дата выдачи	Наименование лекарственного средства (лекарственная форма, дозировка)	Производитель, страна	Владелец регистрационного удостоверения, страна
Моксифлоксацины					
1	РК-ЛС-5№021140	12.01.2015 г.	Моксиспан, таблетки, покрытые пленочной оболочкой, 400 мг	Концепт Фармасьютикалс Лимитед, Индия	Концепт Фармасьютикалс Лимитед, Индия
Ципрофлоксацины					
2	РК-ЛС5№021197	19.02.2015 г.	Цифран, таблетки, покрытые пленочной оболочкой, 500 мг	Сан Фармасьютикал Индастриес Лтд, Индия	Сан Фармасьютикал Индастриес Лтд, Индия
3	РК-ЛС- 5№016313	14.06.2016 г.	Цифран ОД, таблетки, покрытые пленочной оболочкой, с пролонгированным высвобождением, 1000 мг	Сан Фармасьютикал Индастриес Лтд, Индия	Сан Фармасьютикал Индастриес Лтд, Индия
4	РК-ЛС-5№015572	05.08.2016 г.	Цифран, раствор для инфузий, 200 мг/100 мл	Сан Фармасьютикал Индастриес Лтд, Индия	Сан Фармасьютикал Индастриес Лтд, Индия
5	РК-ЛС-5№022713	23.01.2017 г.	Цифран ОД, таблетки, покрытые пленочной оболочкой, с пролонгированным высвобождением, 500 мг	Сан Фармасьютикал Индастриес Лтд, Индия	Сан Фармасьютикал Индастриес Лтд, Индия
6	РК-ЛС-5№022714	23.01.2017 г.	Цифран ОД, таблетки, покрытые пленочной оболочкой, с пролонгированным высвобождением, 1000 мг	Сан Фармасьютикал Индастриес Лтд, Индия	Сан Фармасьютикал Индастриес Лтд, Индия
Офлоксацины					
7	РК-ЛС-5№01289	03.06.2014 г.	Офло®, раствор для инфузий, 2 мг/мл	Юник Фармасьютикал Лабораториз, Индия	Юник Фармасьютикал Лабораториз, Индия

ПРИКАЗ ПРЕДСЕДАТЕЛЯ КОМИТЕТА ФАРМАЦИИ МЗ РК ОТ 22 МАЯ 2019 ГОДА №94

**О ЗАПРЕТЕ МЕДИЦИНСКОГО ПРИМЕНЕНИЯ, РЕАЛИЗАЦИИ И ИЗЪЯТИИ
ИЗ ОБРАЩЕНИЯ СЕРИЙ (ПАРТИЙ) ЛЕКАРСТВЕННОГО СРЕДСТВА
«АЛЬБУМИН ЧЕЛОВЕКА, РАСТВОР ДЛЯ ИНФУЗИЙ 10%» ПРОИЗВОДСТВА
РГП НА ПХВ «РЕСПУБЛИКАНСКИЙ ЦЕНТР КРОВИ» МЗ РК, КАЗАХСТАН**

В соответствии с подпунктом 1) пункта 2 и пунктом 3 Правил приостановления, запрета или изъятия из обращения либо ограничения применения лекарственных средств и медицинских изделий, утвержденных приказом Министра здравоохранения и социального развития Республики Казахстан 27 февраля 2015 года №106, в целях защиты здоровья и жизни граждан страны, ПРИКАЗЫВАЮ:

1. Запретить медицинское применение, реализацию и изъять из обращения серию 100218 лекарственного

средства «Альбумин человека, раствор для инфузий 10%», производства РГП на ПХВ «Республиканский центр крови» МЗ РК, Казахстан, регистрационное удостоверение РК-ЛС- 5№000197 от 8 апреля 2016 года.

2. Департаменту Комитета фармации Министерства здравоохранения Республики Казахстан по городу Алматы в течение одного календарного дня со дня получения настоящего приказа письменно известить о настоящем решении держателя регистрационного удостоверения.

3. Территориальным подразделениям Комитета фармации Министерства здравоохранения Республики Казахстан (далее – территориальные подразделения Комитета):

1) в течение одного рабочего дня 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 Республики Казахстан), дистрибьюторов, ТОО «СК-Фармация», а также субъектов, осуществляющих медицинскую и фармацевтическую деятельность, и другие государственные органы по компетенции через средства массовой информации и специализированные печатные издания;

2) в течение тридцати календарных дней с момента получения данного приказа провести соответствующие меры по изъятию из обращения указанного лекарственного средства, согласно пункту 1 настоящего приказа, и уведомить в течение трех календарных дней Комитет фармации Министерства здравоохранения Республики Казахстан и держателя регистрационного удостоверения о принятых мерах по выполнению данного решения.

4. Субъектам, имеющим в наличии указанное лекарственное средство, подлежащее изъятию из обра-

щения согласно пункту 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. Держателю регистрационного удостоверения (по согласованию):

1) обеспечить сбор остатков лекарственного средства, согласно пункту 1 настоящего приказа, с последующим их возвратом производителю и дальнейшей заменой на другие серии (партии);

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 оставляю за собой.

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

Основание: письмо РГП на ПХВ «Национальный центр экспертизы лекарственных средств, изделий медицинского назначения и медицинской техники» Министерства здравоохранения Республики Казахстан 21 мая 2019 года №18-16-506/И.

*И.о. Председателя
Н. АСЫЛБЕКОВ*

БЕЗОПАСНОСТЬ ЛЕКАРСТВ

Вакцинам больше не потребуются холодильники

Большинство современных вакцин, особенно живых, нуждается в холодной цепочке (их эффективность может быть значительно снижена, если они не хранятся все время в температурном интервале 2-8° С), что существенно повышает стоимость таких продуктов.

Разработка термостойких вакцин может значительно повысить их доступность во всем мире, и недавно исследователи из Канады приблизились к этой цели. Они предложили простой подход, позволяющий преобразовывать термочувствительные вакцины в термостабильные, не требующие охлаждения.

Исследователи из университета Мак Мастера придумали простой и экономически эффективный метод стабилизации живых вакцин, предполагающий использование субстанций, уже одобренных FDA. Это полисахариды пуллулан и трегалозу, которые обволакивают активную часть вакцины, образуя своеобразный гелиевый мини-контейнер. Перед использованием такую дозу нужно растворить и ввести ее как обычную прививку.

Эксперименты с использованием двух образцов живых вакцин – на основе вирусов гриппа и простого герпеса 2 типа (HSV-2) – подтвердили эффективность этого метода. Их результаты показали, что живая аттенуированная вакцина HSV-2 сохраняла свою эффективность в течение, по меньшей мере, 2 месяцев хранения при 40° С, в то время как инактивированная вакцина против гриппа сохраняла иммуногенность в течение 3 месяцев хранения при температуре 40° С.

Разработчики подсчитали, что их метод помогает сэкономить около 80% стоимости производства таких вакцин.

pharma.net.ua



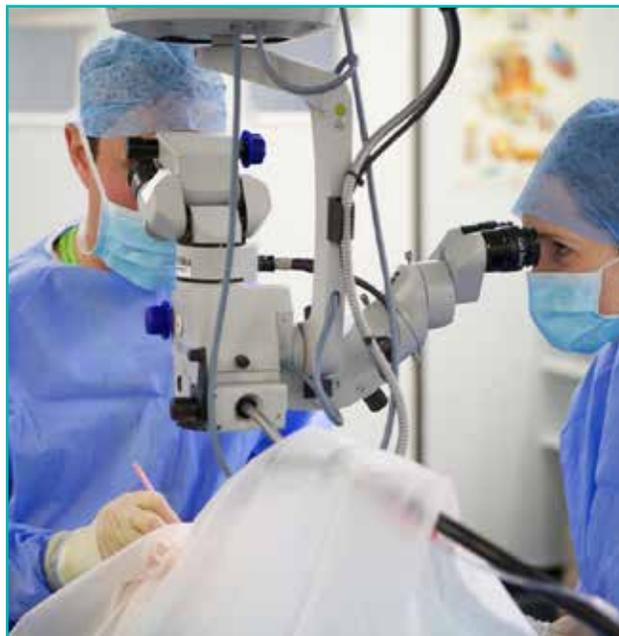
ГИЗЕМАНН Т.К.-М.¹, КЕРИМБАЕВА З.А.², НУРГАЗИНА Г.К.³,

¹Офтальмологический центр Коновалова, Алматы, ²Южно-Казахстанская медицинская академия, г. Шымкент,

³Институт общественного здравоохранения ЦАУОЗ, г. Астана

АНАЛИЗ ДИНАМИКИ ИНВАЛИДНОСТИ ВСЛЕДСТВИЕ ГЛАЗНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Клинико-социальная офтальмология – наука, исследующая медицинские и социальные последствия заболеваний органа зрения, приводящих к стойким расстройствам зрительных функций и социальной недостаточности. Социальная значимость глаукомы определяется широкой распространенностью, поражением людей всех возрастов, необратимой слепотой, высокой стоимостью диагностики, лечения и диспансеризации больных.



АННОТАЦИЯ

В публикации представлены результаты анализа, в частности, касающиеся факторов, приводящих к снижению зрения, которое, в силу разных причин, является довольно серьезной медицинской и социальной проблемой современного общества.

Нами проанализирована динамика роста/снижения случаев инвалидности по глазным заболеваниям. Также определены конкретные предложения по рациональной реализации программ профилактики глазных заболеваний, связанные с профилактикой.

Ключевые слова: инвалидность, профилактика заболеваемости, медицина, офтальмология, глазные болезни, глаукома, слепота, социальная проблема.

ВВЕДЕНИЕ

В последнее время значительное снижение зрения становится достаточно серьезной медицинской социальной проблемой. Неуклонный рост заболеваемости глаукомой, прогрессирующее ухудшение зрительных функций, приводящее к инвалидности и потере работоспособности, существенные финансовые затраты на лечение относят глаукому к социально значимым заболеваниям [1,2]. Установлено, что показатели ин-

валидности становятся важнейшей характеристикой здоровья населения. [3,4]

Анализ литературных данных показал, что публикаций, касающихся вопросов распространенности и причин слепоты за последние годы, достаточно много [3,4,5,6]. По данным Quigley N.A., Vitole S. с соавторами [7], в мире число пациентов с глаукомой составляет 66 млн человек, половина из которых – люди трудоспособного возраста. Количество людей, ослепших от глаукомы (по данным Либмана Е.С., Чумаева У.А., Шахова Е.В. [8,9]), варьирует от 5,2 до 9,1 млн. В Российской Федерации доля заболеваемости глаукомой в нозологической структуре слабовидения и слепоты возросла с 14% до 29% [8,9]. В других странах СНГ аналогичные данные свидетельствуют о глаукоме уже как о проблеме общественного здравоохранения. Глаукома по распространенности стоит на третьем месте после катаракты и трахомы в статистических данных, касающихся причин потери зрения в мировой статистике [2]. В мире пациентов с глаукомой насчитывается до 105 млн, из которых 9,1 млн слепы на оба глаза.

В РК статистические данные по глаукоме подтверждают мировые в определении глаукомы, как острой со-

циальной проблемы из-за осложнений в виде ухудшения зрения и слепоты [10]. Медико-социальное значение глаукомы усугубляется ее основной ролью в формировании необратимой слепоты. По данным ряда казахстанских авторов [11], распространенность глаукомы в РК колеблется в пределах 1,16-2,47%, в структуре первичной инвалидности по зрению инвалидность составляет 5,9%, занимая пятое место в рейтинге. Отметим, что в уязвимую группу с быстро растущими показателями входят люди старше шестидесяти лет. Так как процесс старения населения в республике прогрессирует, можно ожидать большего числа больных с глазными заболеваниями. В связи с тенденцией к увеличению заболеваемости и инвалидности, неблагоприятным явлением станет проявление признаков заболевания среди молодых трудоспособных людей, так как нуждаемость инвалидов по зрению в медико-социальной реабилитации достигает почти 100%, а медицинской реабилитации – 96%. [12, 13]

Таким образом, анализ динамики инвалидности вследствие болезней глаза, разработка основных направлений по профилактике инвалидности и оптимизации комплексной реабилитации инвалидов с учетом региональных особенностей является весьма актуальным.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Изучение уровня инвалидности вследствие глазных заболеваний в динамике.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Материалом для изучения данных по первичной инвалидности населения послужила информация Департамента статистики ЮКО и отчеты медико-санитарной экспертизы.

Нами проведен ретроспективный анализ динамики первичной инвалидности офтальмопатологии по г. Шымкент с 2014 по 2018 годы.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Для Казахстана была и остается самой приоритетной демографическая политика [11], призванная обеспечить существенное увеличение численности населения и способствующая сохранению качества жизни. В нашем исследовании взрослое население г. Шымкент за анализируемый период увеличилось в 1,5 раза – с 682 565 человек в 2014 г. до 1 000 612 в 2018 г. Установлено, что в системе показателей здоровья важное место также занимают коэффициенты естественного движения и рождаемости, показатели смертности.

Коэффициент рождаемости в Шымкенте за анализируемый период составил 26,4 родившихся детей на 1 000 населения. По сравнению с 2014 годом, в 2018 г. коэффициент рождаемости за последние пять лет снизился в 1,1 раза (рисунок 1).

Однако изучение естественного прироста населения Шымкента за исследуемый нами период выявило его рост (в 1,1 раза). Анализ общего коэффициен-

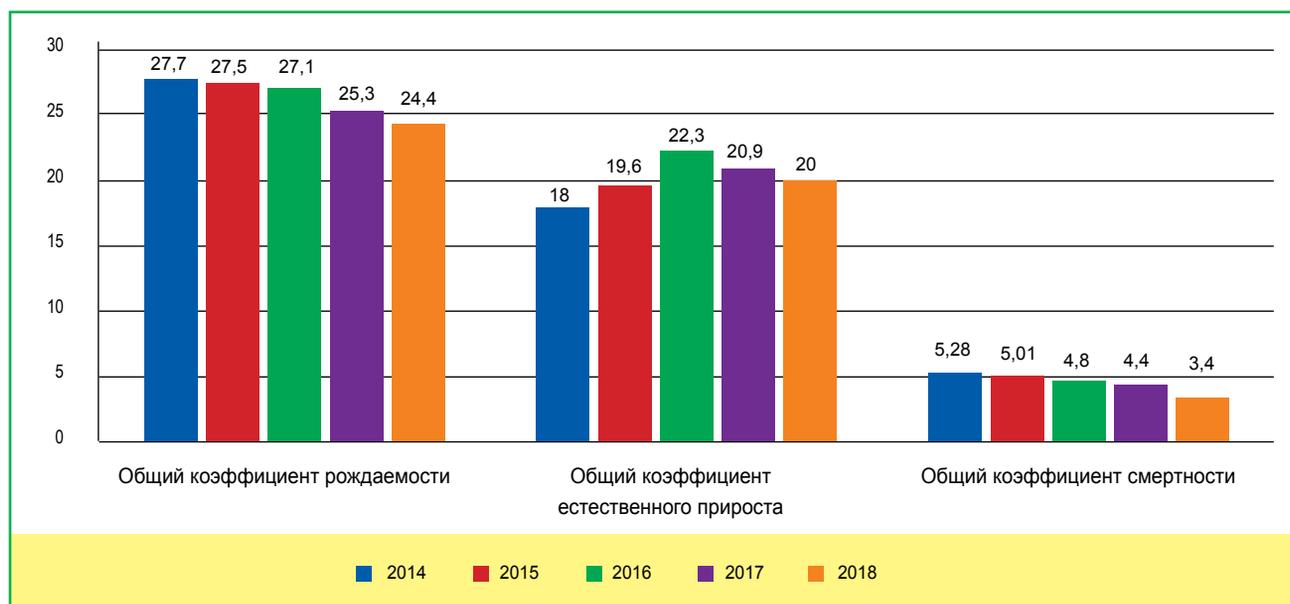


Рисунок 1 – Динамика демографических показателей г. Шымкент за 2014-2018 годы

та смертности (на 1000 населения) показал снижение в 1,6 раза (35,6%), что является значительным снижением числа умерших.

Так, с 2014 по 2018 годы в Шымкенте общая численность населения увеличилась в 1,5 раза, общий

коэффициент смертности снизился в 1,6 раза, что составило 31,8% и 35,6% соответственно. Показатель естественного прироста увеличился в 1,1 раза, а общий коэффициент рождаемости показал снижение в 1,1 раза.

Изучение инвалидности предполагает сначала проведение исследования численности населения, указывающего на определенные демографические особенности конкретной территории. Показатели инвалидности – индикатор эффективности проводимых лечебно-профилактических мероприятий.

Нами, в рамках исследования, проанализирована динамика первичной инвалидности по глазным заболеваниям среди населения г. Шымкент. Как видно из полученных нами данных, представленный на диаграмме (рисунок 2), высокий показатель инвалидности по глазным заболеваниям зафиксирован в 2018 г.

Инвалидность населения по глазным заболеваниям в г. Шымкент за исследуемый нами период имеет тенденцию к увеличению (в 2,2 раза, то есть 55,2% от общего числа пациентов).

Исходя из этого, нужно говорить о том, что политика государства в системе здравоохранения должна быть направлена на социальные детерминанты здоровья, устранение неблагоприятных факторов до того, как рост числа глазных заболеваний приведет к необратимым последствиям [114]. Судя по нашим данным, наблюдается тенденция к увеличению количества пациентов с офтальмопатологической инвалидностью. Цифры на диаграмме (рисунок 2) свидетель-

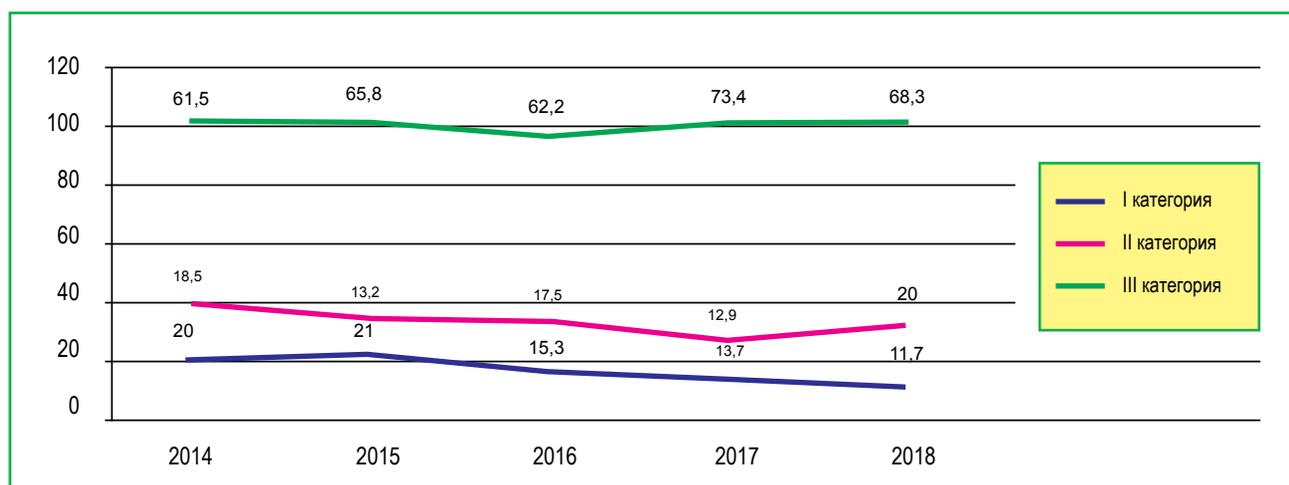


Рисунок 2 – Динамика первичной инвалидности по глазным заболеваниям за 2014-2018 годы

ствуют, что работа по ранней выявляемости заболеваний и своевременному прохождению медико-социальной экспертизы улучшилась.

На основе анализа показателей инвалидности за исследуемый период по группам выявлено: в алгоритме распределения инвалидов по группам большей части из них (67,2%) присвоена третья группа инвалидности.

Доля инвалидов второй группы составляет 16,5%, первой – 16,4%. Следовательно, у 32,9% пациентов при первичном освидетельствовании установлены I и II группы инвалидности. Таким образом, профилактика инвалидности по зрению, а именно замедление или предупреждение заболеваний у пациентов или людей из групп риска, является главной целью современной профилактической медицины.

Результаты проведенного нами анализа данных показали следующее:

- Количество инвалидов первой группы составило 20,0% в 2014 г. и 11,7% в 2018 г.
- Общий показатель за анализируемый период уменьшился в 1,7 раза (вторая группа – с 18,5% в 2014 г. до 20,0% в 2018 г.), показатель увеличился в 1 раз (третья группа – 61,5% в 2014 г. до 68,3 в 2018 г.), удельный вес инвалидности увеличился в 1,1 раза.

• Показатели инвалидности вследствие глазного заболевания имеют в динамике определенные различия.

Нами также была проанализирована динамика инвалидности по годам. Так, самый высокий показатель инвалидности по глазным заболеваниям за исследуемый период в третьей группе регистрировался в 2018 г. (73,4%), в первой группе – в 2015 г. (21,0%).

ВЫВОДЫ

При организации лечебно-профилактических мероприятий населению города Шымкент необходимо рационально подходить к проблемам проведения тех или иных лечебных и профилактических мероприятий по сохранению зрения у больных с глаукомой. Важное значение имеет своевременное направление пациентов на медико-социальную экспертизу для оказания социальной помощи и проведения медицинской реабилитации.

Необходимо усиление профилактической деятельности ПМСП по раннему выявлению и коррекции факторов риска. Рациональность реализации программ профилактики заболеваний в значительной степени связана с профилактическими мероприятиями. Главными задачами в этом направлении являются формирование у больных личной ответственности за соб-

ственное здоровье и разработка профилактической программы с привлечением больных.

Түйін сөздер: мүгедектік, профилактикалық медицина, глаукома, соқырлық, әлеуметтік мәселе.

ТҮЙІНДЕМЕ

**ГИЗЕМАНН Т.К.-М.¹, КЕРИМБАЕВА З.А.²,
НУРГАЗИНА Г.К.³,**

¹Коновалов офтальмологиялық орталық, Алматы қ., ²Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы, Шымкент қ., ³Қоғамдық денсаулық сақтау институты, Астана қ.

SUMMARY

**GIESEMANN T.K.-M.¹, KERIMBAYEVA
Z.A.², NURGAZINA G.K.³,**

¹Ophthalmological Center of Kononov, Almaty c., ²South Kazakhstan Medical Academy, Shymkent c., ³Public health institute CAUPH, Astana c.

**КӨЗ АУРУЛАРЫ САЛДАРЫНАН
МҮГЕДЕКТІК
ДИНАМИКАСЫН ТАЛДАУ**

Мақалада қазіргі заманғы медициналық-әлеуметтік мәселе ретінде көрудің төмендеуі ұсынылған. Көз аурулары бойынша мүгедектік динамикасы талданды. Көз ауруларының алдын алу бағдарламасын тиімді іске асыру алдын алумен байланысты.

**ANALYSIS OF THE DYNAMICS
OF DISABILITY DUE TO EYE**

The article presents a reduction of vision, as a medical and social problem of modern times. The dynamics of disability in eye diseases are analyzed. The rational implementation of programs for the prevention of eye diseases and diseases is associated with prevention.

Keywords: disability, preventive medicine, glaucoma, blindness, social problem.

Литература:

1. Рогачев И.Н. Клинико-экспериментальное обоснование комбинированного лечения нестабилизированной первичной открытоугольной глаукомы. Автореф. дис... канд. мед. наук. – Красноярск, 2012, 26 с.
2. Тугуши О.А. Некоторые социальные проблемы глаукомы. / Тугуши О.А., Шляпужникова А.В. – Клиническая геронтология. – 2004. – №10. – С. 38-39.
3. Egorova E.I. (ed.) Glaukoma: natsional'noe rukovodstvo. – Moscow: Media Publ., 2013. 49 p.
4. Egorov E.A., Alekseev V.N., Kuroedov A.V. Statisticheskie dannye ob invalidnosti vsledstvie glaukomy. – Novosti glaukomy. – 2013. – №2. – P. 3-4.
4. Libman E.S. Kaleeva V.E. Sostoyanie i dinamika invalidnosti vsledstvie narusheniya zreniya v Rossii. // 9 s"ezd oftal'mologov Rossii. – Moscow, 2010, p. 73.
5. Egorova E.I. (ed.) Glaukoma: natsional'noe rukovodstvo. – Moscow: Media Publ., 2013. 49 p.
6. Kononova O.S., Brynza N.S., Gagina T.A., Kononova N.A., Ponomareva M.N., Nyamtsu A.M., Bayazitova A.R. Organizatsionnye podkhody k profilaktike khronicheskikh neinfektsionnykh zabolevaniy v usloviyakh Zapadnoy Sibiri. Meditsinskaya nauka i obrazovanie Urala. – 2015. – №3 (83), v. 16. – P. 98-101.
7. Quigley N.A., Vitale S. et al. Models of open-angle glaucoma prevalence and incidence in the United States. – Invest. Ophthalmol. VIS. sCI. – 1997. – Vol. 38. – P. 83-91.
8. Либман Е.С., Чумаева У.А. Комплексная оценка распространенности глаукомы. // Матер. Всеросс. науч-практ. конф. «Глаукома на рубеже тысячелетий: итоги и перспективы». – Москва, 1999, с. 303-306.
9. Либман Е.С., Шахова Е.В. Состояние и динамика слепоты и инвалидности вследствие патологии органа зрения в России. // Тез. докладов 7-й съезда офтальмологов. – Москва, 2000, часть 2, с. 209-215.
10. Бекбасова А.Ж. Определение частоты выявления больных глаукомой на амбулаторном приеме врачом офтальмологом. // Мат. научн. конгресса офтальмологов, посвященного 75-летию Казахского НИИ глазных болезней. – Актуальные вопросы клиники, диагностики и лечения глазных болезней. – Алматы, 2008, 25-26 сентября, с. 81-84.
11. Ботабекова Т.К., Краморенко Ю.С., Исламова С.У. Динамика инвалидности вследствие глаукомы в Республике Казахстан. // Мат. научн. конгресса офтальмологов, посвященного 75-летию Казахского НИИ глазных болезней. – Актуальные вопросы клиники, диагностики и лечения глазных болезней. – Алматы, 2008, 25-26 сентября, с. 104-107.
12. Величковский Б.Т. Реформы и здоровье населения. – Экономика здравоохранения. – 2001.– №45. – С. 28-31.
13. Выдров А.С., Комаровских Е.Н., Кафанова Н.Ю. Анализ первичной инвалидности вследствие офтальмопатологии взрослого населения Амурской области. – Здоровье населения и среда обитания. – 2013. – №3. – С. 89-91.

Уважаемые рекламодатели, подписчики и авторы!



Информация о размещении рекламных модулей и имиджевых материалов, условия и правила публикаций в журнале «Фармация Казахстана», прайс-лист, реквизиты ТФ НЦЭЛС в городе Алматы для оплаты статей и подписки размещены на сайте www.pharmkaz.kz. Стандарт оформления статей и сведения о направленности журнала также можно найти на электронном ресурсе издания.

Контакты сотрудников редакции для рекламодателей и подписчиков: 8 (727) 273 03 73, 8 (747) 373 16 17.

E-mail: pharmkaz@dari.kz.

КЕРИМБАЕВА З.А.¹, САПАҚБАЙ М.М.¹, АХМАДИЕВА К.Е.¹, ОРМАХАНОВА З.И.², БЕКЕНОВ Қ.Е.³,
МОЛДАБЕКОВА Г.Т.¹, АКИМОВ Қ.О.⁴,

¹Оңтүстік Қазақстан медициналық академиясы, ²Қалалық кардиология орталығы, Шымкент қ., ³«Желдорфарма-
ция» ЖШС, Ақтөбе қ., ⁴«Асылханфарм» ЖШС, Шымкент қ.

МИОКАРДТЫҢ ЖЕДЕЛ ИНФАРКТІНІҢ АНТИТРОМБОТИКАЛЫҚ ЕМІН ФАРМАКОЭПИДЕИОЛОГИЯЛЫҚ ТАЛДАУ

Қазақстан Республикасының (ҚР) денсаулық сақтау жүйесін реформа-
лаудың негізгі бағыттарының бірі
медициналық көмектің сапасын арт-
тыру мен денсаулық сақтаудың са-
палы жүйесін құру болып табылады
[1,2]. Медициналық көмектің сапасын
басқару жүйесі стандарттауды, ауру-
ларды диагностикалау мен емдеудің
жаңа әдістерін енгізуді қамтамасыз
етеді.

АНДАТПА

Ұсынылған мақалада миокардтың жедел инфаркті
еміндегі тромбозға қарсы дәрілердің құрылымына
фармакоэпидемиологиялық талдауы берілген. Тром-
бозға қарсы ем жүректің ишемиялық ауруларының
жедел және созылмалы түрлерін патогенетикалық
емдеудің негізі ретінде танылатыны мәлім болды.

Түйін сөздер: фармакоэпидемиология, антитром-
ботикалық ем, миокард инфаркті, талдау.

Дүниежүзілік денсаулық сақтау ұйымының мәліметі
бойынша, Еуропалық аймақта жүрек-қан тамырлары
ауруларынан (ЖҚТА) және онкологиялық аурулар-
дан қайтыс болғандар 71%-ды құрады. Әдеби шолу-
лардан қазіргі таңда ЖҚТА арналған көптеген зерт-
теулер жүргізілуде және оларды алдын алу мен ем-
деуде айтарлықтай жақсы қадамдар болғанымен,
әлемнің көптеген елдерінде ЖҚТА өлім-жетімнің бас-
ты себептерінің бірі болып отырғаны белгілі [3,4,5].
Миокардтың жедел инфаркті (МЖИ) ST сегментінің
жоғарылауымен немесе тұрақсыз стенокардиямен
біріктірілген жедел коронарлық синдром (ЖКС) –
жүрек-тамыр бригадаларының және жедел жәрдем
шақыруының ең көп тараған себептерінің бірі. Мио-



кард инфарктімен (МИ) ауыратын науқастардың өлім-
жітімі қауіпті сандарға жетуде және бұл аурумен 25
жастан 64 жасқа дейінгі адамдар жиі сырқаттанаты-
нын атап өткен жөн. Осы кезеңде ерлердің өлім-жітімі
64%-ға, ал әйелдер арасында жалпы ЖҚТА өлім-жетім
42%-ға жетті [6,7]. Аталынған мәселелер өз кезегінде
денсаулық саласында да бірқатар бағыттарда жұ-
мыстарды жандандыруды қажет етеді. МИ қазіргі
таңда да бірнеше ондаған жылдар бұрындағыдай
елеулі дерттің бірі болып қала береді. Дегенмен,
өмір мен денсаулық үшін МИ қауіп-қатері айтарлықтай
төмендегені анық. [3]

ҚР Үкіметінің «ҚР кардиологиялық және кардиохи-
рургиялық көмек көрсетуді дамыту туралы» №102 қау-
лысы және «Саламатты Қазақстан 2011-2015 жыл-
дарға арналған денсаулық сақтауды дамытудың
мемлекеттік бағдарламасы» іс-шарасының жоспа-
ры бойынша қан айналымы жүйесі ауруларынан өлу
деңгейі соңғы төрт жылда айтарлықтай төмендеді. [8,9]
Соңғы 15 жылда МЖИ патогенезінде тромбоздың рөлі
дәлелденгеннен кейін тромболитикалық терапияның
пайдалы әсері көрсетіліп, клиникаларда өлім-жітім
көрсеткіші 2 есе немесе одан да көпке төмендеді.
Бүгінгі күні мамандандырылған және реанимациялық

құралдармен жабдықталған қарқынды терапия бөлімшелерін құру, тромболитикалық терапияны кеңінен енгізу және емдеудің эндоваскулярлық әдістерін дамыту ауруханадағы өлім-жітімді орташа есеппен 8,4%-ға қысқартты [10].

МЖИ емдеудің негізгі міндеттері ауру шабуылын тоқтатуды, миокард зақымдануының негізгі көлемін шектеуді және асқынуларды алдын алуды және емдеуді қамтиды [11]. Көбінесе жиі (95%) жағдайда жүректің ишемиялық ауры (ЖИА) себебі атеросклеротикалық тақтадағы коронарлық артерия тромбозы болып табылады. Антиромботикалық ем МИ жедел және созылмалы түрлерін патогенетикалық емдеудің негізі ретінде танылады. [12]

Әлемдік және отандық денсаулық сақтаудың өзекті мәселелерінің бірі дәрі-дәрмектерді ұтымды пайдалану болып табылады [11]. Фармакоэпидемиологиялық, фармакоэкономикалық және дараланған тәсілдерді ескере отырып, стационарлық медициналық көмек сатысында антиромботикалық ем әдістерін жетілдіру МЖИ өлімін кемітуге, қаржы шығындарын азайтуға мүмкіндік береді. Бұл, өз кезегінде, елеулі экономикалық тиімділікті айқындайды және ҚР азаматтарының өмір сүру ұзақтығы мен сапасын жақсартады. Осы мәселелер зерттеудің мақсатын анықтап берді.

МАКСАТЫ

Зерттеудің мақсаты болып тромбозға қарсы дәрілерді тағайындаудың құрылымына фармакоэпидемиологиялық талдау жүргізу.

МАТЕРИАЛДАР МЕН ӘДІСТЕР

Зерттеудің объектісі болып Оңтүстік Қазақстан облысының облыстық кардиологиялық орталық мекемесі табылды. Әрі зерттеу объектілеріне антиромбоздық препараттарға сұраныс пен тағайындау көрсеткіштері кірді.

Зерттеу әдістері ретінде вариациялық статистика, топтау, ранжирлеу, салыстырмалы талдаулар қолданылды. Бағалау параметрлері болып сандық және сапалық сипаттамалар табылды. Сонымен қатар зерттеуде ретроспективті, ақпараттық аналитикалық әдістер қолданылды.

Бізбенен 2013-2016 жылдар арасында стационарлық емдеуде жатқан жоғары деңгейлі хирургиялық араласуды өткізген (тері арқылы араласу және аортокаронарлық шунттау) өткір коронарлы синдром ST сегменті жоғарлауынсыз – 164 науқастың және өткір коронарлы синдром ST сегменті жоғарлауымен – 44 науқастың медициналық құжаттары ретроспективті талданды. ЖКС емдеудің тиімділігін талдау үшін денсаулық сақтау саласында заңдық күші бар нормативтік құқықтық актілер қолданылды. Біздің жұмысымызда барлық науқастар біріншілік тері арқылы стенттеу процедурасынан кейін екі немесе үш антиромботикарлық емдеу тәртібіне байланысты топтарға бөлінді.

ЗЕРТТЕУ НӘТИЖЕЛЕРІ МЕН ТАЛДАУ

Біздің жұмыста ST сегментінің жоғарлауынсыз МЖИ бар науқастардың медициналық карталарын талдау біріншілік миокард инфаркті 72,6% жағдайда, ал қайталанғаны – 27,4%, ал ST сегментінің жоғарлауымен миокардтың жедел инфаркті бар науқастарда біріншілік миокард инфаркті 61,4%, қайталанғаны – 38,6% жағдайда кездескені анықталды. Алынған нәтижелерді сараптау ST сегментінің жоғарлауынсыз және жоғарлауымен ЖКС бар науқастар арасында ерлер басым екенін анықтады. Алынған нәтижелер басқада зерттеулер деректері [13, 14] бойынша ерлер жалпыхалықтың МЖИ дамуының тәуелсіз предикторы болып табылатынын көрсетті.

Бізбенен фармакоэпидемиологиялық талдау дәрілік құралдардың сандық мәліметтерін және олардың тұтынуын анықтау үшін қолданылды. Біздің зерттеуімізде 146 (70,2%) науқастарға тері арқылы араласу, 62 науқастарға (29,8%) аортокаронарлық шунттау жасалынғаны анықталды. Сәтті орындалған ТАКА көптеген науқастарда стенокардия ұстамаларының жойылуына немесе төмендеуіне әкеледі, ал кейбір жағдайларда МЖИ синдромның дамуына кедергі келтіреді, сонымен қоса ұзақ мерзімді болжамды жақсартады. Сонымен қатар, бөтен дененің имплантациясы – стент, белгілі бір кезеңде стент тромбозын тудыруы мүмкін. Бұл жағдайда тері арқылы араласудан кейінгі науқастардың коронарлық және церебральды асқынулардың салдарынан ЖҚТА өлімді төмендету үшін ЖИА екіншілік алдын алу бойынша барлық шараларды қатаң қадағалау қажет.

Екіншілік алдын алу шаралары арасында ең маңыздысы – қанда липидтер деңгейін қадағалау. ЖИА бар науқастарды дәрілік емдеудің маңызды бағыты қандағы липидті деңгейді төмендететін дәрілік заттарды қолдану болып табылады. Біздің зерттеулерімізде статиндердің 100% науқастарға тағайындалғаны анықталды. Липидтерді төмендететін терапияға тандалған препарат аторвастатин болды.

Жоғарыда көрсетілген шаралардан басқа, ЖИА бар барлық ТАКА жасалған науқастарға антиромбоздық терапияны жүргізу бірқатар сипаттамаларға ие. Бұл ацетилсалицил қышқылы (АСҚ) және тиенопирдиндердің қос антиагрегантты терапиясына қатысты. ТАКА жасалғаннан кейін науқастарда АСҚ оңтайлы қызмет көрсету дозасы белгіленбесе де, ең жиі қолданылатын мөлшер клиникалық тәжірибе 75-100 мг құрады, ол барынша әсер етеді. Алайда АСҚ-ның жанама әсері (әсіресе асқазан-ішек жолынан қан кету және төзбеушілік) мөлшерге тәуелді болып табылатынын есте ұстаған жөн.

Тиенопиридті қабылдау стент тромбозының дамуының алдын алудың маңызды шарасы болып табылады, оның ішінде кеш асқынудың. [15, 16]

Зерттеу көрсеткендей ТАКА жасалған науқастарға антиагрегантты терапия барысында пациенттің көпшілігіне (68,8%) клопидогрель тағайындалған. Клопидо-

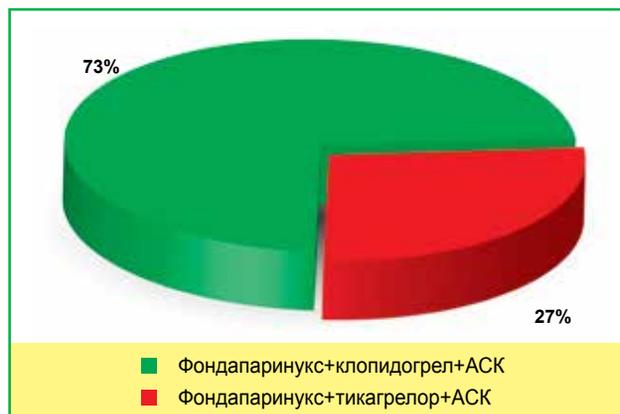
грельді қолдану интервенциялық кардиологияда дәрі-дәрмекпен қамтамасыз етудің ажырамас құрамдас бөлігі болып табылады, ол барлық халықаралық келісу құжаттары мен ресми түрде ұсынылады. Дегенмен, 2009 жылдың 30 тамызында шығарылған Еуропалық кардиология қоғамының съезінде жарияланған зерттеуге сәйкес, антиромботикалық тикагрелор дәрілік заты МЖИ бар науқастарда 31,2% жағдайда емдеуде клопидогрелге қарағанда тиімдірек және қан кету қаупін арттырмайтындығы келтірілген. [17]

Алынған нәтижелер ТАКА жасалған науқастарда АСҚ-мен, тиенопириндермен бірге, 56,2% науқастарға төменгі молекулярлы гепарин препараттары Арикстр (фондапаринукс натрий) және Клексан (эноксапарин натрий) тағайындалғанын анықтады. OASIS-5 зерттеуінің негізгі нәтижелерінің қорытындысы ЖКС емдеуге арналған еуропалық және американдық нұсқаулықтарға фондапариналарды енгізу үшін негіз болды. ST сегментінің жоғарылауынсыз МЖИ бар ТАКА жасалған науқастарға миокардты ревазуляциялау үшін еуропалық ұсынымдар фондапаринуксты I деңгейде ұсынған және дәлдік деңгейі В береді [18,19]. Күнделікті клиникалық тәжірибеде ST сегментінің жоғарылауынсыз МЖИ бар науқастарда Арикстра инвазивті емдеу стратегиясын таңдаған кезде тиімді, ал консервативті стратегия таңдалғанда – таңдау препараты. Эноксапарин де ишемиялық оқиғалардың және өлімнің алдын алуда тиімділігін және геморрагиялық асқынулардың елеулі төмендеуін көрсетті.

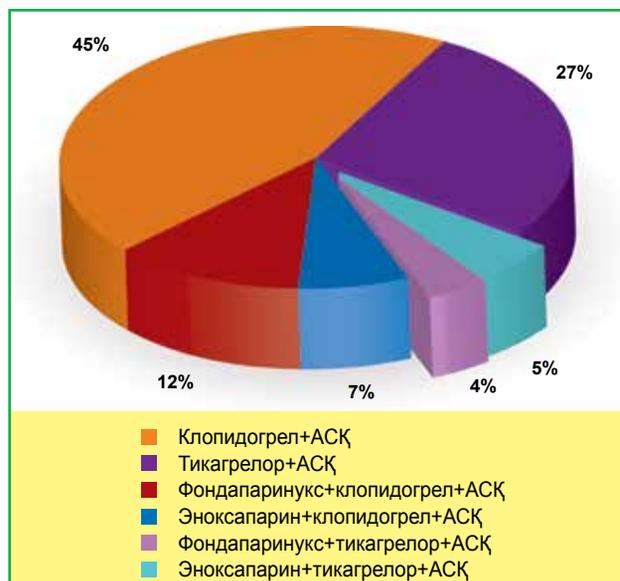
Біздің зерттеу нәтижелерінен МЖИ ST сегменттің жоғарылауы бар науқастарда үш компонентті антиромбозды емде клопидогрел мен фондапаринукстің және ацетил салицил қышқылы комбинациясы 73% жағдайында, ал фондапаринукс пен тикагрелордің комбинациясын АСҚ-мен 27% тағайындалғаны белгілі болды (сурет 1). Демек, суретте көрсетілгендей, МЖИ ST сегменттің жоғарылауы бар науқастарда үш компонентті антиромбозды емде клопидогрел мен фондапаринукстің комбинациясын, фондапаринукс пен тикагрелордің комбинациясын АСҚ-мен салыстырғанда 2,7 есе жиі тағайындалғаны анықталды.

2 суретте көрсетілгендей ST сегментінің жоғарылауынсыз МЖИ бар науқастарда препараттарды тағайындау құрылымы әртүрлі болды. Екі компоненті (АСҚ-мен клопидогрель 45%, АСҚ-мен тикагрелор 27%), сондай-ақ үш компонентті терапия (фондапаринукс+клопидогрел+АСҚ 12%, эноксапарин+клопидогрел+АСҚ 7%, фондапарин+тикагрелор+АСҚ 5%, эноксапарин+тикагрелор+АСҚ 4%) тағайындалды. Яғни екі қосарланған емді науқастың 74 клопидогрелмен АСҚ, ал – 45 тикагрелор мен АСҚ алды. Екі компонентті схемаға гепаринді қосу науқастардың ауырлығымен және ілеспелі аурулардың болуымен сипатталды.

Сонымен алынған нәтижелер ST сегментінің жоғарылауымен жүретін МЖИ бар науқастардағы ан-



1 сурет – ST сегментінің жоғарылауымен жүретін МЖИ бар науқастардағы антиромботикалық терапияның құрылымы



2 сурет – ST сегментінің жоғарылауынсыз МЖИ бар науқастардағы антиромботикалық терапия құрылымы

тиромботикалық емде үш компонентті антиромбозды ем клопидогрел мен фондапаринукстің және ацетил салицил қышқылы комбинациясы 73% жағдайында, ал фондапаринукс пен тикагрелордің комбинациясын АСҚ-мен 27% жағдайда тағайындалғаны белгілі болды. Ал ST сегментінің жоғарылауынсыз МЖИ бар науқастарда үш компонентті ем фондапаринукс+клопидогрел+АСҚ 12%, эноксапарин+клопидогрел+АСҚ 7%, фондапарин+тикагрелор+АСҚ 5%, эноксапарин+тикагрелор+АСҚ 4% кешендерімен тағайындалғаны анықталды. Яғни басым жағдайда екі компоненті АСҚ-мен клопидогрель 45%, АСҚ-мен тикагрелор 27% тағайындалғаны кездесті.

Осылайша, гепаринді МЖИ бар ТАКА-дан кейінгі науқастарда тағайындау халықаралық нұсқауларға сәйкес келетіндігі біздің зерттеулерде орын алды. Алайда, клопидогрель мен гепариндер арасындағы

фармакодинамикалық өзара әрекеттесу мүмкін, бұл қан кету қаупін арттыруы мүмкін, сондықтан осы препараттарды бірізгі қолдануда сақ болу керек. Зерттеу нәтижелеріне сүйену, көптеген жағдайларда ST-сегментінің жоғарылауы болмаған және жоғары деңгейлі хирургиялық араласудан өткен ST-сегментінің жоғарылығымен жедел коронарлық синдромы бар науқастардың емі халықаралық және отандық ұсыныстарға сәйкес келетінін дәлелдеді.

ST сегментінің жоғарылауынсыз МЖИ бар науқастардағы антиромботикалық терапия құрылымын талдау екі компоненті ем және үш компоненті препараттармен жүргізілгенін анықтады. Екі компоненті ем АСҚ-мен клопидогрель 45%, АСҚ-мен тикагрелор 27%, ал үш компонентті ем фондапаринукс+клопидогрель+АСҚ 12%, эноксапарин+клопидогрель+АСҚ 7%, фондапаринс+тикагрелор+АСҚ 5%, эноксапарин+тикагрелор+АСҚ 4%) препараттарымен құрастырылды. Ал МЖИ ST сегменттің жоғарылауы бар науқастарда үш компонентті ем фондапаринукс+клопидогрель+АСҚ 73% және фондапаринс+тикагрелор+АСҚ 27% кешендерімен құралды.

КОРЫТЫНДЫ

Осылайша бізбенен жүргізілген антиромбозды емді сараптау ST сегментінің жоғарылауымен жүретін МЖИ бар науқастардағы үш компонентті ем 100% жағдайда тағайындалғанын, әрі науқастарда

клопидогрель+фондапаринукс+АСҚ комбинациясы, фондапаринукс+тикагрелор+АСҚ-мен салыстырғанда 2,7 есе жиі тағайындалғанын және ST сегментінің жоғарылауынсыз МЖИ бар науқастарда басым жағдайда екі компоненті ем 72% жағдайда, ал үш компонентті ем 28% кезде тағайындалғанын анықтады.

SUMMARY

KERIMBAYEVA Z.A.¹, SAPAKBAY M.M.¹, AKHMADIEVA K.E.¹, ORMAKHANOVPA Z.I.², BEKENOV K.E.², MOLDABEKOVA G.T.¹, AKIMOV K.O.⁴,

¹South Kazakhstan Medical Academy, ²City Cardiology Center, Shymkent c., ³Limited partnership "Geldorpharmacy", Aktobe c., ⁴Limited partnership "Asylxanpharm", Shymkent c.

PHARMACOEPIDEMIOLOGICAL ANALYSIS OF ANTITHROMBOTIC THERAPY OF ACUTE MYOCARDIAL INFARCTION

This article presents a pharmacoepidemiological analysis of the structure of antithrombotic drugs in the treatment of acute myocardial infarction. Antithrombotic therapy was recognized as the basis of the pathogenetic treatment of acute and chronic forms of coronary heart disease.

Keywords: pharmacoepidemiology, antithrombotic therapy, myocardial infarction, analysis.

Әдебиет:

1. Государственная программа развития здравоохранения Республики Казахстан «Денсаулық» на 2016-2020 годы. [Электронный ресурс]: <http://adilet.zan.kz/rus/docs/U1600000176>.
2. Приказ МЗ РК №485 от 23.08.2013 г. «Концепция развития медицинской науки до 2020 г.». [Электронный ресурс]: https://online.zakon.kz/Document/?doc_id=31445279.
3. Концевая А.В., Калинина А.М., Колтунов И.Е. и др. Социально-экономический ущерб от острого коронарного синдрома в России. – Рациональная фармакотерапия в кардиологии. – 2011. – №7 (2). – С. 158-166.
4. Морозов С.Н., Федоров А.И., Лоскутова К.С., Верткин А.Л. Причины летальных исходов у больных с острым коронарным синдромом с подъемом сегмента ST при проведении догоспитального тромболизиса и способы их прогнозирования. – Кардиоваскулярная терапия и профилактика. – 2013. – №12 (2). – С.52-57.
5. Никишин А.Г., Курбанов Р.Д., Пирназаров М.М. Время госпитализации и исходы острого инфаркта миокарда у пожилых больных в Центрально-Азиатском регионе. – Кардиоваскулярная терапия и профилактика. – 2012. – №11 (2). – С. 53-56.
6. Никишин А.Г., Курбанов Р.Д., Пирназаров М.М. Время госпитализации и исходы острого инфаркта миокарда у пожилых больных в Центрально-Азиатском регионе. – Кардиоваскулярная терапия и профилактика. – 2012. – №11 (2). – С. 53-56.
7. Сердечно-сосудистые заболевания. – Информационный бюллетень ВОЗ. – 2015. – №317. – 1.01. – С. 1-28.
8. Постановление Правительства РК №102 от 13.02.2007 г. «О развитии кардиологической и кардиохирургической помощи в РК». [Электронный ресурс]: https://online.zakon.kz/document/?doc_id=30089659&show_di=1.
9. Указ Президента Республики Казахстан №1113 от 23.11.2010 г. «Об утверждении Государственной программы развития здравоохранения «Саламатты Қазақстан на 2011-2015 годы». [Электронный ресурс]: <http://adilet.zan.kz/rus/docs/U1000001113>.
10. Семенцов Д.П. Тромболитическая терапия острого миокарда. – Рациональная фармакотерапия в кардиологии. – 2007. – №5. – С. 73-79.
11. James S.K., Roe M.T., Cannon C.P. et al. Ticagrelor versus clopidogrel in patients with acute coronary syndromes intended for non-invasive management: substudy from prospective randomized PLATO trial. – Br Med J. – 2011;342; d 3527.
12. Лагута П. С. Антиромботическая терапия при ИБС. Акроним Атмосфера. Новости кардиологии. – 2002. – №4. – С. 11-15.
13. Kinjo K. Prognostic significance of atrial fibrillation. – Am J Cardiol. – 2003; 92: 1150-1154.

14. Lehto M. Prognostic risk of atrial fibrillation in acute myocardial infarction complicated by left ventricular dysfunction: the OPTIMAAL experience. – Eur Heart J. – 2005; 26: 350-356.
15. Smith Jr, Hirshfeld John W., Alice K. Jacobs. Writing on Behalf of the 2005 Writing Committee. // ACC / AHA / SCAI 2005.
16. Guideline Update for Percutaneous Coronary Intervention, Practice Guidelines, 2007 Writing Group to Review New Evidence and Update the American College of Cardiology. American Heart Association Task Force on Percutaneous Coronary Intervention. – J. Am. Coll. Cardiol. – 2008; 51; 172-209.
17. Wallentin L. Comparison of Ticagrelor, the First Reversible Oral P2Y12 Receptor Antagonist, with Clopidogrel in Patients with Acute Coronary Syndromes: Results of the PLATO Trial. Presented at: ESC. – Barcelona: Spain, 2009, August 30.
18. Wijns W., Kolh P., Danchin N., et al. The Task Force on Myocardial Revascularization of the European Society of Cardiology (ESC) and the European Association for Cardio-Thoracic Surgery (EACTS). – European Heart Journal. – 2014; 35: 2541-619.
19. ACC/AHA 2007 Guidelines for the Management of Patients with Unstable Angina / Non-ST-Segment Elevation Myocardial Infarction – A Summary Article. [Electronic resource]: <https://thoracickey.com/accaha-2007-guidelines-for-the-management-of-patients-with-unstable-angina-non-st-segment-elevation-myocardial-infarction-a-summary-article>.

НОВОСТИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И ФАРМАЦИИ

Информация о несоответствующей продукции будет размещаться на сайте Комитета охраны общественного здоровья МЗ РК

2 мая 2019 года утвержден приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан «Правила ведения реестра продукции, не соответствующей требованиям нормативных правовых актов в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения, гигиенических нормативов и технических регламентов», компетенция по введению которого уполномоченным органом в сфере санитарно-эпидемиологического благополучия населения закреплена на законодательном уровне.

Поэтому, в целях информирования потребителей о товарах, представляющих риск для их здоровья и выявленных в ходе ежемесячного мониторинга, данные о недоброкачественной продукции будут вноситься в Реестр несоответствующей продукции.

Сведения, содержащиеся в Реестре, являются открытыми и доступными для всех заинтересованных лиц. Реестр содержит такие сведения, как вид и наименование продукции, номер партии (серии), дата изготовления, срок годности продукции, производитель (поставщик) и место отбора продукции, виды нарушений, информация о документах, подтверждающих соответствие продукции.

Указанный Реестр будет размещаться на интернет-ресурсе ведомства уполномоченного органа в области здравоохранения на ежемесячной основе по следующим разделам:

- напитки алкогольные, безалкогольные, соки, вода питьевая, расфасованная в емкости;
- мясо и мясная продукция;
- мясо птицы и птицепродукция;
- рыба и рыбная продукция;
- молоко и молочная продукция;
- плодоовощная продукция и продукты переработки овощей и фруктов;
- мукомольные и крупяные изделия;
- масложировая продукция;
- кондитерские и хлебобулочные изделия и прочие пищевые продукты;
- продукция легкой промышленности и продукция для детей и подростков;
- товары бытовой химии и парфюмерно-косметическая продукция;
- продукция химической и нефтехимической промышленности;
- игрушки и прочие товары народного потребления.

В Реестре также указываются наименование продукции, наименование продавца, регион продажи, наименование производителя и другие данные.

*По материалам
пресс-службы МЗ РК*

МРНТИ: 76.31.39

ШОПАБАЕВА А.Р.¹, КУРМАНОВА Г.М.², ЛАТАЕВА Э.Х.¹, АЗНАБАКИЕВА Ф.М.¹, МАУКЕБАЙ Г.Б.¹,
¹АО «Национальный медицинский университет» им. С.Д. Асфендиярова, ²Казахский национальный университет им.
 аль-Фараби, г. Алматы

РАЦИОНАЛЬНАЯ ФАРМАКОТЕРАПИЯ – ТРЕНД КАЗАХСТАНСКОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Рациональное использование лекарственных – один из важнейших вопросов системы национального здравоохранения, поскольку состояние здоровья населения характеризует меру социально-экономического развития государства.



АННОТАЦИЯ

В статье представлен анализ рациональности фармакотерапии казахстанских пациентов на примере стационарных больных кардиологического отделения ГКП на ПХВ «Городская клиническая больница №1» г. Алматы. Проведен анализ фармацевтического рынка (ФР), историй болезни пациентов, рассмотрены основные клинические протоколы диагностики и лечения ишемической болезни сердца (ИБС). Отражена важность ответственного подхода к лечению и поддержанию здоровья врачами и пациентами, поскольку рациональное использование лекарственных средств (ЛС) – одна из наиболее значимых задач национальной системы здравоохранения.

Ключевые слова: фармацевтический рынок, маркетинговый анализ, сердечно-сосудистые препараты, рациональная лекарственная помощь, фармакотерапия, ССЗ, АГ, ВОЗ, ИБС.

ВВЕДЕНИЕ

Основными причинами заболеваемости, инвалидности и смертности в глобальном масштабе (60% от всех случаев смерти) выступают хронические болезни. Например, заболевания сердечно-сосудистой системы (ССЗ), артериальная гипертензия, болезни органов дыхания. Ишемическая болезнь сердца является лидером по смертности в мире. 7,2 млн смертей вызвано ИБС, а 3,9 млн смертных исходов происходит в результате артериальной гипертензии и других состояний. Однако, по мнению ВОЗ, смертность от вышеупомянутых хронических заболеваний можно уменьшить в три раза за счет развития рациональной лекарственной терапии [1]. Сейчас, в условиях реформирования медицинской помощи населению в рам-

ках Государственной программы развития здравоохранения РК «Денсаулық» на 2016-2019 годы, проблема эффективного, рационального и доступного применения ЛС в РК все еще актуальна. Во многом это обусловлено тем, что на мировом фармацевтическом рынке (ФР) количество лекарственных средств, имеющих в распоряжении врачей, измеряется десятками и сотнями единиц. Общее количество имеющихся в разных странах ЛП и различных их комбинаций превышает 200 000 наименований [2]. Такое количество медикаментов на современном лекарственном рынке – одна из причин неадекватного выбора ЛС. Поэтому в Казахстане был проведен анализ оказания рациональной лекарственной помощи хроническим пациентам кардиологического отделения ГКП на ПХВ «Городская клиническая больница №1».

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Провести анализ рациональности фармакотерапии пациентов кардиологического отделения ГКБ №1 г. Алматы.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

В качестве методов исследования использовались маркетинговый анализ лекарственного рынка РК, ретроспективный, графический, логический анализ историй болезни пациентов и клинических протоколов диагностики и лечения ИБС. Материалами послужили данные Государственного реестра ЛС, ИМН и МТ, Клинического протокола диагностики и лечения (КПДЛ), Базы данных доказательной медицины (Trip database, Pubmed, Cochrane Library), истории болезни пациентов с ИБС в ГКБ №1 г. Алматы.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Проведенный анализ Государственного реестра ЛС, ИМН и МТ РК (2018-2019 гг.) показал, что в РК зарегистрировано 1 076 ЛС для лечения ССЗ, из них 176 (16,4%) оригинальные, а 900 (83,6%) дженерические [3]. Наибольшее количество торговых наименований (ТН) по АТС-С классификации представлено С09 группой (препараты, влияющие на систему ренин-ангиотензин), занимающей 38% (407 препаратов) от всего ассортимента. Среди стран-производителей ЛС группы АТС-С – 46 ведущая позиция принадлежит Индии (12%, 131 ТН). Доля отечественного производителя составляет 8% (93 ТН) от всего ассортимента ЛП для лечения ССЗ. В целом, доля ОТП колеблется от 0 до 24,8%, лидирующие позиции занимают АО «Нобел АФФ» (31%) и АО «Химфарм» (31%). [6]

Результаты ретроспективного исследования 50 историй болезни пациентов ГКП на ПХВ «Городская клиническая больница №1» г. Алматы в возрасте от 49 до 83 лет, с преобладающим заключительным диагнозом «ИБС. Стабильная стенокардия напряжения», показал, что 48% – это мужчины и 52% – женщины. Средний возраст составил 65,3±4,4 года: у мужчин – 66,6±2,3, женщин – 64,3±3,7 года. Стаж болезни: 10,4±2,3 года. Преобладали пациенты со средней тяжестью заболевания (более 80%) и тяжелым течением заболевания. 62% – пенсионеры по возрасту, по 10% – работающие и безработные соответственно, 14% – инвалиды 1,2,3 групп, 4% – прочие. Учитывая рассмотренные протоколы лечения с данным диагнозом, нами выявлено, что в терапии пациентов с ИБС использовались ЛС, рекомендованные КДДЛ [4,5] для лечения основного заболевания, также препараты для симптоматического лечения. В среднем, на пациента приходилось 10-12 ЛП, из них лекарств, влияющих на ССС, было около 5. При этом назначение всех ЛП врачами осуществлялось с учетом имеющихся сопутствующих заболеваний, тяжести заболевания, возраста, наличия метаболических нарушений, индивидуальных особенностей больного, и в соответствии с КДДЛ. Отметим, что из стационара все больные были выписаны с улучшением состояния и рекомендациями лечащего врача. Помимо медикаментозной терапии, которую советовали не прерывать, всем пациентам был предложен режим, включающий в себя ограничение

физических и психоэмоциональных нагрузок, соблюдение диеты, снижение потребления поваренной соли и продуктов, содержащих животные жиры.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Анализ рациональности фармакотерапии больных кардиологического отделения показал, что все назначенные врачами ЛС рекомендованы ВОЗ и КДДЛ для лечения ИБС, следовательно, их выбор обоснован принципами рациональной фармакотерапии. Результатом стационарного лечения всех исследуемых больных явилось улучшение состояния, что свидетельствует о достаточно высоком качестве проводимой медицинской и лекарственной терапии в ЛПО, выбранном нами для анализа.

Таким образом, в основе эффективной рациональной фармакотерапии лежит тщательный подбор ЛС, контроль лечащего врача над выполнением рекомендаций и назначений пациентом в течение всего курса лечения.

SUMMARY

SHOPABAeva A.R.¹, KURMANOVA G.M.²,
LATAYEVA E.¹, AZNABAKIYEVA F.¹, MAUKEBAY G.¹,

¹National Medical University named after
S.D. Asfendiyarov, ²Al-Farabi Kazakh
National University, Almaty c.

RATIONAL PHARMACOTHERAPY – TREND OF KAZAKHSTAN HEALTH CARE

The article presents an analysis of the rational pharmacotherapy of Kazakhstan patients on the example of inpatients of the cardiology department. The analysis of the pharmaceutical market, medical histories of patients and the basic clinical protocols for the diagnosis and treatment of ischemic (coronary) heart disease (IHD/CHD) have been carried out. It reflects the importance of a responsible approach to the treatment and maintenance of health by doctors and patients, since the rational use of medicines is one of the most important tasks in the health care system.

Keywords: pharmaceutical market, marketing analysis, cardiovascular medicines, rational drug therapy, pharmacotherapy, Hypertension, WHO, cardiac ischemia.

Литература:

1. Информационный бюллетень ВОЗ. [Электронный ресурс]: <http://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/the-top-10-causes-of-death>. [Дата обращения]: 20.02.2019.
2. Государственная программа развития здравоохранения Республики Казахстан «Денсаулық» на 2016-2019 годы. [Электронный ресурс]: adilet.zan.kz.
3. Государственный реестр лекарственных средств, изделий медицинского назначения и медицинской техники РК [Электронный ресурс]: http://www.ndda.kz/category/search_prep. [Дата обращения]: 4.03.2019.
4. Клинические протоколы МЗ РК. Ишемическая болезнь сердца. стенокардия напряжения. [Электронный ресурс]: <https://diseases.medelement.com/>. [Дата обращения]: 20.05.2019.
5. Клинические протоколы МЗ РК. Хроническая сердечная недостаточность [Электронный ресурс]: <https://diseases.medelement.com/>. [Дата обращения]: 4.01.2019.
6. Shopabaeva A.R., Latayeva E. Marketing research of the Kazakhstan market of Domestic and imported painkillers. – Фармация Казахстана. – 2018. – №11 (208). – С. 7-11.

МРНТИ: 76.29.43, 76.29.36

БЕЙСЕНАЕВА А.Р.¹, МУЛДАЕВА Г.М.¹, МЕЛЬДЕБЕКОВА А.А.¹, ЖАПАРҚҰЛ Б.Д.¹, ГАРИФЗЯНОВА Е.С.¹,
¹НАО «Медицинский университет Караганды»

ФАРМАКОЭПИДЕМИОЛОГИЯ ИНФЕКЦИЙ МОЧЕВЫВОДЯЩИХ ПУТЕЙ У ЖЕНЩИН ФЕРТИЛЬНОГО ВОЗРАСТА

Создание новых лекарственных препаратов, как правило, не способно надолго решить проблему антибиотикорезистентности, поэтому особое внимание следует уделить обучению и информированию общественности для продвижения инициатив по рациональному использованию АБП, которое, как показывает практика, способно сохранить имеющуюся на данный момент эффективность существующих лекарств и предотвратит широкое распространение устойчивости к вновь создаваемым ЛП. [4]



АННОТАЦИЯ

В работе представлен фармакоэпидемиологический анализ практики лечения инфекционных заболеваний мочевыводящих путей у женщин фертильного возраста на амбулаторном этапе. Исследование показало, что зачастую лечение (в частности, при назначении антибактериальных препаратов) является нерациональным. Это обстоятельство обусловлено повышением уровня резистентности возбудителей, частоты хронизации воспалительных заболеваний мочевыводящих путей и негативным влиянием на репродуктивное здоровье женщин фертильного возраста.

Ключевые слова: анкетирование, антибиотикорезистентность, антибиотикотерапия, антимикробные препараты, женщины фертильного возраста, инфекции мочевыводящей системы, пиелонефрит, резистентность, устойчивость, цистит, чувствительность, эффективность.

ВВЕДЕНИЕ

Большие возможности использования антибиотиков ставят под угрозу многие сферы медицины, поскольку

ку с каждым днем устойчивость микроорганизмов к лекарственным препаратам неуклонно растет. Антибиотикорезистентность на современном этапе развития медицины является глобальной проблемой, которая не только приводит к повышению заболеваемости, инвалидизации и летальным исходам, но и значительно повышает затраты на медицинские услуги в связи с необходимостью длительного и дорогостоящего лечения, увеличения срока пребывания в стационаре и возрастающей потребности в помощи узкопрофильных специалистов [3]. В 2017 году Всемирная организация здравоохранения определила новые приоритеты в открытии, изучении и разработке новых антибактериальных препаратов (АБП), согласно которым глобальные стратегии изучения и создания лекарственных средств должны быть направлены на антибиотики, активные в отношении мультирезистентных штаммов бактерий, являющихся наиболее частыми возбудителями инфекционных заболеваний. Однако создание новых лекарств не способно надолго решить проблему антибиотикорезистентности, поэтому особое внимание следует уделить обу-

чению и информированию общественности для продвижения инициатив по рациональному использованию АБП, которое позволит сохранить имеющуюся на сегодняшний день эффективность существующих лекарственных препаратов и предотвратит широкое распространение устойчивости к вновь создаваемым лекарственным средствам [4]. По данным Комитета по статистике РК, заболеваемость тубулоинтерстициальными болезнями почек в 2017 году составила 933,4 случаев на 100 000 человек. При этом среди женщин этот показатель составляет 1 221,1 случаев на 100 000 человек. Камни в почках и мочеточнике выявляются у 65,4 человек на 100 000 населения и 66,9 – у женщин [5]. Различные исследования чувствительности возбудителей инфекций мочевыводящих путей к антибиотикам показывают низкую эффективность и нецелесообразность эмпирической терапии [1,6,7]. Применение локальных фармакоэпидемиологических исследований, направленных на выявление и коррекцию часто встречающихся ошибок при назначении АБП в каждом медицинском учреждении, с последующим анализом данных в глобальной перспективе, позволит значительно уменьшить масштаб развития антибиотикорезистентности и найти новые варианты решения этой проблемы при условии участия и поддержки на всех уровнях мирового медицинского сообщества. [2]

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Целью мы ставили проведение сравнительного анализа практики лечения инфекционных заболеваний мочевыводящих путей на амбулаторном этапе.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Нами использовались данные лечения инфекций мочевыводящих путей на амбулаторном этапе среди пациенток фертильного возраста поликлиники №1 г. Караганды. В ходе исследования были проанализированы анкеты 200 пациенток. Критерии включения:

- женский пол;
- возраст: от 15 до 49 лет;
- наличие установленного диагноза инфекции мочевыводящих путей.

Критерии исключения:

- мужской пол;
- возраст: младше 15 и старше 49 лет;
- беременность.

ДИЗАЙН ИССЛЕДОВАНИЯ

Поперечное, открытое, ретроспективное, не рандомизированное, сравнительно-аналитическое.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

В исследовании приняли участие 200 женщин в возрасте от 17 до 49 лет, с установленным диагнозом – ИМВП (инфекции мочевыводящих путей). Наиболее часто для лечения ИМВП назначались ан-

тибактериальные препараты из следующих групп (таблица 1):

- нитрофураны;
- полусинтетические пенициллины;
- хинолоны;
- фторхинолоны.

Помимо антибиотикотерапии половине из 200 пациенток рутинно назначались следующие фитопрепараты:

- Канефрон;
- Нованефрон;
- Тутокон;
- Уриктар;
- Уродан;
- Уролесан;
- Уростин;
- Цистон;
- Цицибон.

Таблица 1 – Частота назначения различных групп АБП

Группа АБП	Частота назначения, %
Нитрофураны	30,65
Полусинтетические пенициллины	19,35
Хинолоны	17,74
Фторхинолоны	17,74
Цефалоспорины 1 поколения	4,84
Цефалоспорины 2 поколения	4,84
Цефалоспорины 3 поколения	3,23
Противомикробные средства	1,61

При анализе анкетных данных выявлено 9 типов диагнозов. Самой частой нозологической единицей, выявляемой у анкетированных, стал хронический пиелонефрит различной этиологии. Данный диагноз был установлен у 49,5% пациенток (таблица 2).

Таблица 2 – Частота встречаемости различных заболеваний мочевыводящих путей

Диагноз	Частота встречаемости, %
Хронический пиелонефрит	49,50
Другие хронические тубулоинтерстициальные нефриты	22,00
Хронический тубулоинтерстициальный нефрит неуточненный	8,00
Хронический нефритический синдром	7,00
Мочекаменная болезнь	5,50
Нефроптоз+пиелонефрит	2,50
Острый нефритический синдром	2,50
Камни в почках	1,50
Нефротический синдром	1,50

Также в ходе исследования нами выявлены различия в дозировке, кратности приема и длительности курса лечения назначаемых АБП. При этом у 23,87% пациенток курс антибиотикотерапии не соответство-

вал лечебным и профилактическим рекомендациям (таблица 3).

Таблица 3 – Дозировка и кратность приема различных АБП

АБП	Дозировка, мг	Один раз в день (прием)
Амоксиклав	500	3
Амоксиклав	600	3
Амоксиклав	1200	3
Амоксициллин	250	3
Амоксициллин	500	2
Амоксициллин	500	3
Амоксициллин	625	2
Амоксициллин	625	3
Ампициллин	500	3
Ампициллин	500	4
Азитромицин	250	1
Левифлоксацин	250	2
Левифлоксацин	250	3
Левифлоксацин	500	2
Метронидазол	50	1
Нитроксалин	50	3
Нитрофурантоин	50	2
Офлоксацин	200	1
Пипемидовая кислота	200	2
Фуразидин	50	3
Цефазолин	1 000	2
Цефпрозил	500	2
Цефтриаксон	500	2
Цефтриаксон	900	2
Цефуросим	750	1
Цефуросим	750	3
Ципрофлоксацин	20	2

Отметим, что некоторые из описанных препаратов назначались в следующих комбинациях:

- Амоксиклав (1 200 мг 3 раза в день)+Цефуросим (750 мг 3 раза в день).
- Левифлоксацин (500 мг 2 раза в день)+Пипемидовая кислота (200 мг 2 раза в день).
- Фуразидин (50 мг 3 раза в день)+Пипемидовая кислота (200 мг 2 раза в день).

Таблица 4 – Основные ошибки, допущенные в ходе лечения ИМВП

Тип ошибки	Частота всех типов ошибок, %
Не проведен бактериологический посев и анализ на чувствительность к АБП	41,29
Неправильная длительность курса лечения	23,87
Неправильный АБП	19,35
Не назначен АБП	10,32
Неправильная дозировка АБП	2,63
Неправильная кратность приема препарата	1,91
Не установлен диагноз	0,72

- Цефтриаксон (900 мг 2 раза в день)+Азитромицин (250 мг 1 раз в день).
- Цефуросим (750 мг 1 раз в день)+Амоксициллин (625 мг 2 раза в день и в первый день)+Амоксициллин (625 мг 3 раза в день).

Анализ назначений для 200 пациенток позволил выявить типичные ошибки в лечении. Было обнаружено 419 ошибок в терапии заболеваний мочевыводящих путей (таблица 4).

ВЫВОДЫ

Рациональность терапии ИМВП в амбулаторной практике напрямую зависит от соблюдения принятых международных и местных лечебно-диагностических рекомендаций. Исследование показало, что в 57,99% случаев ошибки в лечении допускались в связи с несоблюдением клинических протоколов диагностики и лечения. При этом в 41,29% случаев не были проведены бактериологический посев и анализ на чувствительность к АБП, являющихся одними из основных условий для предотвращения антибиотикорезистентности инфекционных агентов. Наиболее часто рутинно назначались антибиотики из группы нитрофуранов как в качестве монотерапии, так и в комплексе с другими АБП. Помимо этого, 100 пациентам (50%) было назначено лечение рядом фитопрепаратов, эффективность которых не имеет доказательной базы.

Таким образом, исследование показывает, что в большинстве случаев лечение ИМВП и, в частности, назначение антибактериальных препаратов не является рациональным, что обуславливает повышение уровня резистентности возбудителей, частоты хронизации воспалительных заболеваний мочевыводящих путей, тем самым негативно влияя на репродуктивное здоровье женщин фертильного возраста.

ТҮЙІНДЕМЕ

БЕЙСЕНАЕВА А.Р.¹, МУЛДАЕВА Г.М.¹,
МЕЛЬДЕБЕКОВА А.А.¹, ЖАПАРҚҰЛ Б.Д.¹,
ГАРИФЗЯНОВА Е.С.¹,

¹Қарағанды медицина университеті

ФЕРТИЛЬДІ ЖАСТАҒЫ ӘЙЕЛДЕРДІҢ ЗӘР ЖОЛДАРЫНЫҢ ИНФЕКЦИЯЛАРЫНЫҢ ФАРМАКОЭПИДЕМИОЛОГИЯСЫ

Зертханалық кезеңде ұрық жастағы әйелдерде зәр шығару жолдарының жұқпалы ауруларын емдеу тәжірибесін фармакоэпидемиологиялық талдау жасалды. Зерттеу несеп жолдарының жұқпалы ауруларын емдеудің көптеген жағдайларда және, атап айтқанда, бактерияға қарсы препараттардың тағайындалуы рационалды емес, бұл патогендердің кедергі деңгейін арттырады, ұрық жасушаларының созылмалы қабыну

ауруларының жиілігін арттырады және ұрпақты болу жасындағы әйелдердің ұрпақты болу денсаулығына теріс әсер етеді.

Түйін сөздер: сұрақ, антибиотикке қарсы, антибиотикалық терапия, антимикробтық, ұрық жастағы әйелдер, зәр жолдарының инфекциялары, пиелонефрит, қарсылық, қарсылық, цистит, сезімталдық, тиімділік.

SUMMARY

BEISENAEVA A.R.¹, MULDAEVA G.M.¹,
MELDEBEKOVA A.A.¹, ZHAPARKҰЛ B.D.¹,
GARIFZYANOVA E.S.¹,

¹Medical University of Karaganda

PHARMACOEPIDEMOLOGY OF URINARY TRACT

Литература:

1. Piñeiro Pérez R., Cilleruelo Ortega M.J., Ares Álvarez J. et al. Recommendations on the diagnosis and treatment of urinary tract infection. – An Pediatr (Barc), 2019.
2. Sabtu N., Enoch D.A., Brown N.M. Antibiotic resistance: what, why, where, when and how? – British Medical Bulletin. – 2015. – Volume 116. – P. 105-113.
3. Smith R.A., M'ikanatha N.M., Read A.F. Antibiotic resistance: a primer and call to action. – Health Commun. – 2015;30(3):309-314.
4. WHO (2017) Prioritization of pathogens to guide discovery, research and development of new antibiotics for drug resistant bacterial infections, including tuberculosis. Essent Med Heal Prod 88. Doi: WHO reference number: WHO/EMP/IAU/2017.12
5. Кайдар Э.К., Кенесова А.А., Юрченко И.В. Статистический сборник «Здоровье населения Республики Казахстан и деятельность организаций здравоохранения в 2017 году». – Астана, 2018. 188 с.
6. Перхурова Ю.Н., Лисишникова Л.П., Семенова Н.В. Возбудители инфекций мочевыводящих путей и их чувствительность к антибиотикам. – Вестник «Здоровье и образование в XXI веке». – 2012. – №12. – С. 23-27.
7. Пашинян А.Г. Терапия инфекций мочевыводящих путей МС, 2011, №3-4, 86 с.
8. Туганбекова С.К., Султанова Б.Г., Ногайбаева А.Т., Худайбергенова М.С. Клинический протокол диагностики и лечения острого тубулоинтерстициального нефрита. – Астана, 2016 г, 56 с.
9. Туганбекова С.К., Кабулбаев К.А., Гайпов А.Э., Ногайбаева А.Т. Клинический протокол диагностики и лечения хронического тубулоинтерстициального нефрита. – Астана, 2013 г 74 с.
10. Туребеков Д.К., Гайпов А.Э., Худайбергенова М.С. Клинический протокол диагностики и лечения нефротического синдрома. – Астана, 2016, 70 с.

INFECTIONS IN WOMEN OF FERTILE AGE

The paper presents a pharmacoepidemiological analysis of the practice of treating infectious diseases of the urinary tract in women of fertile age in the outpatient stage. The study showed that in most cases of treatment of urinary tract infections and, in particular, the prescription of antibacterial drugs is not rational, which causes an increase in the level of resistance of pathogens, the frequency of chronic inflammatory diseases of the urinary tract and negatively affects the reproductive health of women of reproductive age.

Keywords: questioning, antibiotic resistance, antibiotic therapy, antimicrobial, women of fertile age, urinary tract infections, pyelonephritis, resistance, resistance, cystitis, sensitivity, efficiency.

НОВОСТИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И ФАРМАЦИИ

ВОЗ просит правительства стран публиковать информацию о стоимости закупаемых лекарств

В ВОЗ приняли резолюцию, которая должна повысить прозрачность рынка лекарственных препаратов, вакцин и другой фармацевтической продукции.

В документе страны-члены Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) призывают публиковать информацию о ценах, по которым правительство и другие заинтересованные государственные органы и организации закупают лекарства, а также о патентах, клинических испытаниях и других факторах, влияющих на ценообразование такой продукции.

Отмечается, что ВОЗ готово оказывать помощь государственным органам разных стран принимать продуманные решения при закупке лекарственных препаратов и договариваться о более приемлемых ценах.

Резолюцию приняли на ежегодной 72-й сессии Всемирной ассамблеи организации. В ВОЗ считают, что каждый житель планеты должен иметь возможность обратиться к врачу и получить квалифицированную помощь, а доступ к лекарствам – главный компонент этой системы.

Справка. Казахстан вступил в ВОЗ в 1992 г. В сотрудничестве с ВОЗ развиваются приоритетные для РК программы охраны здоровья матери и ребенка, организации управления и финансирования здравоохранения, политики в области лекарственных средств, иммунизации и другие.

По материалам пресс-службы ООН

MPHTI: 76.29.49, 76.31.29

УКИБАЕВ Д.К.¹, ДАТХАЕВ У.М.¹, ФРАНЦЕВ А.П.², МЫРЗАКОЖА Д.А.¹, ГОНЧАРОВА Т.Г.³,¹Казахский национальный медицинский университет имени С.Д. Асфендиярова, ²Научно-производственное объединение «Фран», ³Казахский научно-исследовательский институт онкологии и радиологии, г. Алматы

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ТАРГЕТНЫХ ПРЕПАРАТОВ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ АКТИВНОСТИ КОМПЛЕМЕНТА

Феномен антитело-комплемент зависимого лизиса клеток – основной механизм действия всех таргетных противоопухолевых препаратов, содержащих моноклональные или поликлональные антитела. Их эффективность зависит от правильного соотношения антигенов раковых клеток, специфичных к ним антител и количества комплемента. Однако пока эта проблема не входит в область научных интереса онкологов.



АННОТАЦИЯ

В нашем исследовании показана необходимость проведения мониторинга и коррекции количественного содержания комплемента в сыворотке крови пациента путем введения необходимого объема свежезамороженной плазмы в качестве источника экзогенного комплемента. Необходимое количество специфичных антител (доза лекарственного препарата) должно определяться после надлежащей коррекции количества комплемента в крови больного. При соблюдении этого условия достигается максимальная эффективность лекарственного препарата для более эффективного лечения опухолевых заболеваний.

Ключевые слова: комплемент, антитело, противоопухолевая активность, сыворотка.

ВВЕДЕНИЕ

Известно, что действующими молекулами всех таргетных (target – цель, мишень) противоопухолевых препаратов являются моноклональные или поликлональные антитела, «нацеленные» на антигены раковых клеток.

В основе механизма действия таргетных препаратов лежит хорошо известный феномен антитело-комплемент зависимого лизиса патологических клеток. Для успешного разрушения опухолевых клеток необходи-

мо взаимодействие трех «участников» процесса избирательного лизиса.

Во первых, это антигены (рецепторы, маркеры), связанные с клеточной поверхностью патологических клеток. Во-вторых, антитела, специфичные к антигенам опухолевых клеток. В-третьих, комплемент – неспецифичный фермент, разрушающий любые клетки, на поверхности которых находятся специфичные к клеточным антигенам антитела. [1]

Эффективность терапии онкологических заболеваний таргетными лекарственными препаратами зависит от плотности антигенов на клеточной поверхности раковых клеток, достаточного количества (титра) антител, специфичных к патологическим антигенам, необходимой концентрации молекул комплемента в сыворотке крови. [2,3]

Количество патологических антигенов на поверхности опухолевых клеток может быть разным. У агрессивных форм рака их достаточно много, у клеток медленно текущих видов заболеваний меньше. Концентрацию специфичных к опухолевым антигенам антител можно регулировать, изменяя дозировку используемого лекарственного препарата.

Содержание комплемента и его активность в крови пациента различается в зависимости от физиологических особенностей организма и наличия аутоиммунных

заболеваний (аллергия, коллагенозы и прочие), когда концентрация комплемента заметно снижена. [4]

Низкое содержание комплемента в крови пациента или его низкая активность могут способствовать нарушению необходимого соотношения между «участниками» феномена антитело-комплемент зависимо-го лизиса, снижая эффективность лечения таргетными противоопухолевыми препаратами. [3,4]

Однако роль комплемента в терапии опухолевых заболеваний таргетными ЛС не входит в область научных интересов практикующих врачей онкологов.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Целью настоящей работы стало изучение влияния количества комплемента в сыворотке крови реципиентов на противоопухолевую активность таргетных ЛП. Для достижения поставленной цели мы сравнили терапевтическую эффективность противоопухолевого таргетного лекарственного средства «Нормоген» при различной концентрации комплемента в сыворотке крови реципиентов.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

В исследованиях противоопухолевой активности Нормогена использовались беспородные лабораторные крысы с массой тела в 150-170 грамм. В эксперименте использовалось 20 животных, разделенных на две группы – контрольную и экспериментальную (по 10 особей в каждой).

Для индукции опухолевого процесса крысам внутривенно вводили 100 000 клеток лабораторного штамма аффинитетной опухоли яичников крыс (АфОЯ), тропной к легочной ткани. По истечении трех суток крысам из экспериментальной группы в хвостовую вену вводили 0,5 мл 0,1% раствора Нормогена с 0,9% NaCl. Через 15 суток от времени введения опухолевых клеток АфОЯ крысы контрольной и экспериментальной групп забивались, а их легкие исследовались на наличие клонов солидных опухолей АфОЯ.

Также в исследовании принимали участие информированные больные – добровольцы с 4-й стадией заболевания, которым уже было отказано в специализированном лечении ввиду далеко зашедшего опухолевого процесса.

Нормоген вводился пациентам ежедневно, внутривенно капельно: в 1, 2, 3-й дни в дозе по 300 мг, на 4, 5, 6, 7-й день – по 200 мг капельно, внутривенно.

На 3, 5 и 7 день от начала терапии Нормоген больным вводили по 250 мл одинаковой (по группе крови пациента) свежезамороженной плазмы, содержащей комплемент.

В качестве источника экзогенного комплемента использовалась сухая лиофилизированная сыворотка крови морской свинки производства НПО «Вектор» (Россия), которая растворялась в физиологическом растворе и вводилась одновременно с Нормогеном.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Результаты исследования легких крыс контрольной и экспериментальной групп на наличие клонов солидных опухолей АфОЯ показаны на рисунках 1,2.



Рисунок 1 – Образец легочной ткани крыс контрольной группы

Примечание: 60% легочной ткани без клонов солидной опухоли АфОЯ.



Рисунок 2 – Образец легочной ткани крыс экспериментальной группы

Примечание: 100% легочной ткани поражено клонами солидной опухоли АфОЯ.

На рисунке 1 – легкие десяти крыс из контрольной группы. На фотографии видно, что ткань легких всех

крыс контрольной группы поражена множественными клонами солидной опухоли АфОЯ.

На рисунке 2 – легкие 10 крыс из экспериментальной группы, которым в течение 14 дней внутривенно вводился раствор препарата «Нормоген».

Данные показывают, что более 60% легких крыс (рисунок 2) свободны от клонов солидной опухоли АфОЯ, тогда как 40% легких животных остались пораженными множественными клонами опухоли.

Анализируя причины столь различных результатов терапевтического действия ЛП «Нормоген» на течение опухолевого процесса у крыс экспериментальной группы, были сделаны определенные выводы.

Основой терапевтического действия Нормогена является феномен антител-комплементнозависимого лизиса опухолевых клеток.

Ввиду того, что количество антител препарата «Нормоген» (вводимого внутривенно), как и количество введенных клеток АфОЯ, было одинаковым для всех животных экспериментальной группы, возникла необходимость анализа содержания комплемента в сыворотке крови крыс.

Изучение содержания комплемента в сыворотке крови у большого количества крыс и мышей, не занятых в экспериментах, показало значительную разницу в содержании этого важнейшего компонента гуморального иммунитета в организме интактных животных.

В связи с возможным различием в содержании комплемента в сыворотке крови животных возникла необходимость изучить противоопухолевое действие Нормогена в сочетании с экзогенным комплементом (заместительная терапия).

В качестве источника экзогенного комплемента использовалась сухая лиофилизированная сыворотка крови морской свинки производства НПО «Вектор» (Россия), растворенная в физиологическом растворе, которую вводили крысам одновременно с Нормогеном.

Результат противоопухолевого действия Нормогена в сочетании с экзогенным комплементом показан на рисунке 3.

Условия проведения исследования влияния коррекции содержания комплемента в сыворотке крови десяти крыс на противоопухолевую активность препарата «Нормоген» аналогичны условиям изучения его воздействия на клетки аффинитетной опухоли яичников крыс в предыдущих экспериментах.

На образце ткани (рисунок 3) видно, что увеличение содержания комплемента в крови крыс приводит к практически полному (96%) излечению животных от солидных опухолей АфОЯ, о чем свидетельствует даже естественный цвет легкого. Добиться полного излечения животных от опухолей АфОЯ возможно при более длительной терапии препаратом «Нормоген».

Исследование проводили с тремя повторами, давшими одинаковый конечный результат. Проведенные исследования показали определяющую роль концентрации и активности комплемента в сыворотке крови



Рисунок 3 – Образцы ткани крыс после курса Нормоген+экзогенный комплемент

Примечание: образцы ткани почти полностью (96%) свободны от опухоли АфОЯ.

животных и эффективность терапии опухолевого заболевания антителами таргетного противоопухолевого препарата «Нормоген». [1]

Полученные результаты влияния концентрации комплемента в сыворотке крови животных на эффективность таргетной терапии противоопухолевым препаратом «Нормоген» стали основанием для изучения данного механизма.

В исследовании принимали участие информированные больные – добровольцы с 4-й стадией заболевания, которым было отказано в специализированном лечении из-за далеко зашедшего опухолевого процесса.

У всех больных, принимавших участие в клинических испытаниях Нормогена, диагноз верифицирован гистологическим или цитологическим методами исследования.

Ранее они получали специфическое лечение в соответствии с диагнозом заболевания, то есть оперативное лечение в комплексе с химиотерапией или лучевой терапией. Интервал между ранее проведенной специфической противоопухолевой терапией и терапией Нормогеном составлял не менее двух месяцев.

Исследуемый препарат вводился пациентам ежедневно, внутривенно капельно в 1, 2, 3-й дни в дозе по 300 мг, на 4, 5, 6 и 7-й день – по 200 мг, капельно внутривенно. На 3, 5 и 7-й день от начала терапии больным вводилось по 250 мл одинаковой (по группе крови пациента) свежезамороженной плазмы, содержащей комплемент.

Известно, что основная часть субъединиц комплемента синтезируется в печени, поэтому любое заболе-

вание этого органа ведет к снижению концентрации и активности комплемента в сыворотке крови, что снижает возможности организма больного в борьбе с опухолевым процессом, способствуя прогрессированию онкологического процесса. [2]

Поэтому наибольший интерес представляло исследование динамики изменения количества комплемента в сыворотке крови больных раком печени.

Работа проводилась с больными, имеющими верифицированный диагноз «Рак печени», находившимися в относительно удовлетворительном состоянии. Если измерять по шкале ВОЗ, то это не более 3 баллов, с ограниченными физическими возможностями. Качество их жизни – менее 70-80% по шкале Карновского.

В ходе исследования изучалось влияние количества комплемента в крови больных раком печени на эффективность лечения Нормогеном в режиме монотерапии.

Установлено, что содержание комплемента в сыворотке больных раком печени снизилось (60-40% от нормы). Введение свежзамороженной плазмы повышало содержание комплемента в крови, которое никогда не достигало показателей физиологической нормы ввиду интенсивного расходования его в процессе избирательного лизиса опухолевых клеток.

По завершении курса лечения состояние у большинства больных улучшилось, они стали заметно активнее, уменьшилось время пребывания на постельном режиме. У больных, получавших свежзамороженную плазму, улучшилось общее состояние, болевой синдром стал слабее.

Результаты лечения больных препаратом «Нормоген» в сочетании со свежзамороженной плазмой (источник экзогенного комплемента):

- стабилизация опухолевого процесса у большинства пациентов помогла достичь небольшой (до 25%) регрессии в размерах опухоли и метастазов.
- в отдельных случаях (генерализация онкологического процесса) применение свежзамороженной плазмы не дало положительного результата.

На диаграмме (рисунок 4) показана динамика изменения количества комплемента при небольшой (до 25%) регрессии размеров опухоли и ее метастазов. В данных таблицы 1 отражена динамика изменения количества комплемента в сыворотке крови при регрессии опухоли и ее метастазов по дням.

Данные диаграммы (рисунок 5) отражают динамику изменения количества комплемента в сыворотке крови при стабилизации опухолевого процесса. Также в таблице 2 отражены результаты динамики изменения количества комплемента в сыворотке крови при стабилизации опухолевого процесса по дням.

По данным диаграммы (рисунок 6) можно отследить изменения в динамике количества комплемента в сыворотке крови пациента в терминальной стадии заболевания. Полученные достоверные результаты представлены нами в таблице 3.

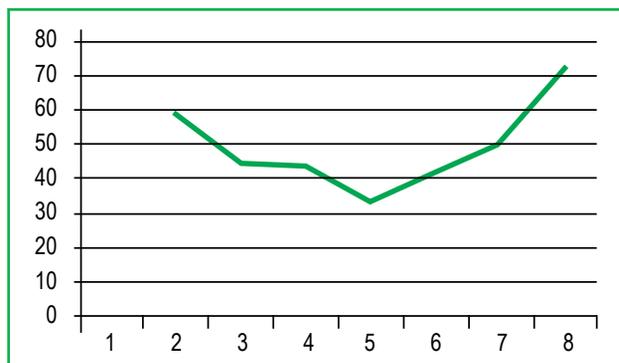


Рисунок 4 – Динамика изменения количества комплемента в сыворотке крови при регрессии опухоли и ее метастазов

Таблица 1 – Динамика изменения количества в сыворотке крови по дням при регрессии опухоли

№ п/п	Пациент	Количество комплемента по дням (%)	
		Дни	%
1	Б.	1	-
		2	60,0
		3	45,0
		4	44,0
		5	33,0
		6	42,0
		7	50,0
		8	73,0



Рисунок 5 – Динамика изменения количества комплемента в сыворотке крови при стабилизации опухолевого процесса

Идентичность механизма противоопухолевого действия всех таргетных препаратов позволяет сделать вывод о необходимости мониторинга и коррекции содержания в сыворотке крови пациентов комплемента для достижения большей эффективности лечения.

Однако использование свежзамороженной плазмы не входит в стандарты лечения опухолевых заболеваний. Более того, метод усиления противоопухолевой активности таргетных препаратов путем коррекции содержания комплемента в сыворотке крови больного не рассматривается исследователями в области онкологии ввиду отсутствия научного интереса и не используется практикующими врачами.

Таблица 2 – Динамика изменения количества компонента в сыворотке крови при стабилизации опухолевого процесса по дням

№ п/п	Пациент	Количество компонента по дням (%)	
		Дни	%
2	У.	1	-
		2	64,0
		3	64,9
		4	57,0
		5	62,0
		6	40,0
		7	43,0
		8	59,0
		9	68,9
		10	53,0



Рисунок 6 - Изменение динамики количества компонента в сыворотке крови пациента при терминальной стадии заболевания

Таблица 3 – Динамика изменения количества компонента в сыворотке крови пациента при терминальной стадии заболевания по дням

№ п/п	Пациент	Количество компонента по дням (%)	
		Дни	%
3	С.	1	-
		2	40,0
		3	37,0
		4	39,0
		5	45,0
		6	47,0
		7	38,0
		8	18,5

ВЫВОДЫ

Изучение роли компонента при таргетной терапии опухолевых заболеваний моноклональными или поликлональными антителами показало важность соб-

Литература:

1. Васильева Г.С., Францева И.А. Исследования действия «Нормогена» на метастатическую способность аффинитетной опухоли яичника (АфОЯ) крыс, обладающего тропностью к легочной ткани. – Онкология и радиология Казахстана. – 2005. – №2. – С. 27-31.
2. Клиническая иммунология и аллергология. / Под редакцией Йегера Л. в двух томах. – Москва: Медицина, 1990, том 1, с. 287- 288.
3. Joost P.M., Melis Kristin Strumane, et al. Complement in therapy and disease Regulating the complement system with antibody-based. – Molecular Immunology. – 67 (2015). – 117-130p.
4. Lesovaya E.A., Kaplun A.P. The therapy of cancer diseases by means of targeted complement activation. – Российский биотерапевтический журнал. – 2008. – №3, том 7. – С. 23-44.
5. Schubarta A., Andersonb K., Mainolfib N., et al. Small-molecule factor B inhibitor for the treatment of complement-mediated diseases. – PNAS. – 2019. – April 16. – Vol. 116. – №16. – P. 7926-7931.

людения количественного соотношения между используемыми антителами и компонентом для реализации феномена антитело-компонент зависимого лизиса раковых клеток.

В подавляющем большинстве случаев содержание компонента в сыворотке крови онкологических больных снижено, что является лимитирующим фактором для успешного использования таргетных лекарственных средств. Коррекция компонента в сыворотке крови больного путем введения необходимого количества экзогенного компонента является необходимым условием при проведении лечения любых опухолевых заболеваний таргетными препаратами.

На наш взгляд, необходимо пересмотреть протоколы лечения опухолевых заболеваний, включив в них, по необходимости, коррекцию содержания компонента в сыворотке крови пациента.

SUMMARY

UKIBAYEV J.K.¹, DATKHAYEV U.M.¹, FRANCEV A.P.², MYRZAKOZHA D.A.¹, GONCHAROVA T.G.³,
¹Kazakh National Medical University named after S.D. Asfendiyarov, ²Research and production association «Fran», ³Kazakh Research Institute of Oncology and Radiology, Almaty c.

THE ROLE OF COMPLEMENT IN THE TREATMENT OF TUMOR DISEASES

The phenomenon of antibody-complement dependent cell lysis is the main mechanism of action of all targeted anti-tumor preparations containing monoclonal or polyclonal antibodies. Successful manifestation of this phenomenon is possible only with the correct ratio between the antigens of cancer cells, antibodies specific to them and the required amount of complement.

The article shows the need to control the quantitative content of complement in the patient's serum and adjust its content by introducing the required volume of fresh frozen plasma as a source of exogenous complement.

The required amount of specific antibodies (dosage of the drug) must be determined after correct correction of the amount of complement in the patient's blood. If this condition is met, the maximum efficacy of the drug and more successful treatment of neoplastic diseases will be achieved.

Keywords: complement, antibody, antitumor activity, serum.

SADYKOVA A.D.¹, SARUAROV Y.G.¹, SKENDEROVA Sh.¹,
¹*Akhmet Yassawi International Kazakh-Turkish University, Turkestan c.*

ASSOCIATION OF DIABETES MELLITUS AND CARDIOVASCULAR DISEASES WITH BMI PREDICTOR

According to the data of domestic researchers [15], who studied the prevalence of OW and obesity among females, it was revealed that obesity is a risk factor for the development of CHD and other CVDs.



ABSTRACT

The value of the BMI as one of the predicting factors of the development of the cardiovascular diseases and diabetes and their combinations in people living in the arid zone is a problem of current interest for the modern health-care system. The relative risk of the development of the cardiovascular diseases and diabetes depending on the BMI in individuals living in an arid region was assessed.

Keywords: cardiovascular diseases, diabetes mellitus, body mass index, morbidity, mortality, relative risk.

RELEVANCE

Today, OW and obesity are recognized as one of the most highly significant medical and social problems of modern health care [1]. According to WHO, more than 1.7 billion people in the entire planet suffer from overweight or obesity. Obesity falls into the category of five major risk factors for death [2,3,4,5]. By 2025, approximately 300 million people may be overweight and obese. [6,7,8]

Clinical studies show that with an increase in the Kettle Index, there is a progressive increase in the incidence of such diseases as hypertension, coronary artery disease and diabetes [9,10,11]. Along with this, 44% of the burden of diabetes, 23% – of the burden of CHD are due to overweight and obesity. [12]

The Community Hypertension Evaluation Clinic Study on assessing the relationship between obesity and hypertension showed that the likelihood of elevated blood pressure (BP) in middle-aged people (40-64 years) with OW was 50% higher than in normal-weight people and twice higher than those of the same age, but with a deficiency of body weight. [13]. In the Framingham study (2007), it was noted that both systolic and diastolic blood pres-

sure significantly and progressively increased with an increase in BMI.

According to the data of domestic researchers [15], who studied the prevalence of OW and obesity among females, it was revealed that obesity is a risk factor for the development of CHD and other CVDs. In Kazakhstan, among women, BMI in 2012 and in 2013 averaged 26.9 and 27.2, respectively [16]. Comparison of these data with the WHO recommendation for the interpretation of BMI indices suggests that, in general, the female population of the country have OW and are in the zone of fattening (BMI=25-29).

THE PURPOSE OF RESEARCH

Evaluation of the developmental risk of CVD and DM, depending on the BMI of persons living in the arid zone.

MATERIALS AND METHODS

The study participants were selected from a cohort of individuals (n=1822) studied on the basis of a population study conducted in the Turkestan region of the South Kazakhstan region in 2003. [17]

Out of 1 222 persons surveyed in 2003, after 12 years, 1 143 people received a response. It was revealed that out of 1 143 respondents, the number of deceased persons was 166 people, which accounted for 14.5% of the total number of those studied.

In 1 143 people, analysis of patient examination cards was conducted, which contained data on BMI, CHD, AH, DM, and their combinations for 2003 and 2015.

The statistical analysis of the relative risk assessment was calculated using the statistical package EpiInfo, version 7.2.2.1.

RESULTS AND DISCUSSION

The results of the study of the values of OW and obesity among the residents of the Turkestan region of the South Kazakhstan region as a risk factor for the development of cardiovascular disease and diabetes are presented in table 1.

The data in the table indicate that in people with OW (BMI=25-29) the risk of developing hypertension is 1.68

(CI: 1.24;2.27), and with obesity 2.04 times (CI: 1, 37;3.03) is higher compared to individuals with a normal BMI.

According to data from the NHANES II study conducted in the USA (1985), it was found that the risk of hypertension among individuals aged 20-45 years with OW is almost 6 times higher than those with normal BMI [14]. The results of our research show that persons living in the arid zone of Kazakhstan and who are mainly repre-

Table – RR development of hypertension, coronary heart disease, diabetes, hypertension and coronary artery disease, hypertension and diabetes, depending on the BMI

BMI	AH	CHD	DM	AH AND CHD	AH AND DM
	Relative Risk (CI)				
<18,5	0,74(0,32;1,74)	0,94 (0,12;7,11)	-	-	-
18,5-24,9	Reference Group				
25-29	1,68 (1,24;2,27)	0,88 (0,31;2,48)	4,50 (1,58;12,83)	1,27 (0,47;3,47)	3,31 (1,09;10,03)
30>	2,04 (1,37;3,03)	3,04 (1,27;7,27)	11,47 (4,21;31,24)	2,83 (1,05;7,61)	9,28 (3,28;26,20)

sentatives of the Kazakh ethnic group are characterized by similar patterns, but less pronounced.

OW according to our research results is not a predictor of the development of CHD, while obesity contributes to an increase in RR by 3.04 times (CI: 1.27;7.27).

Analysis of the obtained results suggests that among the studied diseases and their combinations, the indicator of BMI plays the most significant role in the development of diabetes. Thus, in people with OW, the development of diabetes is 4,550 (CI: 1.58;12.83), and 11.5 times with obesity (CI: 4.21;31.24) in comparison with people with a normal BMI.

When studying combinations of these diseases, it was found that in people with obesity, the development of a combination of AH+CHD is 2.83 times higher (CI: 1.05;7.61), compared with persons with a normal BMI.

In persons with OW, the development of a combination of AH+DM in 3.31 (CI: 1.09;10.03), with obesity at 9.28 (CI: 3.28;26.20) is higher compared with those with normal BMI.

CONCLUSION

OW and obesity are the most significant factors of the relative risk of developing diabetes and its combinations with other diseases, to a lesser extent OW and obesity is a relative risk factor for the development of hypertension. Of the factors we studied, only obesity is a risk factor for developing coronary artery disease.

ТҮЙІНДЕМЕ

САДЫКОВА А.Д.¹, САРУАРОВ Ю.Г.¹,
СКЕНДЕРОВА Ш.¹,

¹Қожа Ахмет Ясауи атындағы Халықаралық қазақ-түрік университеті, Түркістан қ.

ДСИ ПРЕДИКТОРЫ БАР ЖҮРЕК ҚАН ТАМЫР АУРУЛАРЫ МЕН ҚАНТ ДИАБЕТІ АССОЦИАЦИЯСЫ

Жүрек қан тамыр нозологиясы мен қант диабеті ауруларының дамуы сондай-ақ құрғақ аймақтың тұрғындар арасында олардың қосарланып кездесуін болжаушылардың бірі ретінде дене салмағының индекс көрсеткіші қазіргі заманғы қоғамдық денсаулықтың өзекті мәселесі болып табылады. Құрғақ аймақта тұратын тұрғындар арасында дене салмағының индексіне байланысты жүрек-қан тамырлары ауруларының және қант диабеті ауруының дамуының салыстырмалы қауыптілігін бағалау жасалынды.

Түйін сөздер: жүрек-тамыр аурулары, қант диабеті, дене салмағының индексі, ауру, өлім, салыстырмалы қауыптілік.

РЕЗЮМЕ

САДЫКОВА А.Д.¹, САРУАРОВ Ю.Г.¹, СКЕНДЕРОВА Ш.¹,

¹Международный казахско-турецкий университет имени Х.А. Ясауи, г. Туркестан

АССОЦИАЦИЯ САХАРНОГО ДИАБЕТА И СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ С ИМТ-ПРЕДИКТОРОМ

Значение показателя индекса массы тела, как одного из предикторов развития заболеваемости сердечно-сосудистых нозологий и сахарного диабета, а также комплекс этих заболеваний у жителей аридной зоны представляет собой определенный интерес для практического здравоохранения в целях более эффективного лечения пациентов.

Нами была проведена оценка относительного риска развития сердечно-сосудистых заболеваний и сахарного диабета в зависимости от индекса массы тела у лиц, проживающих в аридной зоне.

Ключевые слова: сердечно-сосудистые заболевания, сахарный диабет, индекс массы тела, заболеваемость, смертность, относительный риск.

Literature:

1. Solov'eva N.A., Sovershaeva S.L., Ishekova N.I. Fiziologicheskie aspekty izbytochnoi massy tela i ozhireniya. – Mezhdunarodnyi zhurnal prikladnyh i fundamental'nyh issledovaniy. – 2011. – Vypusk №10. – P. 69-70.
2. Seidell J.S. The worldwide epidemic of obesity. In Progress in obesity research. 8th International congress on obesity. / B. Guy-Grand, G. Ailhaud, eds. – London: John Liddey & Compani Ltd, 1999, p. 661-8.
3. Rodionova T.I., Tepayeva A.I. Ozhirenie – global'naya problema sovremennogo obschestva. – Scientific Journal (Medical sciences). – 2012. – №12. – P. 132-136.
4. Tepayeva A.I. Kachestvo zhizni pacientov, stradayuschih izbytochnym vesom i ozhireniem: rezul'taty sociologicheskogo analiza. // Rezul'taty II Vserossiiskoi nedeli medicinskoi nauki s mezhdunarodnym uchastiem. Endokrinologiya. ID: 2013-07-3928-A-2733. [Elektronnyj resurs]: <http://medconfer.com/en/node/2733>.
5. Ozhireniye izbytochny ves №311. // Vsemirnaya Organizaciya Zdravoohraneniya, inform. buleten, 2011, 165 s. [Elektronny resurs]: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/ru/>.
6. Global'naya strategiya VOZ v oblasti racionalnogo pitaniya, fizicheskoi aktivnosti i zdorov'ya. – Zheneva: Vsemirnaya Organizaciya Zdravoohraneniya, 2004.
7. A strategy for Europe on nutrition, overweight and obesity-related health issues. – Brussels: European Commission, 2007.
8. Гинзбург М.М., Козупица Г.С., Крюков Н.Н. Ожирение. Влияние на развитие метаболического синдрома. Профилактика и лечение. [Электронный ресурс]: <http://modernlib.net>.
9. Bray GA, Bouchard C, James WPT, eds. Handbook of obesity. – New York: Marcel Dekker, 1998, 56 p.
10. National Heart, Lung, and Blood Institute. / National Institutes of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases. Clinical guidelines on the identification, evaluation and treatment of overweight and obesity in adults. The evidence report. – Bethesda: National Institutes of Health, 1998: 1-228.
11. Bogers R.P., Bemelmans W., Hoogenveen R.T., et al. Association of Overweight With Increased Risk of Coronary Heart Disease Partly Independent of Blood Pressure and Cholesterol Levels. A Meta-analysis of 21 Cohort Studies Including More Than 300 000 Persons. – Arch Intern Med. – 2007. – 167(16): 1720-8.
12. 10 facts on obesity. WHO, 2013. [Electronic resource]: <http://www.who.int/features/factfiles/obesity/facts/en/index.html>.
13. Stamler R., Stamler J., Riedinger W.F. et al. Weight and blood pressure. Findings in hypertension screening of 1 million Americans. – J. Am. Med. Assoc. – 1978. – Vol. 240. – P. 1607-1611.
14. Van Itallie T.B. Health implications of overweight and obesity in the United States. – Ann. Intern. Med. – 1985. – Vol.103. – P. 983-988.
15. Тажибаев Ш.С., Балгимбеков Ш.А., Кайнарбаева М.С. Здоровое питание – основа профилактики избыточной массы тела и ожирения. Модуль 1. – Алматы: Казахская академия питания, МОН РК, 2012, 141 с.
16. Тажибаев Ш.С., Балгимбеков Ш.А., Кайнарбаева М.С. Здоровое питание – основа профилактики избыточной массы тела и ожирения. Модуль 2. – Алматы: Казахская академия питания, МОН РК, 2012, 40 с.
17. Бердыгалиев А.Б., Чуенбекова А.Б., Кайнарбаева М.С., Быкыбаева С.А., Сержанова Г.Н., Аскарлов Д.М. Изучение распространенности избыточной массы тела и ожирения среди женщин в Казахстане. – Вестник КазНМУ. – 2015. – №1. – С. 409-414.
18. Шалхарова Ж.С. Метаболический синдром: эпидемиология, диагностика, клиника и лечение. – Алматы, 2006, 144 с.

БЕЗОПАСНОСТЬ ЛЕКАРСТВ

В России лекарственный препарат с витамином D3 изъят из продажи и взят под особый контроль

Росздравнадзор изымает препарат «Натекаль D3, таблетки жевательные, 60 шт., флаконы (1), пачки картонные» серий 0818025, 0818796, производителя «Италфармако С.п.А.» (Италия). Причина в несоответствии показателям «Однородность дозирования. Колекальциферол (витамин D3)» и «Количественное определение. Колекальциферол (витамин D3)».

Росздравнадзор предписал подведомственным территориальным подразделениям обеспечить контроль над изъятием и уничтожением бракованных серий, а аптекам и медучреждениям – соблюдать правила хранения и перевозки препаратов.

После повторного выявления некачественных жевательных таблеток «Натекаль D3» Росздравнадзор объявил о переводе препарата на посерийный выборочный контроль, начавшийся 27 мая 2019 года. Теперь препарат вернется в продажу только после того, как Росздравнадзор убедится в его качестве.

Заменить «Натекаль D3» можно аналогичными. Это Аквадетрим Кальций-D3 Никомед, Кальцемин Адванс, Компливит кальций D3, Витрум Остеомаг, Альфадол-Са.

doctorpiter.ru



МРНТИ: 76.31.35

СЕЙТОВА Ж.Д.¹, АШИРОВ М.З.¹, РАХЫМБАЕВ Н.А.¹, ДАТХАЕВ У.М.¹, САҒЫНДЫҚОВА Б.А.²,
КАПСАЛЯМОВА Э.Н.¹, ОРАЗБЕКОВ Е.К.³, МОМБЕКОВ С.Е.¹,

¹«Ұлттық медицина университеті» АҚ, Алматы қ., ²«Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы» АҚ, Шымкент қ., ³ҚР ДСМ Дәрілік заттарды, медициналық мақсаттағы бұйымдарды және медициналық техниканы сараптау жөніндегі ұлттық орталығы, Тараз қ.

КҮРЕҢ МАКЛЮРА ЖЕМІСТЕРІНІҢ ЭКСТРАКТЫСЫНАН

ОСАИН ЖӘНЕ ПОМИФЕРИНДІ БӨЛІП АЛУ

Maclura aurantiaca – тұт туысына жататын (Moraceae), отаны – Солтүстік Америка, ол басқа құрлықтар мен елдерге таралған. Ағаштың жемістері халық медицина саласында шикізат ретінде пайдаланылады.



АНДАТПА

Бұл мақалада жаңа піскен жемістер сығындысында және кептірілген Оңтүстік Қазақстанда өсетін күрең (*Maclura aurantiaca*) маклюра жемістерінде пренилизофлавоидтар қоспасының құрамы зерттелді. Қоспа осайин мен помифериннен тұрады және оның сығындыдағы құрамы 0,1%-ға сәйкес келеді. Тазартылған қоспаны бөлудің ұтымды әдісі сынақтан өткізілді және ұсынылды кептірілген жемістерден алынған осайин мен помифериннің шығуы 4%-ға жуық. Әдістің мәні шикізатты хлороформмен экстракциялау кезінде липофильді және полярлық қоспалардан тазарту болып табылады. Бұл әдістің ықтималдылығы дәрілік препарат ретінде клиникаға дейінгі зерттеу үшін құрғақ ұнтақ пен пренилизофлавоидтар қоспаларының ерітінділерін тез дайындауға мүмкіндік береді. Қоспадан жұқа қабатты хроматография (ЖҚХ) әдісімен осайин мен помиферин жәнаның құрамдастары бөлініп, сәйкестендірілді (т.п. және спектр бойынша 1Н ЯМР).

Түйін сөздер: күрең маклюра, жемістер, осайин, помиферин, экстракт, ЖҚХ, 1Н ЯМР.

ӨЗЕКТІЛІГІ

«Адамово яблоко» халық медицина саласында шикізат ретінде пайдаланылады. Жаңа піскен жемістерден сығындыны дайындаудың сипатталған процесі этил спиртінде оларды ұзақ (бір айға дейін) тұндыруды көздейді, ал сығындымен емдеуді апта сайын ұлғайған дозаларды (30 тамшыға дейін), кейіннен дозаны нөлге дейін біртіндеп төмендетіп, бірнеше ай сайын қабылдауды жүргізу ұйғарылады.

Огайо университетінің (АҚШ) химиялық зертханасының зерттеу тобы 1937-1946 жылдары Маклюра жемістерінен қызғылт сары түсті болып бөлініп, оның басты белсенді қосылыстары – осайин мен помиферин деп аталған бұрын белгісіз пренилизофлавоидның екі тобын зерттеді [7]. Осайин мен помиферинді зерттеу кезінде *in vivo* және *in vitro* тәжірибесінде антимикробтық, антиоксиданттық, кардиопротекторлық, ісікке қарсы [3] қасиеттері анықталды. Биологиялық белсенділіктің келтірілген қысқаша тізбесі біздің ойымызша, осы жұмысты жүзеге асыру үшін маңызды негіз болып табылады. Жұмыстың мақсаты халық медицинасының рецептімен ұсынылатын тұнбада осайин мен помифериннің болуын анықтау, сондай-ақ, әдісті анықтау. Осы флавоноидтардың қоспасын тез дайындау үшін оны әлеуетті ресми зат ретінде клиникалық алдын ала зерттеуге ұсыну.

МАТЕРИАЛ ЖӘНЕ ЗЕРТТЕУ ӘДІСТЕРІ

Шикізат ретінде пайдаланылған сарғыш жасыл, бұдырлы, шар тәрізді жемістерді (салмағы 250-400 ж) біз 2013 жылдың қыркүйегінде өткен ғасырдың ортасында Оңтүстік Қазақстанда өсетін *Maclura aurantiaca* ағаштарынан жинадық. Жемістердің бір бөлігі, оларды 2-3 см кесектерге жаңа күйінде ұсақтағаннан кейін тұнбаны дайындау үшін халық медицинасының рецепті бойынша (онда шикізат пен спирт мөлшері нормаланбаған) пайдаланды: жемістердің кесектері тығыз салынған екі литрлік шыны банкаларда 96% этанол жоғары болды, банкалар герметикалық тығындап, бір жыл ішінде бөлме температурасында

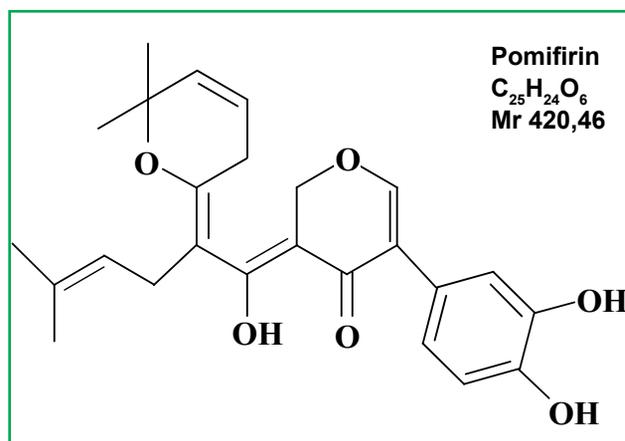
(18-25° С) қарайған жерде сақталды. Жиналған жемістердің көп бөлігі (15 кг) 1-2 сантиметр кесектегі жұқа қабатта қараңғыланған, желдетілетін үй-жайда 20%±0,5% тұрақты қалдық массаға дейін бастапқы қабаттан 25-30° С кезінде кептірілді, оған 13 тәулік қажет болды. Ерітінділерде осайн мен помиферинді анықтау үшін KskG (Эстония) силикагельмен жабылған шыны пластинкаларда жұқа қабатты хроматографияны (ЖҚХ), жылжымалы фаза: хлороформ+этанол (30:1), айқындағышта+йод булары және этанолдағы 1% хлорлы темір ерітіндісі қолданылды.

Осайн мен помифериннің ерітіндідегі идентификациясы олардың хроматографиялық қозғалуы бойынша анықталды (Rf), ал препаративні ЖҚХ-да бөлінген үшін – сондай-ақ Boetius PHMK (Dresden) микро қайнату үстелінде өлшенген, және Varian Mercury 300 аслабында тіркелген 1Н – ЯМР спектрлері бойынша. DMSO-D6 VX (ішкі ЭТАЛОН-ТМС). Хроматографиялық таза осайн, помиферин және олардың қоспаларын алу үшін біз бастапқы шикізат ретінде жоғарыда келтірілген тәсілмен кептірілген жемістерді пайдаландық, оларды мөлшері 2-3 мм бөлшектерге дейін ұсақтап, экстрагирлеуге ұшырадық. Біз пайдаланылған еріткіштер мен схемалардың оннан астам әр түрлі нұсқаларының, біз осы мақсатқа келесі ұсынамыз, біздің пікірімізше, ең оңтайлы әдіс: шикізатты Сокслет аппаратында хлороформмен 18-20 сағат экстрагирлейді (шикізатпен патрондағы ерітіндіні түссіз алғанға дейін). Алынған хлороформды сығынды құрғақ қалдыққа дейін булайды, ол 50% сулы-этанол қоспасын бес есе мөлшерде (бастапқы шикізаттың мл/г) қыздыру кезінде ерітеді. Сулы-этанол ерітіндісін бөлме температурасына дейін салқындатады, сүзеді, бөлу воронкасында үш рет гексанмен (суэтанол ерітіндісінің ¼ бөлігінен) жуады. Жуылған сулы-этанол ерітіндісін құрғақ қалдыққа дейін төмен қысым кезінде булайды, ол қалдық қысымның 60° С және 3 мм Hg кезінде кемінде бір сағат ұстайды. 4.0%±0,3% шығуымен сарғыш-сұр пушистый ұнтақ – осайн мен помиферин қоспасы, ол Rf 0,73 және 0,23 (сурет 1). Қоспаның компоненттерін дұрыс сәйкестендіру үшін оны препараттық хроматография әдісімен бөлу жүзеге асырылды: алынған ұнтақ 100 мг 2 мл метанолды ерітіп, ерітіндіні шыны капиллярдың көмегімен (өні 1,5-2.0 мм жолақтар түрінде) он силикагельді пластинканың бастапқы сызықтарына жағылды. Хроматографиялау және жылы ауа тоғында пластинкаларды кептіру аяқталғаннан кейін, пластинкадан қырнау және бөлек жинау Rf 0,73 және 0,23 аймақтарына сәйкес келетін силикагель қабаттарының жолақтары (өні 3-4 мм). Сол аймақтың силикагельді ұнтақтары біріктіріліп, 20 мл ыстық метанолды өңдеді, метанол ерітінділерін сүзіп, түбін булады. Әрбір аймақтың құрғақ қалдықтары ең аз мөлшерде (1-1,5 мл) 96% этанол қыздыру кезінде ерітілген. Салқындатылған ерітінділерден тұнбаға түскен 30 мг осайн (191-193° С; Rf 0,73) және 33 мг

помиферин (198-199° С; Rf 0,23) бөлінді. Төменде 1Н-ЯМР спектрлері осайн және помиферин: (1Н, с, C5-OH), 8,95 (1Н, с, C4a-OH)), 7,85 (1Н, с, C2-H), 7,27 (2Н, д, C2a-н және C6a-H), 6,80 (2Н, д, C3a-H және C5a-H), 6,60 (1Н, д, C9-H), 5,50 (1Н, д, C10-H), 5,16 (1Н, тр, C2b-H), 3,18 (2Н, д, C1b-2H), 1,75 (6Н, с, C3b-2CH3), 1,40 (6Н, с, C11-2CH3). (1Н, с, C4a-OH), 8,05 (1Н, с, C3a-OH), 7,85 (1Н, с, C2-H), 6,85 (1Н, с, C2a-H), 6,80-6,70 (2Н, м, C5a-H және a-H), 6,62 (1Н,д,C9-H), 5,46 (1Н, д, с 3a-OH), 6,85 (1Н, д, C9-H), 5,46 (1Н, д, C10-H), (1Н, тр, C2b-H), 3,20 (2Н, д, C1b-2H), 1,70 және 1,60 (3Н, с, C3b-2CH2), 1,4 (6Н, с, C11-2CH3). Бұл деректер осы изофлавоноидтардың құрылымдық ерекшеліктерімен жақсы үйлеседі (сурет 2), сондай-ақ сипатталған бұрын 1Н-ЯМР сипаттамалары бар тіркелген иммунитет дейтероацетон ерітіндіде. [5]



Сурет 1 – ЖҚХ осайн, экстракт, помиферин



Сурет 2 – Осайн (R=H) және помиферин (R=OH) құрылымдық формулалары

Спирт сығындылап алынған спирттік экстрактылар халық медицинасында көптеп қолданылады. Спирттік

экстрактінің үлгілері (спирттік иісі бар 100 мл ашық қоңыр сұйықтықтан) төмен қысымда үш есе буланып, қалдықтар хлороформмен (50 мл•3) экстракцияланған. Хлороформды экстракттар сусыз натрий сульфатымен құрғатқаннан кейін үш есе булап, SERVA Si60 силикагель қабаты арқылы сүзілген, 0,05-0,1 мм (биіктігі – 3 см, диаметрі – 2 см). Силикагель 20 мл хлороформды жуып, қосылған хлороформды ерітіндіні булады. Қалдықты 50 мл 50% этанолда ерітіп, ерітіндіге 30 мг белсендірілген көмір ұнтағын қосып, қайнағанға дейін қыздырылып, суытып, сүзіп, сүзгішті құрғатып қойды. 120±15 мг шығуымен осайн мен помифирин (ЖҚХ бойынша) қоспасы алынды.

НӘТИЖЕЛЕРДІ ТАЛҚЫЛАУ

Маклюра жемістері сығындысының үлгілерінен ЖҚХ қызғылт сары әдісімен хлороформды алуды зерттеу оның құрамында липофильді заттар қоспасы бар осайн мен помиферин қоспасы, сондай-ақ полярлық қосылыстар (глюкандар) бар екенін көрсетті. Адсорбенттерді (силикагельді және белсендірілген көмірді) қолдана отырып оңай алып тасталатын бұл қоспалар тұнбаның өзінің биологиялық белсенділігінде анықтаушы рөл атқармайды деп пайымдауымыз керек. Тұнбадағы помифиринмен осайн қоспасының мөлшері шамамен 0,1% құрайды, бұл ең жоғары бір реттік дозаға шаққанда шамамен 1 мг-ге сәйкес келеді. Кептірілген жемістерден осайн мен помиферин қоспасын бөлудің ұтымды тәсілін іздестіру жөніндегі тәжірибелерде көрсетілгендей, осы изофлавоноидтар қоспасының құрамы 4%-ға жуық құрайды, яғни кептірілген 100 г жемістің ішінен негізгі белсенді компоненттердің осындай тұнбасы бар 4 л ерітіндіні тез дайындауға болады, сондай-ақ клиникалық зерттеу үшін қажетті кез келген концентрациядағы ерітінділерді дайындауға болады.

ҚОРЫТЫНДЫ

Халық медицинасында қолданылатын күрең маклюра жемістерінің спирттік сығындысында басты белсенді компоненттер – пренилисофлавоноидтер (осайн және помиферин) қоспасының құрамы 0,1%-ға жуықты құрайтыны көрсетілген. Кептірілген жемістерден маклюраның кез келген концентрациядағы спирттік

ерітіндісін дайындауға жарамды осайнның және помифириннің қызғылт сары тазартылған қоспасын бөлудің ұтымды әдісі ұсынылып, сынақтан өткізілді.

SUMMARY

SEITOVA ZH.D.¹, ASHIROV M.Z.¹,
RAKHymbAEV N.A.¹, DATHAEV U.M.¹,
SAGINDYKOVA B.A.², KAPSALYAMOV E.N.¹,
ORAZBEKOV E.K.³, MOMBEKOV S.E.¹,

¹National medical university, Almaty c.,

²South Kazakhstan Medical Academy,

Shymkent c., ³National center of expertise of medicines, medical devices and medical equipment of the Ministry of health of Kazakhstan, Taraz c.

THE ISOLATION OF THE EXTRACT OF THE FRUIT OF MACLURA ORANGE OSAIN AND POMIFERA

The prenyl isoflavones composition from fresh fruits extraction and from dried fruits of *Maclura aurantiaca*, of *Maclura aurantiaca* which grows in Southern Kazakhstan, has been studied. It has been shown that this tincture includes osajin and pomiferin, also that the mixture of this two prenyl isoflavones is about a 0.1 per cent of the whole amount of the tincture, which was made by traditional medicine recipe. Rational isolation method of purified mixture of osajin and pomiferin from dried fruits has been tested and suggested. Yield of that method was about 4 per cent.

Essence of the method is laying on extraction of raw materials by chloroform and on purification of chloroform extract from lipophilic and polar impurities. That method allow us to relatively quick prepare solutions and dry powder of the substance of this prenyl isoflavones for preclinical investigation as a potential pharmaceutical drug. By the method of preparative thin layer chromatography (TLC) have been isolated and identified (by ¹H NMR spectra and by melting point) osajin and pomiferin – compounds of the mixture.

Keywords: *Maclura aurantiaca*, fruits, osajin, pomiferin, extract, TLC, ¹H NMR.

Әдебиет:

1. Florian T. Effects of prenyl atedisoflavones osajin and pomiferin in premedication on heart ischemia-perfusion. Palacky, Olomouc: Biomed. Pap. Med. Fac. Univ, 2015, 126 p.
2. Gruber J.V., Holtz R., Sikkink S.K., Tobin D.J. In vitro and ex vivo examination of topical Pomiferin treatments. – *Fitoterapia*. – 2014. – №4. – P. 94-96.
3. Hong S. Pomiferin, histone deacetylase inhibitor isolated from the fruits of *Maclura aurantiaca*. – *Organic and Medicinal Chemistry Letters*. – 2007. – №17. – P. 4753-4755.
4. Mahmoud Z.F. Antimicrobial Components from *Maclura* Fruit. – *Planta Medica*. – 1981. – Vol. 42. – P. 299-301.
5. Monache G.D., Scurreia R., Vitali A., Botta B., Monacelli B., Pasqua G., Palocci C., Cernia E. – *Phytochemistry*. – 1994. – Vol. 37, №3. – P.893-898.
6. Vesela D., Kubinova R., Muselik J., Zemlicka M., Suchy V. Antioxidative and EROD activities of osajin and pomiferin. – *Fitoterapia*. – 2004. – №5. – P. 209-211.
7. Wolfrom M.L., Harris W.D., Johnson J.F., Mahan J.E., Moffet S.M. and Wildi B. – *J. Am. Chem.* – 1946.– Vol. 68. – P. 406-418.

МЕДИЦИНА УНИВЕРСИТЕТІНДЕ ОҚЫТУ: ЛАТИНАЛЫ АЛФАВИТТИҢ ӘСЕРІ

Латын тілінің енгізу мақсаты елімізді дамытып, жаңа деңгеуге көтеру болғанымен халыққа қалай ықпал етеді. Латын қәріптерінің медицина еңбектерінде қолдануы, шетел ғылымдарымен қарым-қатынасты күшейтіп медицина дамуына ықпал ете алады.



АҢДАТПА

Бұл мақалада елімізде жаңадан еңгізілген латын қәріптерінің қолдану мүмкіндіктері талқыланған. Сонымен қатар, латып қәріптерінің медицина мақсатында жұмыс істейтін мамандар мен студенттерге беретін ерекше мүмкіндіктер және ұсыныстар көрсетілген. Және де, латын қәріптерін енгізу барысындағы медицина және медицинадан тыс студенттерден сауалнама алынды. Сауалнама мақсаты, латын қәріптерінің енгізу барысындағы әкелер қиындықтарды анықтап, меңгеру. Берілген жұмыс барысында латын қәріптерінің медицина саласындағы қолданылуына оқ және теріс ықпалын көрсетеді.

Түйін сөздер: медицина, латын әлібиі, кириллица, әліпбиі, даму, рухани жаңғыру, бәсекеге қабілеттілік, шетел медицинасы, Елбасы жолдауы, фармацевтика, жахандану.

КІРІСПЕ

Біренеше жылдар бойы қазақ елім өз ойын араб қәріптерімен, кейін кириллицамен ортасында латын тіліменде жазып корген екен. Енді міне, Елбасымыздың бұйрығы бойынша латын тілі қайта жүзеге енуде. Нақтырақ айтатын болсақ: «Қазақстан Республикасының Президенті Нұрсұлтан Әбішұлы Назарбаевтың 2017 жылы 12 сәуірде «Болашаққа бағдар: рухани жаңғыру» мақаласында: «Біріншіден, қазақ тілін біртіндеп латын әліпбиіне көшіру жұмыстарын бастауымыз керек. Біз бұл мәселеге неғұрлым дәйектілік қажеттігін терең түсініп, байыппен қарап келеміз және оған кірісуге Тәуелсіздік алғаннан бері мұқият дайындалдық» деп айтқан еді.

Соған баланысты, елімізде латын тіліне, жаппай, көшу жүзеге асуда. Жалпы, бұл идея 5 жыл бұрын Елбасымыздың ойына келген еді, міне енді «Рухани жаңғыру» бағдарымен латын тілі елімізге еніп келе жатыр. Латын тілінің енгізу мақсаты елімізді дамытып, жаңа деңгеуге көтеру болғанымен халыққа қалай ықпал етеді, сонымен бірге, күнделікті жұмыстарға әсері, оның ішінде медицина саласына қалай ықпал етеді?

МАҚСАТЫ

Бұл жұмыс мақсаты Қазақ еліне жаңадан енген латын тілінің медицина саласындағы қолданылуына оқ және теріс ықпалын анықтау. Жұмыс барысында латын тілінің медицинада қолдануының артықшылықтары мен кемшіліктерін, сауалнама анализ жасау әдістемесімен және кітап, журнал, сонымен бірген, ғаламтор парақтарындағы ақпараттармен бекітілген аргументтермен зерттеледі. Жұмыс сауалнама нәтижелері, және де, келтірілген аргументтермен бірігіп қорытындыланады.

ӘДІСТЕМЕСІ

Жұмыс зерттеу барысында екі әдістеме түрі қолданылады. Біріншісі – басты ресурс түрі қазақ тілін ана тілі ретінде қолданатын адамдардан, және де медицина саласындағы оқушылардың латын тіліне көз қарасы негізінде жасалған сауалама. Берілген екі сауалнама түрі де әлеуметтік желі парақтарында онлайн түрде өтеді. Сонымен қатар, нәтижелері визуалды көрнекі болуы үшін график және таблицаларымен бекітіледі. Ал, екіншілік ресурс түріне тоқалатын болсақ, ол – ғаламтор парақшаларындағы, сонымен қатар кітап

және де журнал беттіріндегі, осы тақырыпты қозғаған журналисттер мен қазіргі заман зиялыларының мақалалары.

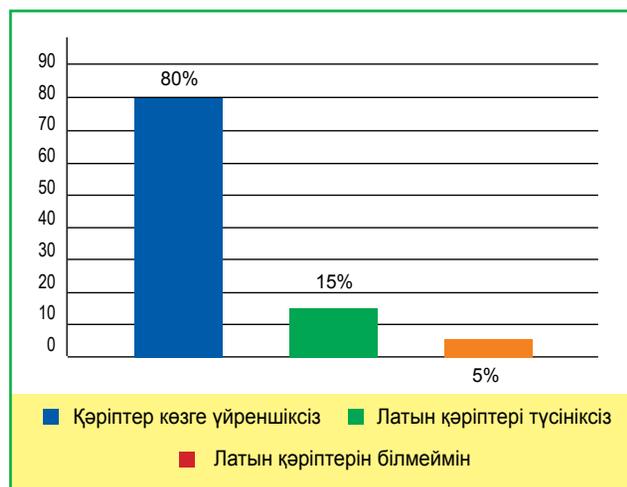
ЗЕРТТЕУ НӘТИЖЕЛЕРІ ЖӘНЕ ТАЛҚЫЛАУ

Респонденттер бірқатар сұрақтар қойылды. Біз оларға жауаптарды талдадық.

1. «Рухани жаңғыру» диктаны сізден алдыма, алынаса диктант жазу сіз үшін оңай болды ма, әлде қиын болды ма?



1 сурет – Бірінші сұраққа жауаптардың нәтижелері



2 сурет – Екінші сұраққа жауаптардың нәтижелері

2. Неліктен қиын/оңай болды.

3. Латын қәріптерінде медицина саласын меңгерудегі оңайлату үшін ұсыныстарыңыз. Сіз мамандардың ұсыныстарымен келісесіз бе?

Қажетті ұсыныстар астын сызу:

- Мектеп кезінен берілген қәріптерде оқу және жазу базасы болу керек.
- Оқулықтар толықтай латын қәріптерінде болу керек.
- Әлеуметтік желілерде, БАҚ латын қәріптерінде ақпараттандыру.

Латынға көшкенімізде медицина саласында ұтатын тұстарымызды былайша жіктеп көрсетуге болады.

Біріншіден, кириллица жазуын әлемде тек 12 ел ғана, қолдануды. Соның ішінде Ұлы держава – Ресей елін ғана дамыған ел ретінде қарастыруымызға болады, ал қалған елдер, соның ішінде біздің өткен ұстанымыз, КСРО астында болған кезде сіңіп кеткен кириллица жазуын әрі қарай алып кеткен болатынбыз. Ал қалған тамыры түркі елдерімен байланыстырған мемлекетер латын тілін қолдануда. Ата-бабамыз бір түркі елдеімен біздің мәдениетіміз, рухымыз, дініміз және де тіліміз тығыз байланысты. Сонымен қатар, дүние жүзінің әр түкпірінде 5 миллионға жуық қазақ бар деп есептейтін болсақ, соның көп бөлігі қазақ тілін латын әліпбиінде пайдаланып келе жатыр. Түсіне білген қоғам үшін мұның да маңызы зор екенін атап көрсеткім келеді.

Екіншіден, латын тілі – жахандану тілі. Қазақ тіліне компьютерлік жаңа технологиялар арқылы халықаралық ақпарат кеңістігіне кірігуге тиімді жолдар салады. Латын тіліндегі медицинадан оқулықтарымызды шетел оқушыларына, оқып үйренемін деген белсенділік білдіруші зияткерлерге оңайырақ болады. Сонымен қатар, медицинада, әсіресе фармацевтикада латын тілі фитоголымыдары, микробиология оқып үйрену барсында, және де, ең бастысы рецепт жазу үлгілерінде кеңінен қолданатын болғандықтан, осы салаларда студенттерге және медицина қызметкерлеріне әрі қарай білімін кеңейту тиімдіре болады.

Үшіншіден, латын әліпбиіне көшу – қазақ медицинасын халықаралық дәрежеге шығуына жол ашады. Қазақстан медицинасы шетел елдері арасындағы тілдік бөгдеулерді бір қадамға болса да жоюға болады. Латын қәріптерінің медицина еңбектерінде қолдануы, шетел ғылымдарымен қарым-қатынасты күшейтіп медицина дамуына ықпал ете алады. Термин сөз қолдануда мед қызметкерлеріне оң ықпал байланыстық ұқсастық.

ҚОРЫТЫНДЫ

«Латыншаға көшудің терең логикасы бар. Бұл қазіргі заманғы технологиялық ортаның, коммуникацияның, сондай-ақ, XXI ғасырдағы ғылыми және білім беру үрдісінің ерекшеліктеріне байланысты», – деп Елбасы айтқандай, латын әліпбиіне көшу – заман талабы. Сонымен қатар, осы жұмыс барысында осы қәріптің медицинамызда қолдану арқылы әлемдегі ең дамыған өркениетті елдермен тереземізді теңестіре аламыз деп сенімді айта аламыз. Ендігі кезекте, сол ғалымдарымыздың жан-жақты еңбегі сараланып, түрлі әдістемелік жұмыстар жүргізілетінін түрлі ақпарат көздерінен оқып-біліп танысып жатырмыз. Сонымен қатар, медицина саласының үлкен үлес қосқан зиялыларымыздың еңбектерін латын тіліне аударып және де медицина деңгейімізді бәсекелестікке қабілеттілігін артырады деген сенімдеміз.

SUMMARY

MAKASHEVA N.O.¹, SERIKOVA G.G.¹,
¹JSC «National medical university», Almaty c.

THE ROLE OF THE ALPHABET OF THE LATIN LANGUAGE ON THE LEARNING PROCESS IN MEDICAL UNIVERSITIES

This article discusses the possibility of using new Latin alphabets in the country. In addition, there are special opportunities and recommendations that Latin motives give to specialists and students working for medical purposes. There was also a survey of students from medicine and outside medicine in the introduction of the Latin alphabet. The purpose of the survey is to identify and master the skills of fathers in the process of implementing the Latin language. In this paper, we are talking about the fact that the Latin alphabet has a reading and a negative impact on the application in the field of medicine.

Keywords: medicine, the Latin alphabet, Cyrillic, development, Spiritual modernization, competitiveness, foreign medicine, President's address, pharmacy, rationalization, globalization.

Әдебиет:

1. Жанабаева А. Алфавит казахского языка на латинице. [Электронный ресурс]: <http://egov.kz/cms/ru/articles/Alfavit-kazahskogo-yazyka-na-latinice>.
2. Капитула Л.С. Латинский язык: учебник. – Минск: БГМУ, 2009, 263 с.
3. Цисык А.З., Шевченко Г.И. Латинский язык для биологов: учебное пособие. – Минск: БГУ, 2008, 126 с.
4. Чернявский М.Н. Латинский язык и основы медицинской терминологии: учебник. – М.: Медицина, 2004, 448 с.
5. Нурмухамбетова Б.Н., Лисариди Е.К. Принципы преподавания латинского языка в медицинском университете. – Вестник Казахского национального медицинского университета. – 2014. – №1. – С. 376-378.

РЕЗЮМЕ

МАКАШЕВА Н.О.¹, СЕРИКОВА Г.Г.¹,
¹АО «Национальный медицинский университет», г. Алматы

ВЛИЯНИЕ ЛАТИНИЦЫ НА УЧЕБНЫЙ ПРОЦЕСС В МЕДИЦИНСКИХ ВУЗАХ

В этой статье обсуждается возможность применения в Казахстане латинского алфавита.

Также нами представлены рекомендации языковедов работникам здравоохранения. Было проведено анкетирование студентов вузов, в том числе и медицинских, чтобы выяснить их мнение по поводу введения в казахский язык латинского алфавита.

В исследовании мы пытались выяснить, может ли оказать переход на латиницу, особенно при изучении медицинских дисциплин, негативное влияние на учебный процесс и усвоение новых знаний.

Ключевые слова: медицина, латиница, кириллица, модернизация, конкурентоспособность, зарубежная медицина, фармацевтика, рационализация, глобализация.

БЕЗОПАСНОСТЬ ЛЕКАРСТВ

Индийский производитель отозвал антибиотик и нейролептик из-за загрязнения

Индийская компания Emcure Pharmaceuticals, уже имеющая историю контаминации лекарств, добровольно отозвала партии двух инъекционных препаратов (сульфата амикацина и прохлорперазина эдисилата) из-за обнаруженного в них микробного загрязнения. Первый относится к антибиотикам для терапии грамотрицательных инфекций, второй применяется для лечения симптомов шизофрении, а также тошноты и рвоты.

Emcure Pharmaceuticals предупредила, что пациенты, которым вводили одно из этих лекарств, подвержены риску местных или даже системных инфекций, которые могут привести к госпитализации и смерти. Правда, в компании заявили, что никаких данных о побочных реакциях пока не поступало.

Какое именно из предприятий Emcure Pharmaceuticals произвело проблемные партии, не уточняется, хотя на территории США они распространялись компанией Heritage Pharmaceuticals.

В 2015 году FDA запретило почти всю продукцию, поставляемую заводом Emcure Pharmaceuticals в Хинджавади (Индия), а затем выпустило для этого объекта письменное предупреждение. Агентство также обвинило производителя в том, что он регулярно использовал подтасованные данные клинических испытаний для продвижения своих продуктов. Затем FDA помогло компании изменить некоторые процедуры и переобучить сотрудников.

Emcure Pharmaceuticals также работает в Канаде и в лице собственной маркетинговой компании Marcan Pharmaceuticals.

pharma.net.ua



МРНТИ: 76.75.31, 76.29.59

АКАНОВА А.А.¹, ЕШМАНОВА А.К.¹, КАРИБАЕВА Д.О.¹, АКАНОВА К.К.¹, ЛАТКИНА К.С.¹, БИЖАНОВА М.П.¹,
¹АО «Казахский национальный медицинский университет», г. Алматы

МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ ПОЛИТИКИ ПОДДЕРЖКИ ПОЖИЛОГО ЧЕЛОВЕКА В ГОРОДЕ АЛМАТЫ

В Алматы проживает 221,7 тысяч людей пожилого возраста, из них женщин – 158,1 тысяч, мужчин – 63,6 тысяч. Пенсионеров старше 75 лет – 57,4 тысяч, из них участников ВОВ – 291, инвалидов ВОВ – 117 [1]. В этих условиях актуальной стала разработка направления по продолжительности фазы «активной старости» в целях обеспечения участия пожилых людей в общественной жизни.



АННОТАЦИЯ

Благодаря разработке и внедрению комплексной программы мультидисциплинарного подхода к оказанию пакета социальных услуг, таких как медицинские, психологические, бытовые, экономические, трудовые, досуговые и педагогические, городским Центром активного долголетия (ЦАД) охвачено 9 139 лиц пенсионного возраста. Предварительный опрос выявил проблемы пенсионеров: ухудшение физического состояния и здоровья, низкий уровень правовой и экономической грамотности, разного рода нарушения психоэмоционального фона (ангедония, депрессия, тревожность, панические атаки), социальная изоляция, психологические проблемы, связанные с выходом на пенсию, адаптация к возрастным изменениям, гендерное неравенство, компьютерная неграмотность, проблемы в семье, эйджизм. Все это свидетельствуют о необходимости оказания медико-социальной поддержки пожилого человека в Алматы.

Ключевые слова: медико-социальная политика, потребности пенсионера, активное долголетие, возрастная психология, качество жизни.

АКТУАЛЬНОСТЬ

Изменение социального статуса, связанное с прекращением или ограничением трудовой и обществен-

ной деятельности, образа жизни и общения, трудностями в социально-бытовой сфере и возникновением необходимости психологической адаптации к новым условиям вызывает у пожилых людей ряд серьезных проблем.

После выхода на пенсию человек остро ощущает дефицит общения, утрату активных социальных связей, в то время как образовательные потребности в большинстве случаев не снижаются, а иногда и возрастают [2]. Поэтому очень важно разработать систему медико-образовательной и социокультурной реабилитации граждан пожилого возраста через сохранение и развитие их физического, творческого, интеллектуального потенциала, позволяющей оказать пожилым людям психологическую поддержку, дать возможность почувствовать себя нужными и интересными другим людям.

Поэтому создание инфраструктуры для системной культурно-досуговой и медико-социальной работы, направленной на повышение качества жизни граждан старшего поколения, вовлечение их в активную интеллектуальную, творческую, общественную деятельность является одной из самых актуальных на сегодня задач, в политике поддержки пожилых горожан. Согласно проведенному анализу потребностей разработана комплексная программа мультидисциплинар-

ного подхода к оказанию целого спектра услуг людям старше 60 лет, а также их ближайшему окружению.

Так, нами были разработаны программы оказания медико-социальных, психологических, социально-бытовых услуг, организации мероприятий для людей пожилого возраста на базе вновь созданного центра.

Примерный пакет услуг для людей пожилого возраста, сохранивших способность к самообслуживанию и активному передвижению, охватывает ряд направлений:

- организацию социально-культурного досуга и ежедневной доступной коммуникации, обучения, преемственности поколений,
- реализацию образовательных, социально значимых инициатив и культурных программ, направленных на поддержку активного образа жизни у лиц пожилого возраста в условиях дневного пребывания в Центре активного долголетия;
- привлечения граждан старшего поколения к активной социальной и общественной деятельности;
- развития социального партнерства в сфере организации поддержки граждан старшего поколения;
- популяризации инициатив и проектов в области образовательной и социальной поддержки граждан старшего возраста.
- поддержания и укрепления здоровья граждан путем проведения комплекса оздоровительных мероприятий лечения без лекарств;
- консультирования медицинских работников и проведения мероприятий по коррекции психологического статуса (для врачей терапевтов, гериатров, психологов, психотерапевтов).

Эти услуги оказывались мультидисциплинарной командой, в состав которой вошли врач, медсестра, психолог, социальный работник, юрист, специалист по ИТ. Работа проводилась совместно с региональными подразделениями государственных органов и НПО.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Как видно из данных диаграммы (рисунок 1), обучением компьютерной грамотности было охвачено

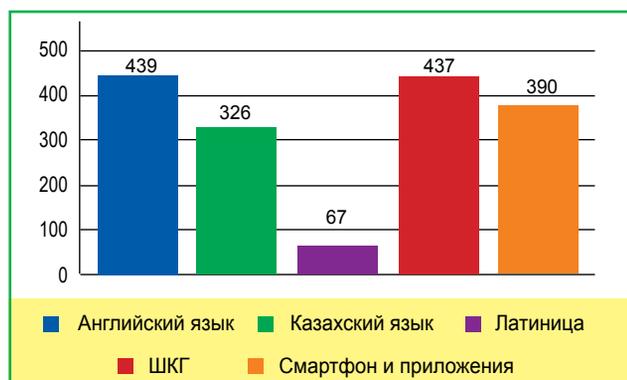


Рисунок 1 – Количество получателей социально-образовательных услуг, оказанных ЦАД за 6 месяцев 2018 года

437 человек, 326 занимались на курсах казахского и 439 – на курсах английского языка в рамках оказания социально-образовательных услуг.

Из данных следующей диаграммы (рисунок 2) можно увидеть, что социально-экономические услуги оказаны 393 пенсионерам, из которых 94 получали индивидуальные консультации, 299 прослушали тематические лекции (о трудовых договорах, пенсионных льготах, правах пожилых людей в РК, например, «Пенсионные льготы», «Права пожилых в Казахстане»). Также посетителей центра на постоянной основе консультировал юрист, разъясняя законодательство в части прав пожилых людей.

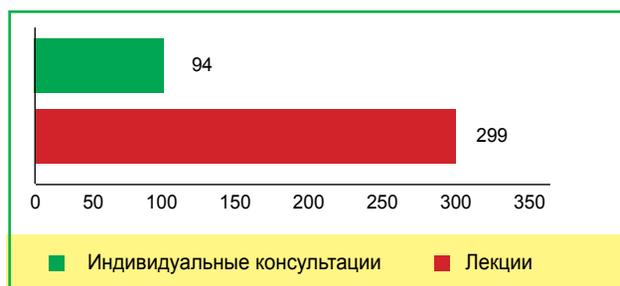


Рисунок 2 – Количество получателей социально-экономических услуг, оказанных ЦАД за 6 месяцев 2018 года

Социально-психологические услуги, включая проведение психотерапевтических тренингов («Алғашқы психодиагностика», «Шультекестесі», мнемоникалық жаттығулар «Анти-стресс», «Цветотерапия», «Профилактика ангедонии и депрессии»), индивидуальные консультации психолога, тренинги («Антистресс», «Арт-терапия», «Мои года – мое богатство», «Моя семья», «Современное общество и возраст»), дали очень неплохие результаты.

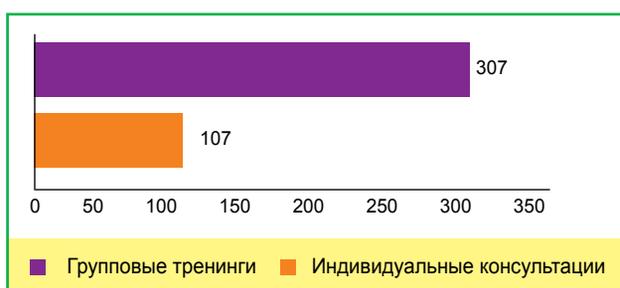


Рисунок 3 – Количество получателей социально-экономических услуг, оказанных ЦАД за 6 месяцев 2018 года

Как видно из данных диаграммы (рисунок 3), за вышеуказанный период социально-психологическими услугами были охвачены 414 человек, из которых 307 посетили групповые, а 107 индивидуальные тренинги.

Возможностью получить социальные трудовые услуги (рисунок 4) воспользовались 4 350 человек. Отметим интерес к потенциальной возможности трудоустройства у лиц пенсионного возраста.

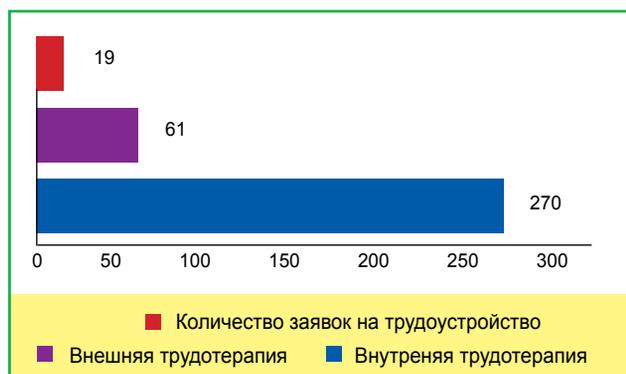


Рисунок 4 – Количество получателей социально-трудовых услуг, оказанных ЦАД за 6 месяцев 2018 года

СОЦИАЛЬНО-КУЛЬТУРНЫЕ УСЛУГИ

Программа «Связь поколений». Услуги оказывались с помощью менторов (наставников) – опытных специалистов по определенным программой направлениям высокоинтеллектуальной и сложной для пожилых людей деятельности.

«Школа лидеров» предназначена для развития любознательности, интеллекта, творческого воображения, формирования умений общаться с окружающими людьми разных возрастов. Кроме того, программа предусматривает развития коммуникативных способностей, внимания и памяти.

Программа «Шахматные короли» дает возможность проводить турниры для желающих обучиться играть в шахматы, игру, как нельзя лучше тренирующую память, что очень важно для людей старшего поколения.

Пенсионеры чаще всего страдают от недостатка общения. Поэтому в Центре проводились неформальные встречи («Давай познакомимся за чашкой чая!», «Наши юбиляры», «Давай поженимся!», «Алматы – моя первая любовь»), на которых можно было знакомиться друг с другом, общаться, объединяться в группы по интересам.

Большой интерес вызывают непродолжительные выезды за город (празднование масленицы, поездки на озеро, в горы), экскурсии по городу, лекции («Дни мирового кинематографа», «Современная литература и искусство»).

За вышеуказанный период 225 человек съездили на экскурсии по городу, организованные в партнерстве с Департаментом туризма и внешних связей акимата г. Алматы. 226 человек участвовали в тематических мероприятиях социально-досугового блока (рисунок 5).

В рамках блока «Связь поколений» проводились эстафеты, тематические конкурсы «А ну-ка, бабушки!» совместно с учащимися ОШ №173 и участниками детских этно-фольклорных творческих коллективов «Масис» и «Аракс».

СОЦИАЛЬНО-МЕДИЦИНСКИЕ УСЛУГИ

Программа состояла из нескольких блоков. Приоритетным для работников и посетителей Центра стал

блок «Здоровый образ жизни акакала», ориентированный на укрепление здоровья и продление активного долголетия людей преклонного возраста с использованием метода адаптивной лечебной физкультуры и скандинавской ходьбы. Также планировалось проведение курса лекций, подобранных врачами, с учетом возрастных изменений, направленных на пропаганду здорового образа жизни, повышение информированности о резервных возможностях организма и их использование, повышение сопротивляемости организма к стрессовым ситуациям и их снятие. Особенно востребованными стали консультации медицинского работника в пределах оказания доврачебной помощи.

Посетители Центра, благодаря проводимой Министерством здравоохранения РК и структурными подразделениями акимата г. Алматы разъяснительной работе среди пожилых людей, оздоровительные немедикаментозные мероприятия, предлагаемые в Центре, посещали активно, так как благодаря им здоровье и качество жизни многих ветеранов заметно улучшилось. Считаем, что блоки программы, апробированные нами и дающие положительные результаты (рисунок 6, таблица), могут применяться в условиях городов, где много людей пенсионного возраста. Тематика блоков программы социально-медицинских услуг, апробированных в ЦАД г. Алматы:

1. «Секреты» долголетия.
2. Адаптивная лечебная физическая культура в домашних условиях.
3. Влияние физической нагрузки на пожилого человека.
4. Средиземноморская диета для долголетия.
5. Адаптивная реабилитация.
6. Лечебная йога.
7. Скандинавская ходьба.
8. Терренкур.
9. Хореография и танцы.

Так, 871 человек посетил секцию скандинавской ходьбы, 715 – лечебной йоги, 681 – айкуне. Программа лечебной физкультуры стала наиболее востребованной, так как специалистами был разработан комплекс упражнений, направленных на оздоровление всех органов и частей тела. В программу ЛФК были введены, помимо традиционных элементов, новые, более современные, такие как скандинавская ходьба и группо-

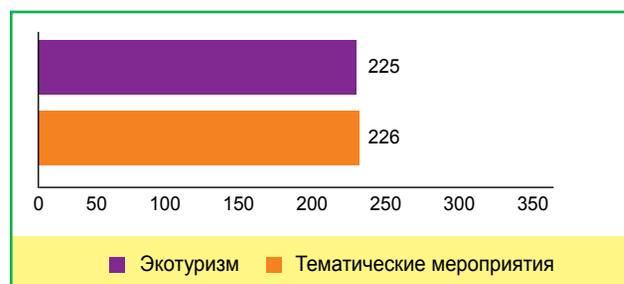


Рисунок 5 – Количество посещений мероприятий по социально-культурным программам, ЦАД за 6 месяцев 2018 года

вая оздоровительная гимнастика. А вот тренажеры не пользовались большой популярностью. Объясняется такое ранжирование особенностями психологии пожилого возраста, то есть возможностью общаться во время коллективных физкультурных занятий.

Так, за весь период функционирования Центра активного долголетия (таблица) его посещали 9 139 человек. Важными достижениями нашего проекта считаем повышение уровня социальной интеграции пожилых людей в общество и расширение круга лиц, получающих дополнительные социальные, образовательные, досуговые, консультационные услуги.

Кроме того, нами был заложен фундамент для формирования толерантного отношения к пожилым людям, разных взглядов и убеждений у подрастающего поколения. Было привлечено внимание населения, социальных работников, государственных структур к проблемам пожилых людей посредством публикаций в СМИ о ходе реализации проекта. Создана отечественная модель социальной преемственности поколений, духовно-нравственного воспитания молодых казахстанцев. Следует отметить, что, в соответствии с Мадридским планом действий, непрерывное образование в течение всей жизни является одним из эф-

Таблица – Общее количество посещений ЦАД за 6 месяцев 2018 года

Мероприятия	Количество посещений	Количество посещений (по месяцам)					
		июль	август	сентябрь	октябрь	ноябрь	декабрь
Оздоровительные занятия	3566	531	1492	608	285	314	336
Скандинавская ходьба	872	191	204	236	47	80	114
Лечебная физкультура	73	73					
Лечебная йога	689	254	166	81	39	99	50
Консультации, мастер-классы по оздоровлению	1002	13	791	79	119		
Оздоровительные занятия по Айкуне	677		302	150	53	88	84
Хореография	253		29	62	27	47	88
Занятия по социально-образовательным услугам	1717	293	358	280	106	367	313
Школа компьютерной грамотности	432	90	91	80	31	70	70
Школа изучения приложений к мобильным телефонам	429	14	91	80	26	105	113
Занятия по английскому языку	439	120	90	60	20	88	61
Занятия по казахскому языку	365	56	65	42	29	104	69
Тренинги, обучения	52	13	21	18			
Занятия по социально-психологическим услугам	543	126	134	139	36	75	33
Групповой психологический тренинг «Қарттарым-Асыл қазынам»	201	29	51	82	24	15	
Групповой психологический тренинг «Антистресс»	230	50	69	39	12	32	28
Индивидуальные психологические консультации	112	47	14	18		28	5
Занятия по социально-досуговым услугам	2393	264	199	254	582	549	545
Доступность социально-правовых услуг	379	22	12	18		318	9
Занятия по социально-трудовой деятельности	287		81	93	61	7	45
Консультации по социально-экономическим вопросам	254		23	31	86		114
Количество зарегистрированных	1757						
Количество фактически присутствующих	9139	1236	2299	1423	1156	1630	1395

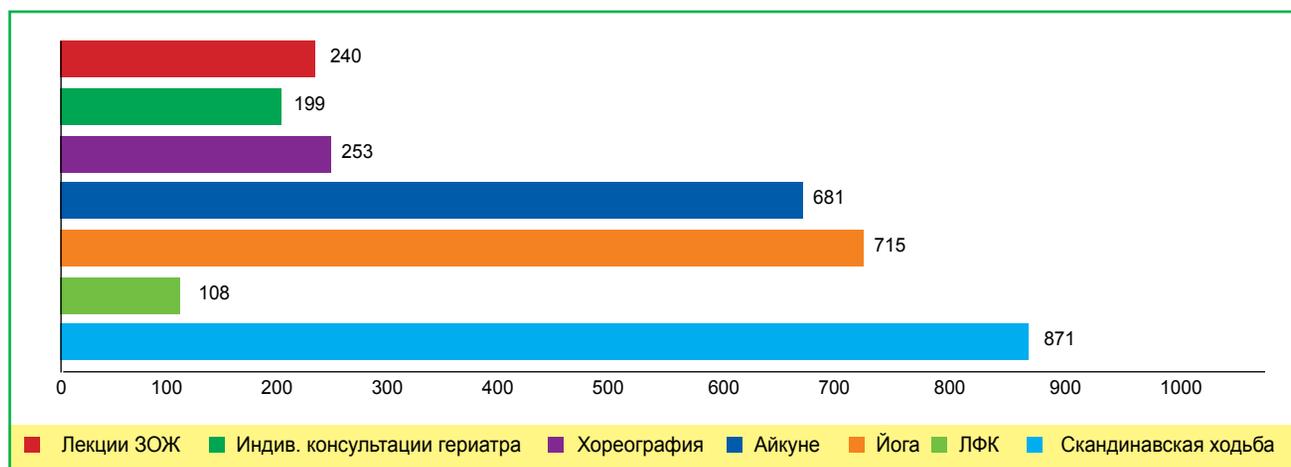


Рисунок 6 – Количество пожилых людей, получивших социально-медицинские услуги в ЦАД за 6 месяцев 2018 года

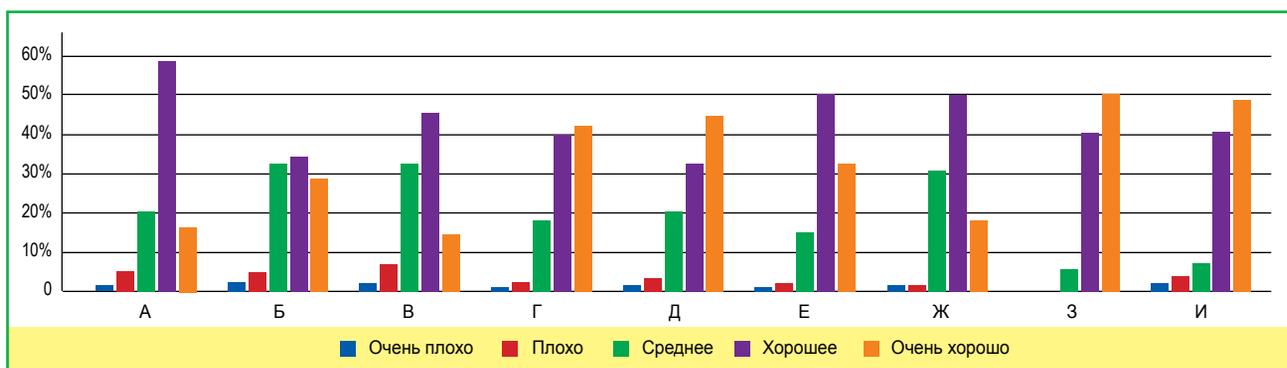


Рисунок 7 – Результаты обратного анкетирования по качеству оказанных услуг на базе ЦАД (2018 г)

Примечания. А – организационные (общая оценка), Б – социально-бытовые, В – социально-психологические, Г – социально-медицинские, Д – социально-оздоровительные, Е – социально-экономические, Ж – социально-трудовые, З – социально-культурные, И – социально-педагогические услуги.

фективных рычагов улучшения качества жизни пожилых людей. [2]

Анализ эффективности оказания образовательных услуг в ЦАД показал, что в казахстанском обществе удовлетворение образовательных потребностей пенсионеров, развитие их творческой активности, потребность в изучении ИТ, наработка навыков пользования социальными сетями интернет сообществ для развития коммуникабельности достаточно актуально и востребовано.

Действующие в течение 6 месяцев программы показали, что активная интеллектуальная деятельность, физическая активность и коллективный досуг значительно улучшили качество жизни пожилых людей, благотворно повлияв на их физическое и психическое состояние.

Так же, в целях оптимизации процесса регистрации, ведения статистического отчета и сбора данных для дальнейшего анализа была разработана электронная база «Карта потребностей пенсионера города Алматы» для последующей интеграции городского ЦАД с районными центрами. С целью повышения уровня информированности для пожилых людей соз-

даны страницы ЦАД в социальных сетях (Instagram, Facebook), разработан сайт (www.ata-apa.kz).

Модель классического менеджмента предполагает, что оценка эффективности и качества оказываемых услуг является одним из ключевых этапов мониторинга рабочих процессов. Используя условно принятые параметры оценки эффективности реализации проекта, мы оценили работу ЦАД по двум критериям:

1. Посещаемость Центра людьми пожилого возраста.
2. Отзывы посетителей и их родственников

С помощью опроса по технологии обратной связи было выявлено, что 58% респондентов считают общую организацию хорошей, 16% – очень хорошей, 6% остались неудовлетворёнными, так как считают длительность программ, рассчитанных на один месяц, недостаточной для приобретения новых навыков и знаний.

По результатам анкетирования выяснили, какие направления программы наиболее востребованы. Респонденты отметили лекции по ЗОЖ из цикла «Здоровье аксакала» (76% дали положительную оценку, 3% респондентов не удовлетворены ими).

Основной причиной явилось отсутствие лечебных и других терапевтических программ. Кроме того, 40% опрошенных отметили, что социально-экономические (лекции, индивидуальные консультации) и социально-педагогические (английский, казахский, латиница) услуги были полезны. Однако краткосрочный месячный курс – основная причина неудовлетворенности получателей услуг ЦАД.

Социально-трудовые услуги, включающие в себя внутреннюю и внешнюю трудотерапию, были восприняты положительно. 50% респондентов отметили, что они оказывались хорошо, 18% – отлично. Популярность предложенных программ объясняется, на наш взгляд, возможностью коллективного времяпрепровождения, способствующего активной социализации пожилых людей.

Мы провели еще один опрос, касающийся вопросов улучшения общего эмоционального и физическо-

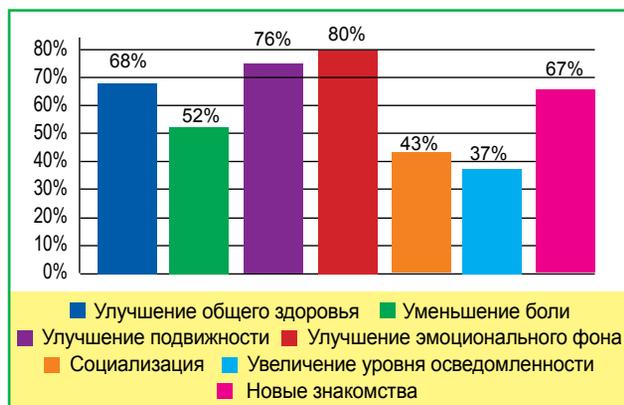


Рисунок 8 – Результаты анкетирования получателей услуг ЦАД по общему состоянию здоровья и психоэмоциональному фону (2018 год)

го здоровья среди получателей услуг ЦАД. Как видно из данных диаграммы (рисунок 8), 80% и 76% опрошенных отметили улучшение психоэмоционального фона и, соответственно, подвижности. 68% указали на улучшение общего состояния здоровья, 52% – уменьшение болей, 67% респондентов отметили, что ЦАД способствует активной ре-социализации получателей ЦАД.

ВЫВОДЫ

В ходе реализации программы активного долголетия нами сделаны определенные выводы.

Количество желающих посещать такого рода центры за 2018 год выросло. Фактическое ежедневное посещение ЦАД – 120-150 человек (по технической спецификации ожидаемое – 75 человек). За анализируемый период в базе Центра зарегистрировано 1 400 человек. 1 300 из них получили предлагаемые услуги. Следует отметить, что сформировалась очередь на посещение Центра на 2019 год.

Среди получателей ЦАД – пенсионеры со всех районов города Алматы, даже из отдаленных, таких как Наурызбайский и Турксибский. Проведенный анализ обратной связи показал, что один центр не способен обслуживать посетителей в максимальном объеме, что свидетельствует о необходимости открытия таких центров во всех районах города Алматы.

Анкетирование выявило основные проблемы, с которыми сталкиваются пожилые люди. Это социальная изоляция, психологический дискомфорт, связанные с выходом на пенсию, адаптация к возрастным изменениям, гендерное неравенство, компьютерная безграмотность, проблемы в семье, эйджизм, ухудшение физического здоровья, низкий уровень правовой и экономической грамотности, склонность к нарушениям психо-эмоционального фона, таким как ангедония, депрессия, чувство непрекращающейся тревожности, па-

нические атаки. Все вышеперечисленные проблемы свидетельствуют о необходимости осуществления в большем объеме политики поддержки пожилого человека в городе Алматы.

SUMMARY

AKANOVA A.A.¹, ESHMANOVA A.K.¹,
KARIBAEVA D.O.¹, AKANOVA K.K.¹,
LATKINA K.S.¹, BIZHANOVA M.P.¹,

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

MEDICAL AND SOCIAL POLICE FOR THE SUPPORT OF RETIRED PEOPLE IN THE CITY OF ALMATY

Increasing amount of retired people represents one of the main challenges in social policy in the city of Almaty [1]. Akimat developed and introduced a roadmap “Active Ageing” as a part of “The year of aged people support”, which underlined opening the first and a pilot center for retired people [6]. Public Fund “Kumis Khasyr” developed and introduced a multidisciplinary program for the provision of a range of social services such as medical, social, pedagogical, educational, cultural [6]. Under this program, 9,139 retired people were covered. Moreover, according to feedback 58% considered the overall organization good, 16% considered very good. Proper analysis on the needs showed that the main problems of the retirement age are social isolation, poor health, ageism, computer illiteracy, age-associated psycho-emotional disturbances such as anhedonia, depression, constantly emerging anxiety, panic attacks, as well as an extremely low level of cultural behavior. All of the above problems strongly suggest that there is a need to improve the policy of supporting an elderly person in the city of Almaty.

Keywords: social policy, the needs of the pensioner, active longevity.

Литература:

1. Мадридский международный план действий по проблемам старения 2002 года. [Электронный ресурс]: http://www.un.org/ru/documents/decl_conv/declarations/ageing_program.shtml.
2. Centers for Disease Control and Prevention: Healthy Aging: Preventing Disease and Improving Quality of Life Among Older Americans. May 2004. [Electronic resource]: http://www.cdc.gov/nccdphp/aag/aag_ageing.htm.
3. Chapman S.A. Theorizing about aging well: Constructing a narrative. – Can. J. Aging. – 2005. – 24: 8-18. Conwell Y., Thompson C. Suicidal behavior in elders. Psychiatr. Clin. N. Am. – 2008. – 31: 333-356.
4. Holt-Lunstad J., Smith T.B., Baker M., Harris T., Stephenson D. Loneliness and social isolation as risk factors for mortality: A meta-analytic review. – Perspect. Psychol. Sci. – 2015. – 10: 227-237.
5. Kagan S.H., Melendez-Torres G.J. (2015) Ageism in nursing. – J Nurs Manag. – 2015. – 23(5):644-650.
6. Kinsella K., Phillips D. (2005) Global aging: The challenge of success. // Population Bulletin. – Washington: Population Reference Bureau, 2005.
7. Lilienfeld D. & Perl D. Projected neurodegenerative disease mortality in the United States, 1990-2040. Neuroepidemiology. – 1993. – 12: 219-228.
8. Routasalo P., Pitkala K.H. Loneliness among older people. – Rev. Clin. Gerontol. – 2003. – 13: 303-311.
9. Second World Assembly on Ageing Madrid International Plan of Action on Ageing. [Electronic resource]: <http://undesadspd.org/Portals/0/ageing/documents/Fulltext-E.pdf>.
10. United Nations Department of Economic and Social Affairs Population Division. World Population (1950-2050). [Electronic resource]: www.un.org/esa/population/publications/worldageing19502050/.
11. United Nations Department of Economic and Social Affairs Population Division. Population Ageing and Development: Ten Years after Madrid. [Electronic resource]: www.unfpa.org.
12. Zeng Y., Feng Q., Hesketh, T., Christensen K., Vaupel J.W. Survival, disabilities in activities of daily living, and physical and cognitive functioning among the oldest-old in China: A cohort study. – Lancet. – 2017. – 22;389: 1619-1629.

МРПТИ: 76.31.35

IBRAGIMOVA L.N.¹, TUGELBAI G.E.¹, BALGIMBAEVA A.S.¹, TRENOZHNIKOVA L.P.¹,
 TURLYBAEVA Z.ZH.¹, KULMAGAMBETOV I.R.¹, BEREZIN V.T.¹, SADANOV A.K.¹,

¹Scientific Production Center of Microbiology and Virology, Almaty c.

STUDY OF TECHNOLOGICAL CHARACTERISTICS OF THE ORIGINAL PHARMACEUTICAL SUBSTANCE ROZEOFUNGIN-AS

The global pharmaceutical market is saturated with a large variety of antibiotics, which currently are comprised of 15 major classes according to their chemical structure [1]. Along with that, however, the issue of global antibiotic resistance is quite acute. The World Health Organization positions this problem as a priority and included it in the Global Action Plan on Antimicrobial Resistance at the World Health Assembly in 2015.



ABSTRACT

This paper represents the results of technological parameter, bulk density studies of the original pharmaceutical substance Rozeofungin-AS by comparison of dispersion. The numerical values of the technological parameters, bulk volume and bulk density of the substance, were determined before and after its grinding in the M-20 knife mill (IKA, Germany). The particle size of the active pharmaceutical substance was less than 1 mm before grinding and not more than 0.05 mm after grinding. The results of studying the above technological parameters showed the dependence of the bulk density on the particle size of the substance: a decrease in particle size increased the bulk density, there was a positive correlation of the obtained values. It was established that the substance with a particle size of 1 mm and the substance with a particle size of 50 μm have the ability to shrinkage and belong to the category of light powders.

Keywords: bulk density, dispersion, polyene antibiotic, Rozeofungin-AS, WHO.

The issue of global antibiotic resistance is quite acute. WHO, in order to prevent the spread of antibiotic resis-

tance and fight against it, recommends investing in scientific research and development of new antibiotics, vaccines, diagnostic tools and other means. [2]

The original pharmaceutical substance Rozeofungin-AS, a polyene antibiotic rozeofungin, was developed by the Kazakhstan scientists at SPC of Microbiology and Virology LLP and is produced on an industrial scale by Industrial Microbiology LLP (Almaty, Republic of Kazakhstan). The pharmaceutical substance Rozeofungin-AS is protected with a Trademark and registered in the Republic of Kazakhstan as a drug №RK-LS-5N023224) [3,4]. The registration dossier for the substance has been prepared according to the requirements of legislation of the RK in the field of medicine's circulation. The substance is an amorphous hygroscopic powder with light yellow color. The antibiotic rozeofungin is produced from a pro actinomycete type of *Streptomyces roseoflavus* var. *roseofungini* AS-20.4. It was established that the antibiotic rozeofungin has high activity against causative agents of mycotic infections, including the most dangerous pathogens that cause superficial and deep mycoses, and possesses a pronounced antiviral and virucidal activity. [5,6]

Knowledge of the physicochemical, pharmacotechnological/volumetric technological properties of the active substance is necessary for good pharmaceutical development of new drugs from the original substance Rozeofungin-AS. [7,9]

It is well known that dispersion can affect the quality and effectiveness of a drug, significantly reduce the time of dissolution and improves homogeneity. Evaluation of the volumetric parameters, such as bulk density, makes it possible to assess the ability of substances to shrinkage and establish their category. [10,11]

THE PURPOSE OF THE STUDY

The purpose of the study was to conduct a comparative analysis of bulk density of the APS Rozeofungin-AS with a different degree of dispersion (before and after grinding). Wasto conduct a comparative analysis of bulk density of the APS Rozeofungin-AS with a different degree of dispersion (before and after grinding).

MATERIALS AND METHODS

The active pharmaceutical substance (APS) Rozeofungin-AS, batch №25 (01.01.2018), with a particle size less than 1 mm before grinding and not more than 0.05 mm after grinding has been chosen as a object of the study. The study was carried out at the SPC of Microbiology and Virology LLP, National Medical University JSC, and MPC Viva Farm LLP (Almaty, Kazakhstan). The substance was grounded in an M-20 knife mill (IKA, Germany). Bulk den-

sity was assessed by the method described in the State Pharmacopoeia of the Republic of Kazakhstan (2.9.15) [12]. All measurements were performed in triplicate using a bulk density tester SVM 101 (ERWEKA, Germany). The used equipment and laboratory instruments were verified and qualified.

STUDY RESULTS

The quality of used substance complies with the requirements of AND RK 42-8181-17, the relative humidity was 1.63% while accepted rangeis not more than 2.5%. 74.4 g of the substance before grinding and 90 g of the substance after grinding were weighed, which took a volume (V_0) of 250 ml. The results of the study are presented in Table 1. The values of bulk volume of the examined types are positively correlated (Figure 1) and have no significant differences in the obtained values at 0 and 500 taps, their values vary between 0 to 0.7. Significant differences in the observed positive correlation are recorded at 10 and 1 250 taps and range from 7.2 to 23.3, indicating a greater degree of shrinkage of the fine substance. In addition, a positive correlation is observed between the obtained values for bulk density (Figure 2). The following dependence is preserved in two types of substance: bulk density increases with a decrease in bulk volume. It has been established that bulk density of the powder with a lower degree of dispersion is 1.2 times higher than others. Studied types of the Rozeofungin substance have the ability to shrinkage and belong to the category of light powders.

Table 1 – Results of measuring bulk volume and density of APS Rozeofungin before and after grinding

№ of measurement	Parameter															
	Bulk volume (V, ml)								Bulk density (P, g/ml)							
	Before grinding				After grinding				Before grinding				After grinding			
	V_0	V_{10}	V_{500}	V_{1250}	V_0	V_{10}	V_{500}	V_{1250}	P_0	P_{10}	P_{500}	P_{1250}	P_0	P_{10}	P_{500}	P_{1250}
1	250	244.0	196.4	196.4	250.0	236.8	195.7	173.1	0.29	0.30	0.37	0.37	0.36	0.38	0.46	0.52
2	250	244.0	196.4	196.4	250.0	236.8	195.7	180.0	0.29	0.30	0.37	0.37	0.36	0.38	0.46	0.50
3	250	244.0	196.4	196.4	250.0	236.8	195.7	176.5	0.29	0.30	0.37	0.37	0.36	0.38	0.46	0.51
Average value	250	244.0	196.4	196.4	250.0	236.8	195.7	176.5	0.29	0.30	0.37	0.37	0.36	0.38	0.46	0.51

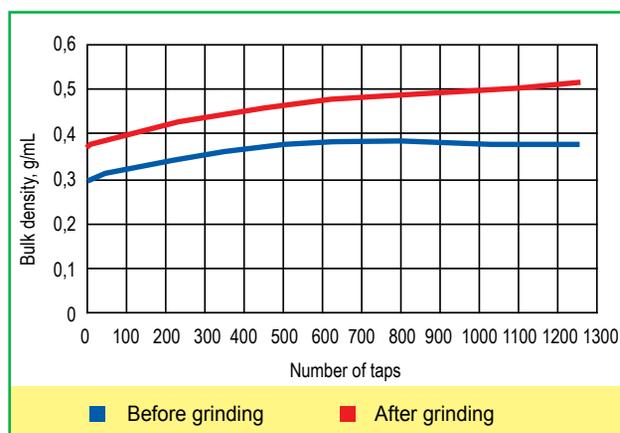
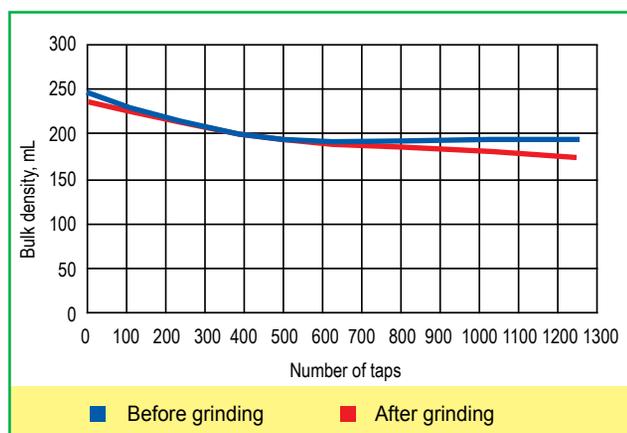


Figure 1 – Diagrams A is a bulk volume and B is a bulk density of APS Rozeofungin before and after grinding

Figure 2 – Diagrams A is a bulk volume and B is a bulk density of APS Rozeofungin before and after grinding

CONCLUSIONS

Hence, based on experimental data, the numerical values of bulk volume and density of the APS Rozeofungin-AS for the following degree of dispersion were determined: less than 1 mm before grinding and not more than 0.05 mm after grinding. The results of technological parameters demonstrate the dependence of bulk density on the particle size of the substance: bulk density increases with a decrease of the particle size. There is a positive correlation between the obtained values. It has been proved that the types of the studied substance Rozeofungin-AS have the ability to shrinkage and belong to the category of light powders. The obtained data was included into the registration dossier (DMF).

РЕЗЮМЕ

**ИБРАГИМОВА Л.Н.¹, ТУГЕЛЬБАЙ Г.Е.¹,
БАЛГИМБАЕВА А.С.¹, ТРЕНОЖНИКОВА Л.П.¹,
ТУРЛЫБАЕВА З.Ж.¹, КУЛМАГАМБЕТОВ И.Р.¹,
БЕРЕЗИН В.Т.¹, САДАНОВ А.К.¹,**

¹Научно-производственный центр
микробиологии и вирусологии, г. Алматы

ИЗУЧЕНИЕ ТЕХНОЛОГИЧЕСКИХ ХАРАКТЕРИСТИК ОРИГИНАЛЬНОЙ

ЛЕКАРСТВЕННОЙ СУБСТАНЦИИ «РОЗЕОФУНГИН-АС»

В статье представлены результаты исследования технологического параметра и насыпной плотности оригинальной фармацевтической субстанции «Розеофунгин-АС» со сравнением данных по дисперсности. Определены числовые значения технологических параметров насыпного объема и насыпной плотности субстанции до и после ее измельчения на ножевой мельнице М-20 (ИКА, Германия). Размер частиц активной фармацевтической субстанции составлял: до измельчения – менее 1 мм, после измельчения – не более 50 мкм. Результаты исследования вышеперечисленных технологических параметров показали зависимость насыпной плотности от размера частиц субстанции. Так, уменьшение размера частиц увеличивает насыпную плотность, с положительной корреляцией полученных значений. Установлено, что субстанция с размером частиц в 1 мм и субстанция с размером частиц в 0,05 мм обладают способностью к усадке и относятся к категории легких порошков.

Ключевые слова: насыпная плотность, дисперсность, полиеновый антибиотик, Розеофунгин-АС, ВОЗ.

References:

- Herrmann M. Innovation and antibiotic use within antibiotic classes: Market incentives and economic instruments. – Resource and Energy Economics. – 2013. – 35(4). – P. 582-598.
- World Health Organization. Regional Office for Europe. Progress report on the implementation of the European Strategic Action Plan on Antibiotic Resistance EUR/RC68/8(I). [Electronic resource]: www.who.int/mediacentre/factsheets/antibiotic-resistance/ru.
- Trademark Certificate №45 804 for Rozeofungin-AS, 09.09.2015, A.K. Sadanov.
- State Register of Medicines of National Center for Expertise of Medicines, Medical Devices and Medical Equipment. [Electronic resource]: <http://www.ndda.kz/>.
- Sadanov A.K., Berezin V.E., Trenozhnikova L.P., Balgimbaeva A.S., Ultanbekova G.D. Human mycoses and antifungals. – Almaty: Kausar Studio, Monograph, 2016, 289 p.
- Sadanov A.K., Berezin V.E., Trenozhnikova L.P., Balgimbaeva A.S. a highly active production valuable producer of the polyene antibiotic rozeofungin. RK Patent №31866. Strain Streptomyces roseoflavus v. roseofungini AS-20.14. [Electronic resource]: <https://kazpatent.kz/images/bulleten/2017/gazette/ru201704/html/b0098015.htm>.
- Order of the Ministry of Health of the Republic of Kazakhstan №754: Rules for drafting regulatory and technical documents on the control of the quality and safety of medicines. [Electronic resource]: <http://adilet.zan.kz/rus/docs/V090005915>.
- Aleksandrov A.V., Dashkova N.V., Zhulinsky V.A. ICH Q8 (Pharmaceutical Development). Transl. from English. – Vialek, 2008, 44 p. [Electronic resource]: www.vialek.ru/shop/catalog/guidelines/detail/908/.
- ICH Q8 (R2) Pharmaceutical Development. – Geneva: ICH, 2009. – 24 p. [Electronic resource]: <https://www.ema.europa.eu>.
- Chueshov V.I., et al. Industrial Technology of Drugs. – Kharkiv: MTK-Kniga, Publishing House of NPhaU, 2002, 1124 p.
- Tikhonov A.I., Yarnykh T.G. Drug Technology: The manual for pharmaceutical universities and departments: Transl. from Ukrainian. – Kharkiv: Publishing House Golden Pages of NPhaU, 2002, 704 p.
- State Pharmacopoeia of the Republic of Kazakhstan. Vol.1. – Almaty: Zhibek Zholy Publishing House, 2008, 592 p.

БЕЗОПАСНОСТЬ ЛЕКАРСТВ

В Канаде компания Allergan отозвала с рынка текстурированные имплантаты молочной железы

Причина в том, что регуляторные органы страны приостановили действие регистрационного удостоверения по соображениям безопасности, так как считается, что использование подобных имплантатов может повышать риск развития онкологических заболеваний.

В конце 2018 г. Allergan прекратила продажи текстурированных имплантатов во Франции. Эти имплантаты чаще используются в европейских клиниках, чем в американских, однако есть мнение, что они могут быть связаны с развитием редкой злокачественной анапластической крупноклеточной лимфомы.

reuters.com



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	
			<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
1.							
2.							
3.							

*Указать в описании нежелательного явления

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

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

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

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

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

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

Был ли подозреваемый препарат или курс вакцинации отменен?

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

Предпринятые меры

Препарат отменен Курс остановлен Доза снижена Без изменений

Доза увеличена Неизвестно Другое _____

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

Предпринятые меры

Препарат отменен Курс остановлен Доза снижена Без изменений

Доза увеличена Неизвестно Другое _____

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

Предпринятые меры

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

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

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

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

Имя:

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

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

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

- Нет, не разрешаю

Подпись лица, направляющего сообщение:

_____ Дата: _____ . _____ . _____

Примечание:

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

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

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

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

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

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

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

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

Форма

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

Получатель _____
адрес государственной уполномоченной организации в области здравоохранения

Дата уведомления _____

Номер документа, присвоенный уведомителем _____

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

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

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

Отметка об отправке сообщения уполномоченному органу в области здравоохранения.

ИНФОРМАЦИЯ О ЛИЦЕ, ПРЕДСТАВИВШЕМ УВЕДОМЛЕНИЕ

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

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

Наименование (контактное наименование) _____

Почтовый индекс и адрес _____

Телефон _____

e-mail _____

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

Наименование _____

Контактное лицо уполномоченного представителя, ответственное за мониторинг медицинских изделий _____

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

ИНФОРМАЦИЯ О ДРУГОМ О ЛИЦЕ, ПРЕДСТАВИВШЕМ УВЕДОМЛЕНИЕ

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

ОПЕРАТОР ИЗДЕЛИЯ МЕДИЦИНСКОГО НАЗНАЧЕНИЯ/МЕДИЦИНСКОЙ ТЕХНИКИ

Профессиональный медицинский работник _____
Пациент _____
Другой _____

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

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

ИНФОРМАЦИЯ О ПАЦИЕНТЕ

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

ИНФОРМАЦИЯ ОБ ИЗДЕЛИИ МЕДИЦИНСКОГО НАЗНАЧЕНИЯ/МЕДИЦИНСКОЙ ТЕХНИКЕ

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

Подпись

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

Pharmkaz.kz – это достоверная информация о рынке лекарств и медицинских изделий, состоянии фармацевтического рынка Казахстана и других стран, нормативные правовые акты МЗ РК, данные о побочных действиях лекарственных средств и медицинских изделий, рекомендации специалистов, публикация результатов научных исследований казахстанских и зарубежных ученых в области фармации, клинической фармакологии и практической медицины, обсуждение фармакопейных статей, новости фармацевтических компаний, электронные версии журнала «Фармация Казахстана».

