

## *Уважаемые читатели!*

**Н**е зря говорят, что июль – макушка лета. Показания термометров в этом году поднимаются до почти предельных температур. Но жарко не только на городских улицах и пляжах близ водоемов, где проводит отпускное время большая часть казахстанцев. «Жарко» и в кабинетах министерств, местных исполнительных органов, учреждений образования, здравоохранения, центрах обслуживания населения. Идет «своеобразная перезагрузка» работы государственных органов, самая масштабная за последние десятилетия. Все службы, оказывающие услуги населению, корректируют планы в соответствии с новыми трендами, официально признанными доминирующими во всем мире, в плане развития экономики и социальной сферы стран на ближайшие два года.

Прежде всего, это переход на безбумажный формат документооборота. В здравоохранении, в частности, внедрение и использование современных ИТ-технологий дало миллиарды тенге экономии. Переход на рецептурный отпуск лекарственных средств (с использованием электронных рецептов) спасет тысячи жизней.

Применение нормативных актов по этическому продвижению лекарственных средств поможет нашим докторам получать только достоверную и объективную информацию о вновь зарегистрированных в стране лекарственных средствах, что, в свою очередь, расширит доступ всех слоев населения к качественному лекарственному обеспечению.

Мы, члены редколлегии и сотрудники редакции, всегда с большим интересом читаем материалы, которые присылают нам авторы со всех концов нашей страны. Публикация результатов, полученных ими в ходе анализа, мониторинга, доклинических или клинических исследований, важна не только для производителей, дистрибьюторов, провизоров и работников здравоохранения. Эти изыскания зачастую приводят к очень хорошим результатам, направленным на благо всех казахстанцев.

Например, в нескольких номерах журнала в 2018-2019 годах мы публиковали результаты исследований, посвященных проблемам мозга и сохранению качества жизни у возрастных пациентов, которые проводятся группой преподавателей Казахского национального медицинского университета имени С.Д. Асфендиярова.

Ученые разработали уникальную программу «Активное долголетие», которую при финансовой поддержке Аппарата акима г. Алматы апробировали в 2018 году. Она настолько понравилась алматинцам тем, что дала потрясающие положительные результаты в плане сохранения здоровья и социализации пожилых людей, что ее продлили еще на один год. В настоящее время Центры активного долголетия открываются и в других казахстанских городах.

Публикации авторов нашего журнала (казахстанских и иностранных ученых) помогают следовать и другому мировому тренду – отказу от частого употребления антибиотиков, витаминных препаратов, некоторых БАДов, которые так любят самостоятельно «назначать» себе люди во всех странах. Достоверную информацию по фармаконадзору, о пользе и вреде лекарственных препаратов, фитопрепаратов, БАДов, пищевых продуктах мы регулярно размещаем на страницах журнала, его электронном ресурсе ([www.pharmkaz.kz](http://www.pharmkaz.kz)) и на странице социальной сети FB.

Еще один тренд, направленный на сохранение здоровья населения земли, это максимально эффективное использование местных ресурсов. Изучение богатейшего растительного сырья нашей страны уже завтра поможет создать фитопрепараты, которые и вылечат, и сохранят здоровье. О том, какие растения сегодня представляют научный интерес, какие витамины и минеральные вещества обязательно нужно принимать казахстанцам, читайте в июльском номере.

Еще одним приоритетным трендом является улучшение экологии Земли. Весьма интересны результаты доклинического исследования влияния желтого фосфора на животных и человека, проведенного нашими авторами из Туркестана, где расположено крупнейшее в Азии предприятие по переработке фосфора.

Заслуживают внимания результаты мониторинга историй болезни беременных женщин на предмет соответствия официальным протоколам лечения, который был проведен нашими авторами в городе Туркестан.

Летом мы отдыхаем, едим от души фрукты и овощи, начинаем, наконец, делать зарядку по утрам, играть с детьми в футбол и волейбол, путешествуем. И на время забываем о болезнях, усталости, ежедневных проблемах.

Пусть каждый летний день будет ярким и наполненным только позитивными эмоциями!

*Ф. СУЛЕЕВА,  
заместитель главного редактора*

#### Редакционный совет

Р.М. Абдуллабекова (Казахстан)  
Виталис Бриедис (Литва)  
А.И. Гризодуб (Украина)  
Н.Т. Джайнакбаев (Казахстан)  
В.Л. Дорофеев (Россия)  
А.Э. 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)

#### Редакционная коллегия

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

Заместитель  
главного редактора  
Ф.Э. Сулеева

Дизайн и верстка  
А.В. Беккер



#### Адрес редакции:

050004, РК, г. Алматы,  
пр. Абылай хана, 63, оф. 215,  
тел.: +7 (727) 273 03 73,  
+7 (747) 373 16 17 (whatsApp).  
E-mail: pharmkaz@dari.kz;  
www.pharmkaz.kz

#### 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: 31.08.2019 г.  
Тираж: 600 экз. Заказ №422  
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.

## СОДЕРЖАНИЕ

<b>ОФИЦИАЛЬНЫЙ ОТДЕЛ</b> .....	4
 <b>ОБЩЕСТВЕННОЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЕ</b>	
<i>ЖАНДОСОВ О.К., КАУСОВА Г.К.</i> Качественная своевременная диагностика и лечение патологий молочных желез как фактор влияния на эпидемиологические показатели рака.....	12
 <b>ПОИСК. ИССЛЕДОВАНИЯ. ЭКСПЕРИМЕНТ</b>	
<i>САТБАЕВА Э.М., САКИПОВА З.Б., ИБРАГИМОВА Н.А., СЕЙТАЛИЕВА А.М., АПСЕМЕТОВ Д.Р.</i> Изучение <i>in vivo</i> токсичности суппозиторий «Кызылмай®», «Кызылмай® с прополисом» и «Облепиховые с Кызылмай®» .....	16
<i>АЗИМХАНОВА Б.Б., УСТЕНОВА Г.О., ШАРИПОВ К.О.</i> Изучение технологических параметров растительного сырья – Клоповника широколистного ( <i>Lepidium Latifolium L.</i> ) .....	21
<i>АРЫСТАНОВА С.Т., ИРИСМЕТОВА Д.Н., ОҢАЛБАЙ Б.Б., ЖУМАНАЗАРОВ Н.А.</i> Морфофункциональное исследование почечного тельца при воздействии желтого фосфора на лабораторных животных .....	24
<i>АЯЗБЕКОВ А.К., НУРХАСИМОВА Р.Г.</i> Проблемы фармакотерапии экстрагенитальных заболеваний во время беременности .....	31
 <b>ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОЕ ПРАВО</b>	
<i>АЛТЫБАЕВ Н.К., УБАЙДАЕВА А.Б., ЕРМАХАН Б.Б., ТАТЫКАЕВА У.Б., ЖУМАНАЗАРОВ Н.А.</i> Кәсіби медициналық көмек көрсету барысында анықталған қателіктерді сот медициналық сараптау.....	34
<i>АЛТЫБАЕВ Н.К., ДОСЖАНОВ С.С., ЖУМАНАЗАРОВ Н.А.</i> Емдеу-профилактика мекемелерінде көрсетілген медициналық көмек қателіктерін құқық негізінде бағалау.....	40
 <b>КЛИНИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА</b>	
<i>МҮСІЛІМ К.К.</i> Изучение клинических эффектов лекарственного препарата «Бетасерк» у пациентов с головокружением в клинической практике .....	46

**ПРИКАЗ МИНИСТРА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН  
№ҚР ДСМ-104 ОТ 15 ИЮЛЯ 2019 ГОДА  
ОБ УТВЕРЖДЕНИИ ПРЕДЕЛЬНЫХ ЦЕН  
НА ТОРГОВОЕ НАИМЕНОВАНИЕ ЛЕКАРСТВЕННОГО СРЕДСТВА  
ДЛЯ РОЗНИЧНОЙ И ОПТОВОЙ РЕАЛИЗАЦИИ СОГЛАСНО  
ПРИЛОЖЕНИЯМ К НАСТОЯЩЕМУ ПРИКАЗУ**

В соответствии с пунктом 2 статьи 86-1 Кодекса Республики Казахстан «О здоровье народа и системе здравоохранения» ПРИКАЗЫВАЮ:

1. Утвердить предельные цены на торговое наименование лекарственного средства для оптовой реализации согласно приложению 1 к настоящему приказу.

2. Утвердить предельные цены на торговое наименование лекарственного средства для розничной реализации согласно приложению 2 к настоящему приказу.

3. Настоящие предельные цены на торговое наименование лекарственного средства для розничной и оптовой реализации сформированы на основании данных определенных и рассчитанных государственной экспертной организацией в сфере обращения лекарственных средств и медицинских изделий в соответствии с Правилами регулирования цен на лекарственные средства, утвержденные приказом министра здравоохранения Республики Казахстан от 19 апреля 2019 года №ҚР ДСМ-42 (зарегистрирован в Реестре государственной регистрации нормативных правовых актов под №130940).

4. Комитету контроля качества и безопасности товаров и услуг Министерства здравоохранения Республики Казахстан обеспечить:

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

2) в течение десяти календарных дней со дня государственной регистрации настоящего приказа на-

правление его на казахском и русском языках в Республиканское государственное предприятие на праве хозяйственного ведения «Институт законодательства и правовой информации Республики Казахстан» Министерства юстиции 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 юридический департамент Министерства здравоохранения Республики Казахстан сведений об исполнении мероприятий, предусмотренных подпунктами 1), 2) и 3) настоящего пункта.

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

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

(Зарегистрирован в Министерстве юстиции Республики Казахстан 16 июля 2019 года №19037).\*

**Министр здравоохранения  
Республики Казахстан  
Е. БИРТАНОВ**

**ПРИКАЗ КОМИТЕТА КОНТРОЛЯ КАЧЕСТВА И БЕЗОПАСНОСТИ  
ТОВАРОВ И УСЛУГ МЗ РК №123-НҚ ОТ 27 ИЮНЯ 2019 ГОДА  
О СНЯТИИ ПРИОСТАНОВЛЕНИЯ ПРИМЕНЕНИЯ И  
РЕАЛИЗАЦИИ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ СОГЛАСНО  
ПРИЛОЖЕНИЮ К НАСТОЯЩЕМУ ПРИКАЗУ**

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 путем возобновления обращения лекарственных средств согласно приложению к настоящему приказу.

2. Департаменту контроля качества и безопасности товаров и услуг города Алматы Комитета контроля качества и безопасности товаров и услуг Министерства здравоохранения Республики Казахстан в течение

одного календарного дня довести настоящий приказ до сведения владельца регистрационного удостоверения лекарственного средства.

3. Территориальным подразделениям Комитета контроля качества и безопасности товаров и услуг 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.

\*Приложения 1,2 к приказу №ҚР ДСМ-104 размещены на электронном ресурсе журнала ([www.pharmkaz.kz](http://www.pharmkaz.kz)), в разделе «НПА» (приказы МЗ РК и Комитета контроля качества и безопасности товаров и услуг МЗ РК).

4. Контроль за исполнением настоящего приказа возложить на заместителя председателя Комитета контроля качества и безопасности товаров и услуг Министерства здравоохранения Республики Казахстан Асылбекова Н.А.

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

*Основание:* письмо РГП на ПХВ «Национальный центр экспертизы лекарственных средств и медицинских изделий» Комитета контроля качества и безопасности товаров и услуг Министерства здравоохранения Республики Казахстан от 7 июня 2019 года №18-16-586/И.

**Председатель  
Л. БЮРАБЕКОВА**

*Приложение  
к приказу Председателя Комитета контроля  
качества и безопасности товаров и услуг  
Министерства здравоохранения Республики Казахстан  
от 27 июня 2019 года №123-НҚ*

### ПЕРЕЧЕНЬ РЕГИСТРАЦИОННЫХ УДОСТОВЕРЕНИЙ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ, ПОДЛЕЖАЩИХ ВОЗОБНОВЛЕНИЮ

№	Номер регистрационного удостоверения	Дата выдачи	Наименование лекарственного средства (лекарственная форма, дозировка)	Производитель, страна	Владелец регистрационного удостоверения, страна
<b>Левифлоксацины</b>					
1	РК-ЛС-5№021317	20.04.2015 г.	Девилон, таблетки, покрытые пленочной оболочкой, 500 мг	Медокеми Лтд, Кипр	Медокеми Лтд, Кипр
<b>Моксифлоксацины</b>					
2	РК-ЛС-5№022502	30.11.2016 г.	Пленмокси, раствор для инфузий, 400 мг	Акумс Драгс и Фармасьютикалс Лтд, Индия	ТОО «Авиценна-Лтд», Казахстан

### ПРИКАЗ КОМИТЕТА КОНТРОЛЯ КАЧЕСТВА И БЕЗОПАСНОСТИ ТОВАРОВ И УСЛУГ МЗ РК №124-НҚ ОТ 27 ИЮНЯ 2019 ГОДА О ЗАПРЕТЕ МЕДИЦИНСКОГО ПРИМЕНЕНИЯ, РЕАЛИЗАЦИИ И ИЗЪЯТИИ ИЗ ОБРАЩЕНИЯ СЕРИЙ (ПАРТИЙ) ЛЕКАРСТВЕННОГО СРЕДСТВА «ЦЕФТРИАКСОН, ПОРОШОК ДЛЯ ПРИГОТОВЛЕНИЯ РАСТВОРА ДЛЯ ВНУТРИВЕННОГО И ВНУТРИМЫШЕЧНОГО ВВЕДЕНИЯ, 1,0 Г», ПРОИЗВОДСТВА ОАО «КРАСФАРМА», РОССИЯ

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 от 27 февраля 2015 года №106, в целях защиты здоровья и жизни граждан страны, ПРИКАЗЫВАЮ:

1. Запретить медицинское применение, реализацию и изъять из обращения серию 1461018 лекарственного средства «Цефтриаксон, порошок для приготовления раствора для внутривенного и внутримышечного введения, 1,0 г», производства ОАО «Красфарма», Россия, номер регистрационного удостоверения РК-ЛС-5№013713.

2. Департаменту контроля качества и безопасности товаров и услуг города Алматы Комитета контроля качества и безопасности товаров и услуг Министерства здравоохранения Республики Казахстан в течение одного календарного дня со дня получения настоящего приказа письменно известить о настоящем решении держателя регистрационного удостоверения.

3. Территориальным подразделениям Комитета контроля качества и безопасности товаров и услуг 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, городов 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 серий (партий) указанных лекарственных средств, согласно пункту 1 настоящего приказа, и уведомить в течение трех календарных дней Комитет контроля качества и безопасности товаров и услуг Министерства здравоохранения Республики Казахстан, с приложением подтверждающих документов, и уполномоченного представителя производителя о принятых мерах по выполнению данного решения.

4. Субъектам, имеющим в наличии указанные серии (партии) лекарственных средств, подлежащих изъятию из обращения 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 указанных серий (партий) лекарственного средства, согласно пункту 1 настоящего приказа, с последующим их возвратом производителю и дальнейшей заменой на другие серии (партии), либо уничтожением;

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

6. Контроль за исполнением настоящего приказа возложить на заместителя председателя Комитета контроля качества и безопасности товаров и услуг Министерства здравоохранения Республики Казахстан Асылбекова Н.А.

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

*Основание:* письмо РГУ «Департамент контроля качества и безопасности товаров и услуг Карагандинской области Комитета контроля качества и безопасности товаров и услуг Министерства здравоохранения Республики Казахстан» №19-24-13-5/3806 от 19 июня 2019 года.

**Председатель  
Л. БЮРАБЕКОВА**

## ПРИКАЗ КОМИТЕТА КОНТРОЛЯ КАЧЕСТВА И БЕЗОПАСНОСТИ ТОВАРОВ И УСЛУГ МЗ РК №129-НҚ ОТ 4 ИЮЛЯ 2019 ГОДА О СНЯТИИ ПРИОСТАНОВЛЕНИЯ ПРИМЕНЕНИЯ И РЕАЛИЗАЦИИ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ СОГЛАСНО ПРИЛОЖЕНИЮ К НАСТОЯЩЕМУ ПРИКАЗУ

В соответствии с пунктами 11 и 12 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 путем возобновления обращения лекарственных средств согласно приложению к настоящему приказу.

2. Территориальным подразделениям Комитета контроля качества и безопасности товаров и услуг 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, го-

родов республиканского значения и столицы, ТОО «СК-Фармация»;

- субъектов фармацевтической деятельности через средства массовой информации.

3. Контроль за исполнением настоящего приказа возложить на заместителя председателя Комитета контроля качества и безопасности товаров и услуг Министерства здравоохранения Республики Казахстан Асылбекова Н.А.

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

*Основание:* письмо РГП на ПХВ «Национальный центр экспертизы лекарственных средств и медицинских изделий» Комитета контроля качества и безопасности товаров и услуг Министерства здравоохранения Республики Казахстан от 21 июня 2019 года №18-16-611/И.

**Председатель  
Л. БЮРАБЕКОВА**

*Приложение к приказу  
Председателя Комитета контроля качества  
и безопасности товаров и услуг  
Министерства здравоохранения Республики Казахстан  
от 4 июля 2019 года №129-НҚ*

### ПЕРЕЧЕНЬ РЕГИСТРАЦИОННЫХ УДОСТОВЕРЕНИЙ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ, ПОДЛЕЖАЩИХ ВОЗОБНОВЛЕНИЮ

№	Номер регистрационного удостоверения	Дата выдачи	Наименование лекарственного средства (лекарственная форма, дозировка)	Производитель, страна	Владелец регистрационного удостоверения, страна
<b>Моксифлоксацины</b>					
1	РК-ЛС-5№021238	20.03.2015 г.	Микромокс-400, таблетки, покрытые пленочной оболочкой, 400 мг	Микро Лабс Лимитед, Индия	Микро Лабс Лимитед, Индия
<b>Ципрофлоксацины</b>					
2	РК-ЛС-5№003435	27.07.2017 г.	Цефлоск-500, таблетки, покрытые пленочной оболочкой, 500 мг	Плетхико Фармасьютикалз Лтд., Индия	Плетхико Фармасьютикалз Лтд., Индия

**ПРИКАЗ КОМИТЕТА КОНТРОЛЯ КАЧЕСТВА И БЕЗОПАСНОСТИ  
ТОВАРОВ И УСЛУГ МЗ РК №130-НҚ ОТ 5 ИЮЛЯ 2019 ГОДА  
О ПРИОСТАНОВЛЕНИИ ДЕЙСТВИЯ РЕГИСТРАЦИОННЫХ  
УДОСТОВЕРЕНИЙ НЕКОТОРЫХ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ,  
СОГЛАСНО ПРИЛОЖЕНИЮ К НАСТОЯЩЕМУ ПРИКАЗУ, ДО  
ВНЕСЕНИЯ НЕОБХОДИМЫХ ИЗМЕНЕНИЙ В ИНСТРУКЦИЮ ПО  
МЕДИЦИНСКОМУ ПРИМЕНЕНИЮ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ**

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 от 27 февраля 2015 года №106, в целях защиты здоровья и жизни граждан страны, ПРИКАЗЫВАЮ:

1. Приостановить действие регистрационных удостоверений лекарственных средств, согласно приложению к настоящему приказу, до внесения необходимых изменений в инструкцию по медицинскому применению лекарственных средств.

2. Владельцу регистрационного удостоверения (производителю, его официальным представителям на территории Республики Казахстан) или дистрибьюторам в срок до пяти рабочих дней с момента получения данного решения оповестить субъектов, имеющих в наличии лекарственное средство согласно пункту 1 настоящего приказа, о приостановлении медицинского применения данного лекарственного средства.

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

4. Территориальным подразделениям Комитета контроля качества и безопасности товаров и услуг 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 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;

2) в течение тридцати календарных дней с момента получения данного приказа провести соответствующие меры по изъятию из обращения лекарственных средств, указанных в пункте 1 настоящего приказа, и сообщить в течение трех календарных дней в Комитет контроля качества и безопасности товаров и услуг Министерства здравоохранения Республики Казахстан о принятых мерах по выполнению данного решения.

5. Контроль за исполнением настоящего приказа возложить на заместителя Председателя Комитета контроля качества и безопасности товаров и услуг Министерства здравоохранения Республики Казахстан Асылбекова Н.А.

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

*Основание:* письма РГП на ПХВ «Национальный центр экспертизы лекарственных средств, изделий медицинского назначения и медицинской техники» Комитета контроля качества и безопасности товаров и услуг Министерства здравоохранения Республики Казахстан от 4 июня 2019 года №18-16-564/И и №18-16-565/И.

**Председатель  
Л. БЮРАБЕКОВА**

*Приложение к приказу  
Председателя Комитета контроля качества  
и безопасности товаров и услуг  
Министерства здравоохранения Республики Казахстан  
от 05 июля 2019 года №130-НҚ*

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

№	Номер регистрационного удостоверения	Дата выдачи	Наименование лекарственного средства (лекарственная форма, дозировка)	Производитель, страна	Владелец регистрационного удостоверения, страна
<b>Противовирусные препараты прямого действия для лечения гепатита С</b>					
1	РК-ЛС-5№023276	03.10.2017 г.	Вирдак (софосбувир), таблетки, покрытые пленочной оболочкой, 400 мг	Хетеро Лабс Лимитед., Индия	Хетеро Лабс Лимитед., Индия
2	РК-ЛС-5№022703	20.01.2017 г.	Гратециано (софосбувир), таблетки, покрытые пленочной оболочкой, 400 мг	EUROPEAN EGYPTIAN PHARM. IND, Египет	EUROPEAN EGYPTIAN PHARM. IND, Египет

3	РК-ЛС-5№023266	27.09.2017 г.	Зепатир (элбасвир/ grazопревир)	МСД Интернешнл ГмБХ Т/А МСД, Ирландия	Шеринг-Плау Сентрал Ист АГ, Швейцария
4	РК-ЛС-5№022490	24.11.2016 г.	Софген (софосбувир), таблетки, покрытые пленочной оболочкой, 400 мг	Хетеро Лабс Лимитед., Индия	Хетеро Лабс Лимитед., Индия
<b>Метотрексат содержащие лекарственные средства</b>					
5	РК-ЛС-5№013074	07.10.2014 г.	Веро-Метотрексат, раствор для инъекций, 5 мг/мл	ООО «ЛЭНС-Фарм», Российская Федерация	ООО «ЛЭНС-Фарм», Российская Федерация
6	РК-ЛС-5№013075	07.10.2014 г.	Веро-Метотрексат, раствор для инъекций, 10 мг/мл	ООО «ЛЭНС-Фарм», Российская Федерация	ООО «ЛЭНС-Фарм», Российская Федерация
7	РК-ЛС-5№009914	23.05.2017 г.	Метотрексат, таблетки, покрытые оболочкой, 2,5 мг	ОАО «Валента Фармацевтика», Российская Федерация	ОАО «Валента Фармацевтика», Российская Федерация
8	РК-ЛС-5№023252	21.09.2017 г.	Метотрексат-Келун-Казфарм, раствор для инъекций, 7,5 мг/0,75 мл	ТОО «Kelun-Kazpharm (Келун-Казфарм)», Казахстан	ТОО «Kelun-Kazpharm (Келун-Казфарм)», Казахстан
9	РК-ЛС-5№023253	21.09.2017 г.	Метотрексат-Келун-Казфарм, раствор для инъекций, 10 мг/1 мл	ТОО «Kelun-Kazpharm (Келун-Казфарм)», Казахстан	ТОО «Kelun-Kazpharm (Келун-Казфарм)», Казахстан
10	РК-ЛС-5№023254	21.09.2017 г.	Метотрексат-Келун-Казфарм, раствор для инъекций, 15 мг/1,5 мл	ТОО «Kelun-Kazpharm (Келун-Казфарм)», Казахстан	ТОО «Kelun-Kazpharm (Келун-Казфарм)», Казахстан
11	РК-ЛС-5№023255	21.09.2017 г.	Метотрексат-Келун-Казфарм, раствор для инъекций, 20 мг/2 мл	ТОО «Kelun-Kazpharm (Келун-Казфарм)», Казахстан	ТОО «Kelun-Kazpharm (Келун-Казфарм)», Казахстан

**ПРИКАЗ КОМИТЕТА КОНТРОЛЯ КАЧЕСТВА И БЕЗОПАСНОСТИ  
ТОВАРОВ И УСЛУГ МЗ РК №136-НҚ ОТ 9 ИЮЛЯ 2019 ГОДА  
ОБ ОТЗЫВЕ РЕГИСТРАЦИОННЫХ УДОСТОВЕРЕНИЙ НЕКОТОРЫХ  
ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ СОГЛАСНО ПЕРЕЧНЮ, УКАЗАННОМУ  
В ПРИЛОЖЕНИИ К НАСТОЯЩЕМУ ПРИКАЗУ**

В соответствии с пунктом 17 статьи 71 Кодекса Республики Казахстан «О здоровье народа и системе здравоохранения», подпунктом 7) пункта 2 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. Отозвать регистрационные удостоверения лекарственных средств согласно перечню, указанному в приложении к настоящему приказу.

2. Департаменту контроля качества и безопасности товаров и услуг города Алматы Комитета контроля качества и безопасности товаров и услуг Министерства здравоохранения Республики Казахстан в течение трех календарных дней со дня получения настоящего приказа письменно известить о настоящем решении заявителей на государственную регистрацию лекарственных средств (держателя регистрационных удостоверений), указанных в пункте 1 настоящего приказа.

3. Территориальным подразделениям Комитета контроля качества и безопасности товаров и услуг Министерства здравоохранения Республики Казахстан (далее – территориальные подразделения Комитета) в течение одного рабочего дня со дня получения информации о данном решении обеспечить:

1) извещение (в письменной произвольной форме) местных органов государственного управления здравоохранением областей, городов республиканского значения и столицы, другие государственные органы (по компетенции);

2) размещение в средствах массовой информации;

3) в течение тридцати календарных дней с момента получения данного приказа провести соответствующие меры по изъятию из обращения лекарственных средств, указанных в пункте 1 настоящего приказа;

4) в течение трех календарных дней представления в Комитет контроля качества и безопасности товаров и услуг Министерства здравоохранения Республики Казахстан сведений об исполнении мероприятий, предусмотренных подпунктами 1), 2) и 3) настоящего пункта.

4. Субъектам, имеющим в наличии лекарственные средства, указанные в пункте 1 настоящего приказа, в течение пяти календарных дней со дня получения информации сообщить территориальному подразделению Комитета по месту расположения о принятых мерах по выполнению данного решения.

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

1) обеспечить сбор остатков лекарственного средства, указанного в пункте 1 настоящего приказа, с последующим их уничтожением согласно требовани-

ям действующего законодательства Республики Казахстан;

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

6. Контроль за исполнением настоящего приказа возложить на заместителя председателя Комитета контроля качества и безопасности товаров и услуг Министерства здравоохранения Республики Ка-

захстан Асылбекова Н.А.

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

*Основание:* письма от ТОО «ратиофарм Казахстан» от 3 июня 2019 года №R-T-88-19, компании «Лаборатория ХРА Фарма» б/н и филиала компании «Новартис Фарма Сервисэз АГ» в Республике Казахстан от 26 июня 2019 года №192 об отзыве регистрационных удостоверений.

**Председатель  
Л. БЮРАБЕКОВА**

*Приложение к приказу  
Председателя Комитета контроля качества  
и безопасности товаров и услуг  
Министерства здравоохранения Республики Казахстан  
от 9 июля 2019 года №136-НҚ*

### ПЕРЕЧЕНЬ РЕГИСТРАЦИОННЫХ УДОСТОВЕРЕНИЙ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ, ПОДЛЕЖАЩИХ ОТЗЫВУ

№	Номер регистрационного удостоверения,	Дата выдачи	Наименование лекарственного средства	Производитель, страна	Владелец регистрационного удостоверения, страна
1	РК-ЛС-5№018537	27.02.2015 г.	Двелла, таблетки, 30 мг	Лаборатория Леон Фарма С.А., Испания	Лаборатория ХРА Фарма, Франция
2	РК-ЛС-5№021138	12.01.2015 г.	Модэлль Мам, таблетки, покрытые пленочной оболочкой, 0,075 мг	Оман Фармасьютикал Продакт Ко. ЛЛС, Оман	Тева Фармасьютикал Индастриз Лтд., Израиль
3	РК-ЛС-5№016232.	03.08.2015 г.	Фамвир®, таблетки, покрытые пленочной оболочкой, 125 мг	Новартис Фармасьютикал С.А., Испания	Новартис Фарма АГ, Швейцария
4	РК-ЛС-5№016269	03.08.2015 г.	Фамвир®, таблетки, покрытые пленочной оболочкой, 250 мг	Новартис Фармасьютикал С.А., Испания	Новартис Фарма АГ, Швейцария

### ПРИКАЗ КОМИТЕТА КОНТРОЛЯ КАЧЕСТВА И БЕЗОПАСНОСТИ ТОВАРОВ И УСЛУГ МЗ РК №138-НҚ ОТ 10 ИЮЛЯ 2019 ГОДА О СНЯТИИ ПРИОСТАНОВЛЕНИЯ ПРИМЕНЕНИЯ И РЕАЛИЗАЦИИ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ СОГЛАСНО ПРИЛОЖЕНИЮ К НАСТОЯЩЕМУ ПРИКАЗУ

В соответствии с пунктами 11 и 12 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 путем возобновления обращения лекарственных средств согласно приложению к настоящему приказу.

2. Территориальным подразделениям Комитета контроля качества и безопасности товаров и услуг Министерства здравоохранения Республики Казахстан в течение одного рабочего дня со дня получения информации о данном решении обеспечить:

1) извещение (в письменной произвольной форме) местных органов государственного управления здравоохранением областей, городов республикан-

ского значения и столицы, другие государственные органы (по компетенции);

2) размещение в средствах массовой информации.

3. Контроль за исполнением настоящего приказа возложить на заместителя председателя Комитета контроля качества и безопасности товаров и услуг Министерства здравоохранения Республики Казахстан Асылбекова Н.А.

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

*Основание:* письма РГП на ПХВ «Национальный центр экспертизы лекарственных средств и медицинских изделий» Комитета контроля качества и безопасности товаров и услуг Министерства здравоохранения Республики Казахстан от 3 июля 2019 года №18-16-651/И, от 5 июля 2019 года №18-16-666/И.

**Председатель  
Л. БЮРАБЕКОВА**

Приложение к приказу  
Председателя Комитета контроля  
качества и безопасности товаров и услуг  
Министерства здравоохранения Республики Казахстан  
от 10 июля 2019 года №138-НҚ

### ПЕРЕЧЕНЬ РЕГИСТРАЦИОННЫХ УДОСТОВЕРЕНИЙ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ, ПОДЛЕЖАЩИХ ВОЗОБНОВЛЕНИЮ

№	Номер регистрационного удостоверения	Дата выдачи	Наименование лекарственного средства (лекарственная форма, дозировка)	Производитель, страна	Владелец регистрационного удостоверения, страна
1	РК-ЛС-5№009918	28.12.2016 г.	Мифепристон, таблетки, 200 мг	Цзычжу Ресурс Фармасьютикал Ко., Лтд., Китай	ТОО «ИнтерФармасьютикал», Казахстан
2	РК-ЛС-5№009944	28.12.2016 г.	Мизопростол, таблетки, 0,2 мг	Цзычжу Ресурс Фармасьютикал Ко., Лтд., Китай	ТОО «ИнтерФармасьютикал», Казахстан
3	РК-ЛС-5№022807	16.02.2017 г.	Фемипреvent, таблетки, 10 мг	Цзычжу Ресурс Фармасьютикал Ко., Лтд., Китай	Цзычжу Ресурс Фармасьютикал Ко., Лтд., Китай

### ПРИКАЗ КОМИТЕТА КОНТРОЛЯ КАЧЕСТВА И БЕЗОПАСНОСТИ ТОВАРОВ И УСЛУГ МЗ РК №139-НҚ ОТ 11 ИЮЛЯ 2019 ГОДА ОБ ОТЗЫВЕ РЕГИСТРАЦИОННЫХ УДОСТОВЕРЕНИЙ МЕДИЦИНСКИХ ИЗДЕЛИЙ «ТЕСТ-ПОЛОСКИ ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ УРОВНЯ ГЛЮКОЗЫ В КРОВИ CODEFREE» №25, 50, 100, 250 ШТУК (ИЛИ ПО ЗАПРОСУ) И «ЭКСПРЕСС-АНАЛИЗАТОР КОНЦЕНТРАЦИИ ГЛЮКОЗЫ В КАПИЛЛЯРНОЙ КРОВИ CODEFREE FARMAKTIV» В КОМПЛЕКТЕ

В соответствии с подпунктом 2) пункта 25 Правил государственной регистрации, перерегистрации и внесения изменений в регистрационное досье лекарственного средства и медицинского изделия, утвержденных приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от 18 ноября 2009 года №735 и подпунктом 1) пункта 2 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, в целях защиты здоровья и жизни граждан страны, ПРИКАЗЫВАЮ:

1. Отозвать регистрационные удостоверения медицинских изделий «Тест-полоски для определения уровня глюкозы в крови CodeFree» №10,25,50,100,250 штук (или по запросу) и «Экспресс-анализатор концентрации глюкозы в капиллярной крови CodeFree Farmaktiv в комплекте», номера регистрационных удостоверений – РК-ИМН-5№017485 и РК-МТ-5№016844.

2. Территориальным подразделениям Комитета контроля качества и безопасности товаров и услуг Министерства здравоохранения Республики Казахстан (далее – территориальные подразделения Комитета) в течение одного рабочего дня со дня получения информации о данном решении обеспечить:

1) извещение (в письменной произвольной форме) местных органов государственного управления здравоохранением областей, городов республиканского значения и столицы, другие государственные органы (по компетенции);

2) размещение в средствах массовой информации;

3) в течение тридцати календарных дней с момента получения данного приказа провести соответствующие меры по изъятию из обращения медицинских изделий, указанных в пункте 1 настоящего приказа;

4) в течение трех календарных дней представление в Комитет контроля качества и безопасности товаров и услуг Министерства здравоохранения Республики Казахстан сведений об исполнении мероприятий, предусмотренных подпунктами 1), 2) и 3) настоящего пункта.

3. Субъектам, имеющим в наличии медицинские изделия, указанные в пункте 1 настоящего приказа, в течение пяти календарных дней со дня получения информации сообщить территориальному подразделению Комитета по месту расположения о принятых мерах по выполнению данного решения.

4. Держателю регистрационного удостоверения (по согласованию):

1) обеспечить сбор остатков указанных медицинских изделий, согласно пункту 1 настоящего приказа, с последующим их возвратом производителю;

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

5. Контроль за исполнением настоящего приказа возложить на заместителя председателя Комитета контроля качества и безопасности товаров и услуг Министерства здравоохранения Республики Казахстан Асылбекова Н.А.

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

Основание: письмо РГП на ПХВ «Национальный центр экспертизы лекарственных средств и медицинских изделий» Комитета контроля качества и безопасности товаров и услуг Министерства здравоохранения Республики Казахстан от 28 июня 2019 года №18-16-642/И.

И.о. Председателя  
**Ж. БЕКШИН**

**ПРИКАЗ КОМИТЕТА КОНТРОЛЯ КАЧЕСТВА И БЕЗОПАСНОСТИ  
ТОВАРОВ И УСЛУГ МЗ РК №142-НҚ ОТ 11 ИЮЛЯ 2019 ГОДА  
О СНЯТИИ ПРИОСТАНОВЛЕНИЯ ПРИМЕНЕНИЯ  
И РЕАЛИЗАЦИИ СЕРИИ (ПАРТИИ) 8000818 ЛЕКАРСТВЕННОГО  
СРЕДСТВА «АЛЬДАРОН®», КАПСУЛЫ, 50 МГ»,  
ПРОИЗВОДСТВА ТОО «АБДИ ИБРАХИМ ГЛОБАЛ ФАРМ», КАЗАХСТАН**

В соответствии с пунктами 11 и 12 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 медицинского применения и реализации серии (партии) 8000818 лекарственного средства «Альдарон®», капсулы, 50 мг», производства ТОО «Абди Ибрахим Глобал Фарм», Казахстан, номер регистрационного удостоверения – РК-ЛС-5№015567, путем возобновления обращения лекарственных средств.

2. Территориальным подразделениям Комитета контроля качества и безопасности товаров и услуг Министерства здравоохранения Республики Казахстан в течение одного рабочего дня со дня получения информации о данном решении обеспечить:

1) извещение (в письменной произвольной фор-

ме) местных органов государственного управления здравоохранением областей, городов республиканского значения и столицы, другие государственные органы (по компетенции);

2) размещение в средствах массовой информации.

3. Контроль за исполнением настоящего приказа возложить на заместителя председателя Комитета контроля качества и безопасности товаров и услуг Министерства здравоохранения Республики Казахстан Асылбекова Н.А.

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

Основание: письмо территориального филиала РГП на ПХВ «Национальный центр экспертизы лекарственных средств и медицинских изделий» Комитета контроля качества и безопасности товаров и услуг Министерства здравоохранения Республики Казахстан в г. Алматы от 21 июня 2019 года №22.1.2-16622/И.

**Председатель  
Л. БЮРАБЕКОВА**

**НОВОСТИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ**

**Презентована программа проектного офиса «Совершенствование контроля качества и безопасности товаров и услуг МЗ РК на 2019-2020 годы»**

22 июля 2019 года на площадке НПП «Атамекен», под председательством Председателя Комитета контроля качества и безопасности товаров и услуг МЗ РК Л. БЮРАБЕКОВОЙ, презентована программа проектного офиса «Совершенствование контроля качества и безопасности товаров и услуг МЗ РК на 2019-2020 годы».

Основная цель программы проектов: модернизация системы защиты здоровья и жизни населения в части совершенствования системы контроля за качеством и безопасностью товаров и услуг в Республике Казахстан на 2019-2020 годы.

Для достижения указанной цели необходимо выполнить ряд задач программы проектов, в числе которых:

1. Совершенствование системы контроля за качеством и безопасностью товаров и услуг.
2. Систематизация и пересмотр модели управления качеством медицинских услуг.
3. Совершенствование сферы обращения лекарственных средств и медицинских изделий.
4. Модернизация Public Health Laboratories для обеспечения контроля качества безопасности товаров и услуг.
5. Создание национальной сети «Здоровые города и регионы за здоровье».

Представители Комитета отметили, что в настоящее время мероприятия, предусмотренные в программах проектного офиса, согласовываются с заинтересованными государственными органами и организациями.

*По информации пресс-службы МЗ РК*

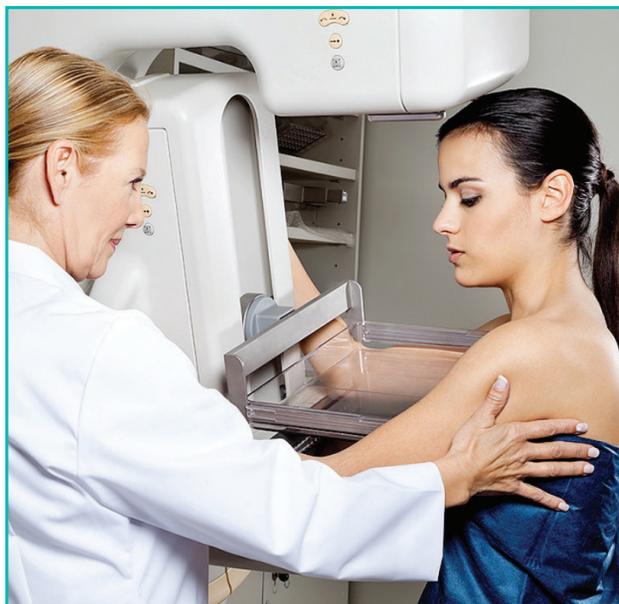
МРНТИ: 76.01.39, 76.29.49

**ЖАНДОСОВ О.К.<sup>1,2</sup>, КАУСОВА Г.К.<sup>2</sup>,***<sup>1</sup>врач высшей категории, онколог-маммолог, доктор медицинских наук, академик МАИН, <sup>2</sup>доктор медицинских наук, академик Российской академии естествознания, профессор кафедры общественного здоровья и социальных наук, Казахский медицинский университет «ВШОЗ», г. Алматы*

# КАЧЕСТВЕННАЯ СВОЕВРЕМЕННАЯ ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ПАТОЛОГИЙ МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЕЗ

## КАК ФАКТОР ВЛИЯНИЯ НА ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ РАКА

Согласно литературным источникам, запущенность онкологических заболеваний молочной железы связана с низкой медицинской культурой населения. Зачастую женщины откладывали визит к маммологу из-за занятости на работе, для некоторых причиной стала боязнь обнаружения РМЖ, в ряде случаев женщины занимались самолечением, что приводило к резкому прогрессированию заболеваний молочной железы. [6]



### АННОТАЦИЯ

В статье нами определена роль качественной своевременной диагностики и лечения патологий молочных желез, а также раннего выявления предраковых и опухолевых заболеваний. Основными методами раннего выявления онкологического заболевания являются регулярное самообследование молочной железы, УЗИ и маммография, исследование молочной железы после осмотра у гинеколога, маммолога и онколога.

Апробированный нами способ профилактического лечения: назначение препарата «Мемоген» в дозе 2 капсулы два раза в день в течение 2-3 месяцев. Мы сделали заключение, что «Мемоген» оказывает благотворное влияние на структуру молочных желез, успешно устраняя признаки фиброзно-кистозной болезни и доброкачественных опухолей, тем самым снижая риск возникновения рака молочной железы у женщин.

**Ключевые слова:** рак молочной железы, РМЖ, профилактика, диагностика, лечение, Мемоген, маммография, скрининг.

### ВВЕДЕНИЕ

По прогнозам Всемирной организации здравоохранения, заболеваемость и смертность от злокачественных новообразований до 2020 года увеличатся в два раза. Исторически к концу XX-началу XXI столетия заболеваемость РМЖ увеличилась практически во всех странах по всему миру, и эта тенденция отмечена и в Казахстане. В республике, по прогнозам специалистов и согласно статистическим данным, высок риск заболеваемости РМЖ среди женского населения. Увеличение зарегистрированных случаев заболеваемости РМЖ связано с расширением охвата населения современной диагностикой, однако качество диагностики и лечения рака в РК оставляют желать лучшего. Так, в 2012 году зарегистрировано 32 005 (30 299 в 2011 г.) случаев заболеваемости раком, из которых 44,6% (45,7% – 2011 г.) выявлено у мужчин, 55,4% (54,3% – 2011 г.) – у женщин. В структуре онкопатологии основных форм злокачественных новообразований рак груди находится на 1 месте (12,3% – 2012 г. и 11,6% – 2011 г. соответственно). У женщин забо-

леваемость РМЖ также лидирует (22,3% – 2012 г. и 21,4% – 2011 г. соответственно). [1,2]

В целом по РК частота выявляемости этой формы рака неуклонно растёт. Показатель заболеваемости в 2012 году составил 23,5‰ (21,3‰ – 2011 г.). По частоте случаев заболеваемости раком молочной железы в рассматриваемый нами период на первом месте Алматинская, Жамбыльская, Западно-Казахстанская, Карагандинская, Костанайская, Мангистауская области, города Алматы и Астана. На втором – Акмолинская, Актюбинская, Кызылординская, Павлодарская, Северо-Казахстанская и Южно-Казахстанская области, на третьем – Атырауская и Восточно-Казахстанская области. Высокие показатели заболеваемости РМЖ зафиксированы в Павлодарской (39,6‰), Костанайской (38,3‰), Северо-Казахстанской (35,3‰), Карагандинской (32,6‰), Восточно-Казахстанской (28,7‰), Акмолинской (24,3‰) областях и городе Алматы (37,9‰). Низкие показатели отмечены в Мангистауской (15,3‰), Кызылординской (15,0‰) и Южно-Казахстанской (9,4‰) областях. [5]

### ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Целью данной работы определена роль качественной своевременной диагностики и лечения патологий молочных желез, как определяющего фактора влияния на эпидемиологические показатели рака.

### МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Объектами исследования стали пациенты с установленным диагнозом рака молочной железы в Казахстане и женщины, не имеющие диагноза «РМЖ», а также женщины – жительницы Алматы. В качестве инструмента исследования применен метод статистического анализа, на основе которого нами определены средние значения заболеваемости и смертности при РМЖ и значения обследования в рамках оказания первичной медико-санитарной помощи (ПМСП) для своевременной диагностики рака.

### РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

В Казахстане абсолютное число первичных больных РМЖ в 2012 году составляло 3 951 больных (3 525 – 2011 г.), а показатель заболеваемости на 100 000 населения – 23,5‰ (21,3‰ – 2011 г.). Темп прироста составил 10,5%. Из числа больных с установленным диагнозом 76,7% были диагностированы на I и II стадиях заболевания, у 23,3% больных – на III и IV стадиях визуальных локализаций.

При злокачественных новообразованиях наблюдается рост первично зарегистрированных больных за счёт диагностики предопухолевых заболеваний и РМЖ. В целевую группу по раннему выявлению предопухолевых и опухолевых заболеваний РМЖ вошли женщины в возрасте 50, 52, 54, 56, 58 и 60 лет, не состоящие на диспансерном учёте по поводу рака груди, и женщины – жительницы Алматы.

*Метод диагностики:* обследование с помощью пальпации, по показаниям – ультразвуковое исследование (УЗИ) молочных желёз с региональными лимфоузлами, маммография и биопсия подозрительных участков

в молочной железе в поликлинических условиях АОЦ.

*Метод профилактического лечения:* назначение препарата «Мемоген» (по 2 капсулы два раза в день в течение 2-3 месяцев).

В частности, по Казахстану анализ заболеваемости показал снижение доли РМЖ до 8,5% в 2012 году относительно 8,8% в 2011 году. Однако смертность от онкологических заболеваний в стране занимает второе место в структуре общей смертности, где РМЖ – на третьем месте с долей в 8,4% в 2012 году (8,2% – 2011 г.). Показатель смертности от РМЖ в 2012 году составил 8,4‰ (8,3‰ – 2011 г.). [5]

Среди умерших от этого заболевания около половины – лица трудоспособного возраста. Также нами отмечено увеличение случаев РМЖ среди женщин детородного возраста. Регистрируются случаи выявления рака груди у мужчин. Это обстоятельство в значительной степени объясняется несовершенством первичной и вторичной профилактики, несвоевременной диагностикой и, как следствие, недостаточной эффективностью лечения.

Ранняя диагностика злокачественных заболеваний молочной железы зависит от онкологической настороженности врачей в ходе оказания Первичной медико-санитарной помощи (ПМСП) и их профессиональной подготовки при определении тактики ведения заболевших.

Постоянная работа по популяризации здорового образа жизни с работниками системы ПМСП и населением, направленная на профилактику злокачественных новообразований, является важным компонентом, способным понизить уровень заболеваемости раком [1,2]. Совершенствование санитарной и просветительской работы, проведение скрининговых исследований, диспансерное обследование населения, своевременное обращение пациентов при подозрении на патологию, широкое проведение комплексного обследования населения и профилактическое лечение патологий молочных желез с применением лекарственного препарата «Мемоген», по нашему мнению, значительно улучшат своевременную диагностику злокачественных новообразований и результаты лечения.

Важно на уровне ПМСП определить факторы риска, в числе наиболее значимых из них следующие:

- возраст (с каждым годом вероятность развития рака неуклонно растёт);
- наличие рака молочной железы у кровных родственников (матери, дочерей или сестёр);
- наличие семейной ассоциации (множественных случаев, повторяющихся из поколения в поколение) РМЖ и/или яичников в большинстве случаев в связи с мутацией генов BRCA-1 или BRCA-2 по наследству;
- перенесенный в прошлом РМЖ (при этом увеличивается вероятность рецидивов перенесенного рака и развития новой опухоли);
- наличие доброкачественных изменений в молочной железе (мастопатия);
- высокая вероятность развития рака при сочетании пролиферации (ускоренного деления клеток) с клеточной атипией (то есть приобретением ими новых свойств, близких к раковым клеткам), устанавливаем

мыми только после биопсии;

- раннее начало и позднее прекращение менструаций;
- поздние первые роды или их отсутствие;
- наиболее частая встречаемость РМЖ у нерожавших женщин;
- заместительная гормонотерапия эстрогенами в постменопаузальном периоде (риск может повышаться при длительном применении и в начале использования, и спустя несколько лет после последней менструации);
- табакокурение, значительно повышающее риск развития рака во всех возрастных группах;
- злоупотребление алкоголем, увеличивающее риск развития рака на 50%;
- ожирение;
- сахарный диабет II типа;
- заболевания печени и недостаточная выработка гормонов щитовидной железы (гипотиреоз);
- ионизирующая радиация.

На основании вышеперечисленного была разработана программа-калькулятор риска развития РМЖ. [3]

Основными методами раннего выявления рака груди являются регулярное самообследование молочных желёз, УЗИ и маммография, а также обследование молочных желёз у гинеколога, маммолога и онколога. [7] Своевременная профилактика может проводиться с применением лекарственного препарата «Мемоген», благотворно влияющего на структуру молочных желёз, устраняющего признаки фиброзно-кистозной болезни и доброкачественных опухолей, тем самым снижая риск заболеваемости РМЖ у женщин.

Врачи службы ПМСП первыми определяют симптомы опухолевой патологии с учётом жалоб пациентов. Явные же признаки заболевания появляются при запущенных формах злокачественной опухоли. Это безболезненные плотные образования в молочной железе. При прорастании опухоли в стенку груди молочная железа становится почти неподвижной. Если опухоль прорастает через кожу, то грудь деформируется, изъязвляется, втягивается сосок. Также проявлением болезни могут быть выделения из соска, часто кровянистые. При распространении опухолевого процесса на лимфоузлы происходит их увеличение, что вызывает дискомфорт в подмышечной области.

Женщинам необходимо срочно обратиться к врачу маммологу, если начались выделения из сосков, образовалось уплотнение в груди, изменилась кожа на груди (это втянутость, отёк, покраснение, «лимонная корка»), деформировался сосок (он втянулся, появилась кровотокающая ранка).

Рак молочной железы (симптомы которого приведены выше) на ранней стадии проявляется объёмным образованием, которое обнаруживается при прохождении маммографии, УЗИ или других исследований, либо их обнаруживает сама заболевшая женщина. Но выявить у себя опухоль с диффузным ростом, то есть не имеющую плотной части, невозможно без применения инструментальных методов. Необходима качественная диагностика РМЖ. В большинстве случаев, при наличии доброкачественной патологии молочных желёз, достаточно один раз в год пройти профилактическое обследование молочной железы и (по

назначению врача) курс медикаментозного лечения.

В Алматы скрининг прошли 3 128 работающих женщин, застрахованных в клинике «Archimedes». Из них у 2 790 (89,2%) патологии не обнаружено. 304 пациентки (9,7%) были направлены на дополнительные исследования по поводу факультативного и облигатного предрака.

Из общего числа обследованных пациенток у 148 (48,7%) обнаружена фиброзно-кистозная мастопатия, 38 (12,5%) – доброкачественные опухоли. Зафиксировано 22 случая фиброаденомы молочной железы (7,2%) и 16 – ЛФЗ (5,3%). Выявлено 14 случаев РМЖ на ранней стадии, что составило 4,6%.

Все женщины с выявленными у них доброкачественными патологиями молочных желёз по назначению врача успешно прошли курс лечения препаратом «Мемоген» в дозе по 2 капсулы два раза в день во время еды в течение 3 месяцев. Контрольные обследования патологий не выявили. Осложнений не наблюдалось.

Опыт развитых стран и Казахстана показывает, что в настоящее время рак груди можно и нужно выявлять на ранней стадии, применяя современные методы диагностики. Эффективно и профилактическое лечение доброкачественных патологий молочных желёз с помощью лекарственных средств. В частности, это хорошо зарекомендовавший себя лекарственный препарат «Мемоген». По данным Института рака США и КазНИИ онкологии и радиологии, своевременно начатое лечение рака РМЖ позволяет полностью излечить 98,1% женщин. [4]

Методы первичной диагностики на уровне ПМСП могут включать в себя базовый комплекс:

- клинический осмотр врача;
- УЗИ молочных желёз и региональных лимфоузлов с биопсией из опухоли по показаниям, с последующим морфологическим исследованием (цитологией, гистологией, ИГХ-исследованием);
- полипозиционное маммографическое исследование молочных желёз с возможностью применения дуктографии при необходимости;
- УЗИ брюшной полости, малого таза, забрюшинного пространства и лимфатических узлов шейно-надключичных и подмышечных зон;
- определение опухолевых маркеров: С 15-3, Са 12-5 в сыворотке крови.

Можно применять дополнительные методы диагностики, хорошо зарекомендовавшие себя. Это компьютерная томография с двойным контрастированием (КТ) или магнитно-резонансная томография (МРТ), стереотаксическая и аспирационная биопсия, трюкат-биопсия, патоморфологическое исследование сигнального (сторожевого) лимфоузла, ПЭТ-КТ исследование пациента и сцинтиграфия.

Далее, после консультации онколога, можно определить вид специального лечения, то есть хирургический, химиотерапевтический, лучевой, малоинвазивный, комбинированный, комплексный.

В случаях прогрессирования опухолевого процесса и при наличии сопутствующей патологии можно прибегнуть к симптоматической терапии и оказать паллиативную помощь по четвёртой клинической

кой группе в дневном стационаре или (по состоянию) на дому амбулаторно.

### Выводы

На основе данных, полученных в ходе проведенного нами исследования, можно сделать определенные выводы. Основной задачей участкового врача или врача общей практики в профилактике РМЖ на этапе оказания ПМСП является своевременное распознавание и лечение предопухолевых состояний (факкультативного и облигатного предраков), на фоне которых развивается рак, а также ранняя диагностика злокачественной опухоли.

Также необходимо учитывать базовые положения профилактики рака молочной желез:

- регулярная половая жизнь и ранние (до 28 лет) первые роды;
- грудное вскармливание;
- отказ от курения и ограничение употребления алкоголя;
- отказ от регулярного применения гормональных контрацептивов и заместительной гормонотерапии в группах высокого риска;
- борьба с ожирением, лечение сахарного диабета, заболеваний печени и щитовидной железы;
- устранение влияния неблагоприятных (и техногенных) факторов окружающей среды, лечение стресса.

Опыт развитых стран и Казахстана показывает, что сегодня рак груди можно и нужно выявлять на ранней стадии, эффективно применяя на практике современные методы диагностики и профилактического лечения доброкачественных патологий молочных желез. В частности, одним из лекарственных препаратов, дающих хорошие результаты, является «Мемоген». Однако, на наш взгляд, очень важно вести здоровый образ жизни, отказаться от вредных привычек (употребление алкоголя, табакокурение), регулярно проходить профилактический осмотр у маммолога и у других специалистов.

### Түйіндеме

**ЖАНДОСОВ О.К.<sup>1,2</sup>, КАУСОВА Г.К.<sup>2</sup>,**

<sup>1</sup>Халықаралық ақпараттандыру академиясы, <sup>2</sup>«ҚДСЖМ» Қазақстандық медицина университеті, Алматы қ.

## СҮТ БЕЗІНІҢ ПАТОЛОГИЯСЫНЫҢ ЗАМАНАУИ САПАЛЫ

### Литература:

1. Кодекс Республики Казахстан «О здоровье народа и системе здравоохранения» от 18 сентября 2009 года №193-IV ЗРК.
2. Государственная программа развития здравоохранения Республики Казахстан «Саламатты Қазақстан» на 2011-2015 гг., утвержденная Указом Президента РК от 29 ноября 2010 г., №1113.
3. Заридзе Д.Г. Профилактика рака. Руководство для врачей. – Москва: ИМА-Пресс, 2009, 221 с.
4. Заридзе Д.Г. Эпидемиология и профилактика рака. – Вестник РАМН. – 2001. – №9. – С. 6-14.
5. Нургазиев К.Ш., Сейтказина Г.Д., Байпеисов Д.М., Сейсенбаева Г.Т., Ажмагамбетова А.Е., Жылкайдарова А.Ж. Показатели онкологической службы Республики Казахстан за 2012 год (статистические материалы). – Алматы, 2013, 104 с.
6. Керчелаева С.Б. Сметник А.А., Беспалов В.Г. Мастопатия и профилактика рака молочной железы как междисциплинарная проблема. – РМЖ. Мать и дитя. – 2016. – №15. – С. 1018-1025.
7. Обвинцев А.В., Куланчиева Ж.А. Концепция пациент-ориентированного подхода – ключевой элемент качества оказания медицинской помощи. – Фармация Казахстана. – 2018. – №1. – С. 35-37.

## ДИАГНОСТИКАСЫ ЖӘНЕ ЕМДЕУ ФАКТОРЫ РЕТІНДЕ ҚАТЕРЛІ ІСІК ЭПИДЕМИОЛОГИЯСЫНЫҢ КӨРСЕТКІШІ

Сүт бездерінің патологиясын уақытылы диагностикалау мен емдеудің рөлі. Ісікке дейінгі және неопластическалық ауруларды ерте анықтау. Сүт безінің қатерлі ісігін ерте анықтаудың негізгі әдістері – үнемі сүт бездерін тексеру, ультрадыбыстық және маммография, сонымен қатар гинекологтан, маммологтан және онкологтан сүт безін тексеру. Профилактикалық емдеу әдісі: «Мемоген» препаратын екі капсуладан күніне 2 рет 2-3 айға тағайындау. Мемоген сүт бездерінің құрылымына пайдалы әсер етеді, фиброцистикалық аурудың белгілері мен қатерлі ісіктерді сәтті жояды, осылайша әйелдерде сүт бездерінің қатерлі ісігі қаупін азайтады.

**Түйін сөздер:** сүт безінің қатерлі ісігі, алдын-алу, диагностика, емдеу, Мемоген, маммография, скрининг.

### SUMMARY

**ZHANDOSOV O.K.<sup>1,2</sup>, KAUSOVA G.K.<sup>2</sup>,**

<sup>1</sup>International Academy of Informatization,

<sup>2</sup>Kazakhstan's medical university «KSPH», Almaty c.

## QUALITATIVE TIMELY DIAGNOSTICS AND TREATMENT OF BREAST GASTS PATHOLOGIES AS A FACTOR OF INFLUENCE ON THE EPIDEMIOLOGICAL PARAMETERS OF CANCER

The role of high-quality timely diagnosis and treatment of pathologies of the mammary glands. Early detection of precancerous and neoplastic diseases. The main methods for the early detection of breast cancer are regular breast self-examination, ultrasound and mammography, as well as examination of the mammary gland from a gynecologist, mammologist and oncologist. Method of prophylactic treatment: the appointment of the drug "Memogen" in a dose of 2 capsules twice a day for a period of 2-3 months. Memogen has a beneficial effect on the structure of the mammary glands, successfully eliminating signs of fibrocystic disease and benign tumors, thereby reducing the risk of breast cancer in women.

**Keywords:** breast cancer (BC), prevention, diagnosis, treatment, Memogen, mammography, screening.

УДК: 615.322-078:615.015.35

САТБАЕВА Э.М.<sup>1</sup>, САКИПОВА З.Б.<sup>1</sup>, ИБРАГИМОВА Н.А.<sup>2</sup>, СЕЙТАЛИЕВА А.М.<sup>1</sup>, АПСЕМЕТОВ Д.Р.<sup>1</sup>,<sup>1</sup>Казахский национальный медицинский университет имени С.Д. Асфендиярова,<sup>2</sup>АО «Научный центр противомикробных препаратов», г. Алматы

## ИЗУЧЕНИЕ *IN VIVO* ТОКСИЧНОСТИ СУППОЗИТОРИЕВ

«КЫЗЫЛМАЙ®», «КЫЗЫЛМАЙ® С ПРОПОЛИСОМ»  
И «ОБЛЕПИХОВЫЕ С КЫЗЫЛМАЙ®»

Обеспечение безопасного применения лекарственных средств является одним из глобальных приоритетных трендов современного здравоохранения. На сегодняшний день основным источником наиболее достоверной информации о безопасности применения лекарственных средств является экспериментальное изучение токсичности *in vivo*, то есть изучение общетоксического действия в остром и хроническом эксперименте.



### АННОТАЦИЯ

Суппозитории «Кызылмай®», «Кызылмай® с прополисом» и «Облепиховые с Кызылмай®» – это оригинальные лекарственные средства растительного происхождения казахстанского производителя (ТОО «ФитОлеум»). Действующие вещества в них – полифитовое масло «Кызыл май®», прополис и облепиховое масло.

В публикации представлен анализ результатов исследования острой и хронической токсичности суппозиторий «Кызылмай®», «Кызылмай® с прополисом» и «Облепиховые с Кызылмай®» *in vivo* на беспородных белых мышах. На основании экспериментальных данных установлено, что суппозитории не оказывают токсичного воздействия на организм при однократном (острая токсичность) и многократном (хроническая токсичность, 28 дней) ректальном введении и относятся к группе нетоксических соединений.

**Ключевые слова:** острая токсичность, хроническая токсичность, суппозитории, полифитовое масло, Кызылмай, прополис, облепиховое масло.

### ВВЕДЕНИЕ

Планомерное снижение зависимости Казахстана от импорта лекарственных и вспомогательных ве-

ществ путем полного и рационального использования собственных богатых сырьевых ресурсов, производственных мощностей, научно-технического потенциала страны, а также создание новых фармацевтических продуктов на основе инновационных наукоемких технологий является одним из главных стратегических направлений развития здравоохранения.

Компания ТОО «ФитОлеум» много лет осуществляет производство лекарственных средств полного цикла, используемые активные субстанции созданы на основе собственного сырья, поэтому гораздо дешевле импортных аналогов. Данное обстоятельство делает лекарственную продукцию компании максимально доступной для населения. По информации официального органа по учету заболеваемости населения Республики Казахстан, среди проктологических болезней основной удельный вес занимают следующие: геморрой (51,3%), проктит (39,7%), колиты (9,0%). Зачастую эти заболевания требуют консервативного лечения.

Своевременное комплексное лечение воспалительных заболеваний прямой и толстой кишки является эффективным методом профилактики рака прямой и ободочной кишки. [1,2,3]

Широкое распространение проктологических заболеваний и их рост вызывают необходимость производства безопасных и эффективных лекарственных средств. В настоящее время особый интерес представляют ректальные лекарственные формы, а именно суппозитории, в которых выгодно сочетаются преимущества перорального и парентерального способов введения, позволяющих избежать побочных реакций и осложнений, исключая при этом проблемы травмирования, неприятного вкуса и запаха лекарств. [4]

О терапевтическом эффекте определенных масел в лечении различных заболеваний тонкого и толстого кишечника известно давно, и именно такому способу лечения отдает предпочтение большая часть больных и врачей.

Полифитовые масла находят широкое применение в медицинской практике, что обусловлено их высокой эффективностью, безопасностью и доступностью для населения благодаря низкой стоимости. [5]

Активным веществом всех исследуемых суппозиторий является масло полифитовое «Кызылмай®». Это комплекс биологически активных веществ. В состав субстанции входит 7 лекарственных растений (зверобой, крапива, шиповник, солодка, тимьян, мелисса, облепиха), оказывающих противовоспалительное, регенерирующее, анальгезирующее, антисептическое, спазмолитическое, ранозаживляющее действие. [5]

Масло облепиховое, входящее в состав суппозиторий «Облепиховые с Кызылмай®», обладает противовоспалительным, анальгезирующим, ранозаживляющим и противомикробным действием, стимулирует восстановительные процессы в поврежденных тканях. Прополис – действующее вещество суппозиторий «Кызылмай® с прополисом», обладающее противозудным и анальгетическим свойствами.

Исходя из вышеказанного, считаем, что изучение безопасности применения данных суппозиторий своевременно и актуально, так как является весьма перспективным.

### ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Изучение острой и хронической токсичности суппозиторий «Кызылмай®», «Кызылмай® с прополисом» и «Облепиховые с Кызылмай®», созданных на основе лекарственного растительного сырья, при ректальном введении *in vivo*.

### МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Изучение острой и хронической токсичности суппозиторий основывалось на Правилах проведения медико-биологических экспериментов, доклинических (неклинических) и клинических исследований (КИ), а также требованиях к доклиническим и клиническим базам, приказе Министра здравоохранения Республи-

ки Казахстан от 2 апреля 2018 года №142, и проводились на базе НИИ ФПМ им. Б. Атчабарова.

Исследуемые соединения: суппозитории «Кызылмай®», «Кызылмай® с прополисом» и «Облепиховые с Кызылмай®» (производства ТОО «ФитОлеум»).

Путь введения в ходе проведения острого и хронического эксперимента определен от предполагаемого пути воздействия испытуемого соединения на человека (*per rectum*).

В таблице 1 представлены данные о видах изучаемой токсичности суппозиторий, используемых животных и распределении их по группам.

Перед введением суппозитории выдерживались нами в термостате при температуре 37° С до полного расплавления, с получением объема в 0,3 мл, который вводили однократно (при определении острой токсичности) и многократно (28 дней при хронической токсичности), с использованием металлического зонда. Референтным соединением нами было определено стерильное растительное масло.

Проведение исследований выполнялось в соответствии с Руководством ОЭСР 425: Острая оральная токсичность – процедура повышения и понижения или метод «вверх-вниз» (OECD Guideline for testing of chemicals. Acute Oral Toxicity-Up-and-Down Procedure).

Если после введения препарата в течение 48 часов животное не умирает, то изучаемое соединение вводят последовательно еще 4 животным. Если не гибнет ни одно животное, то соединение классифицируется как 5 класс опасности с LD<sub>50</sub> ≥ 5 000 мг/кг. Если выживает 3 и более животных, то соединение относится к 5 классу с LD 2 000-5 000 мг/кг. Если умирает 2 и более 3 животных, то необходимо начать исследование на следующей группе (состоящей из трех животных) со стартовой дозой, равной 300 мг/кг. [6]

В остром эксперименте наблюдение проводили в течение 14 суток после введения *per rectum* исследуемых соединений. Регистрация сроков развития интоксикации: первые 30 мин после введения препарата, затем ежечасно в течение 4 часов, затем через 24 часа.

При исследовании хронической токсичности наблюдение проводилось непрерывно, в группе, в течение 28 суток с ежедневным введением *per rectum* исследуемых соединений.

В ходе изучения острой и хронической токсичности выявляли критерии интоксикации, а именно поведение, реакцию на раздражители, состояние кожных покровов и слизистых оболочек, выделения из глаз и носа, анального отверстия и уретры, также тонус мускулатуры, нарушение координации движений, одышку, смерть. Также оценивали общее состояние животных: потребление ими пищи и воды, внешний вид, состояние кожного и шерстного покровов, состояние слизистых оболочек, динамику массы тела, поведенческие

Таблица 1 – Виды токсичности и виды животных (количество особей и групп)

Вид токсичности	Вид животных	Пол	Масса	Количество групп	Число животных
Острая токсичность	Инбредные белые мыши	Самки	24,5-25,5 г	4	В каждой группе по 5 животных.
Хроническая токсичность				5	По 5 животных в группах, в интактной – 3.

реакции, двигательную активность.

В исследованиях, в ходе изучения острой и хронической токсичности суппозиторий, использовали самок инбредных белых мышей массой 24,5-25,5 г. Перед началом экспериментов все животные прошли двухнедельный карантин и содержались на стандартном рационе вивария.

Были сформированы требуемые для исследований группы половозрелых мышей:

1) Острый эксперимент. 1 группа – референтное (контрольное) соединение: растительное масло. 2 группа – суппозитории «Кызылмай®». 3 группа – суппозитории «Кызылмай® с прополисом». 4 группа – суппозитории «Облепиховые с Кызылмай®».

2) Хронический эксперимент. 1 группа – интактные. 2 группа – референтное (контрольное) соединение, то есть растительное масло. 3 группа – суппозитории «Кызылмай®». 4 группа – суппозитории «Кызылмай® с прополисом». 5 группа – суппозитории «Облепиховые с Кызылмай®».

Все животные взвешивались до начала эксперимента и на 7, 14, 21 и 28 день. Животных выводили из эксперимента в соответствии с правилами гуманного обращения с животными после ингаляции воздухом, содержащим 70% CO<sub>2</sub>. План исследований на животных получил одобрение в Комиссии по биологической этике в РК.

После вывода животных из нашего эксперимента проводили макроскопическое изучение внутренних органов при однократном и многократном введении исследуемых соединений. Гистологическое исследование осуществлялось после хронического воздействия по стандартным методикам. Статистическую обработку производили по стандартным методикам с использованием критерия Стьюдента.

## РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

В первые сутки после однократного введения исследуемых соединений у животных не отмечалось признаков токсического поражения организма. Через 30

минут после введения субстанции все животные выглядели несколько возбужденными, интенсивно проявляли груминг, преимущественно лизательного типа. Признаков неспецифического типа груминга не отмечалось. По истечении 60 минут груминг отмечался только у отдельных животных (менее интенсивного характера). Через 2 часа после введения исследуемого вещества все животные были спокойны, спали, сгруппировавшись. В четыре первых часа наблюдения не отмечалось выраженного послабления стула, однако более мягкая консистенция отмечалась у мышей, получавших контрольное соединение – растительное масло. В целом, для всех типов суппозиторий отмечалось восстановление типичных болюсов через 48 часов после введения. В последующий период наблюдения (при ежедневном осмотре) все животные проявляли типичное видовое поведение. Показатели массы тела несколько возрастали через 14 дней после введения исследуемых соединений, однако достоверных различий не зафиксировано (судя по данным таблицы 2).

Ежедневное введение исследуемых соединений животным в течение 28 дней не сопровождалось их смертностью. После ректального введения мышам растительного масла и суппозиторий отмечалось послабление стула около 1-3 раз, преимущественно в первый час после введения. В последующие сутки болюсы были типичны для этого вида животных. Следует отметить, что животные полностью психологически и эмоционально адаптировались к процедуре введения ЛС в течение первой недели. В таблице 3 представлены показатели массы тела мышей, получавших суппозитории и также контрольное соединение в течение 28 дней.

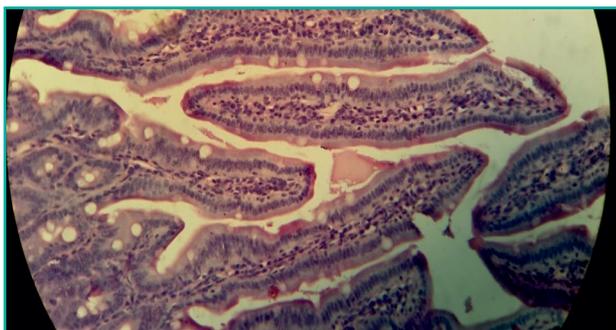
Патоморфологические проявления токсичности суппозиторий в хроническом эксперименте оценивали по состоянию слизистых и шерстного покрова. Слизистые розовые, влажные, шерсть блестящая и без алопеции. Все мыши с необходимым средним весом, с выраженным тургором. Внешних признаков

Таблица 2 – Показатели массы тела мышей, получавших суппозитории «Кызылмай®», «Кызылмай® с прополисом» и «Облепиховые с Кызылмай®» при однократном применении *per rectum*, г, M±m

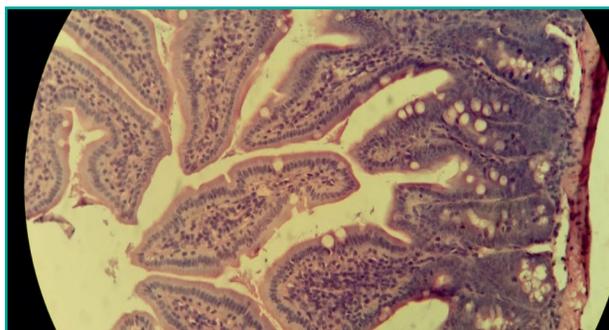
№ группы	Группы экспериментальных животных	До начала введения	Через сутки после введения	На 7 сутки после введения	На 14 сутки после введения
1	Растительное масло, стерильное (контроль)	25,5±0.2	25,5±0.7	25,5±0.5	25,5±0.6
2	Кызылмай®	24,7±0.6	24,7±0.7	25,0±0.6	25,2±0.5
3	Кызылмай® с прополисом	26,0±0.6	26,0±0.5	26,0±0.8	26,8±0.6
4	Облепиховые с Кызылмай®	25,0±0.6	25,0±0.5	25,5±0.5	25,7±0.4

Таблица 3 – Показатели массы тела мышей, получавших суппозитории «Кызылмай®», «Кызылмай® с прополисом» и «Облепиховые с Кызылмай®» при многократном применении *per rectum*, г, M±m

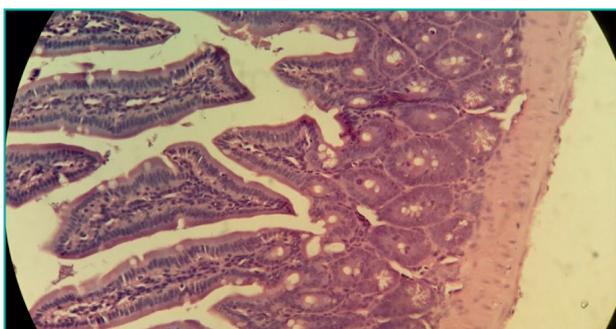
№ группы	Группы экспериментальных животных	До начала введения	Через 7 суток	На 14 сутки	На 21 сутки	На 28 сутки
1	Интактные	-	-	-	-	-
2	Растительное масло стерильное (контроль)	25,395 25,4±0,7123	25,393 25,4±0,8653	25,394 25,4±0,6259	25,486 25,5±0,5611	25,409 25,4±0,6284
3	Кызылмай®	25,586 25,6±0,5148	25,901 26,0±0,6558	26,223 26,2±0,4987	26,431 26,4±0,5083	26,443 26,4±0,5761
4	Кызылмай® с прополисом	26,496 26,5±0,6256	26,891 26,9±0,71454	26,989 27,0±0,7894	26,897 27,0±0,7493	26,921 27,0±0,7894
5	Облепиховые с Кызылмай®	25,172 25,2±0,4987	25,385 25,4±0,5987	25,721 25,7±0,57631	25,996 26,0±0,4925	25,874 25,9±0,5158



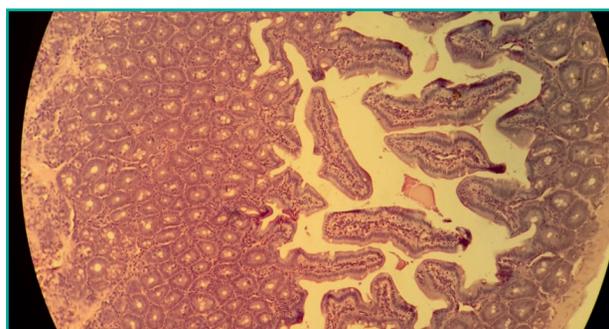
*Рисунок 1* – Гистоструктура ободочной кишки мышей, получавших суппозитории «Кызылмай®» ежедневно в хроническом эксперименте



*Рисунок 2* – Гистоструктура ободочной кишки мышей, получавших суппозитории «Кызылмай® с прополисом» ежедневно в хроническом эксперименте



*Рисунок 3* – Гистоструктура ободочной кишки мышей, получавших суппозитории «Облепиховые с Кызылмай®» ежедневно в хроническом эксперименте



*Рисунок 4* – Гистоструктура ободочной кишки мышей, получавших стерильное растительное масло ежедневно в хроническом эксперименте

*Примечание:* на рисунках 1,2,3,4 увеличение  $\times 200$ , окраска образцов – гематоксилин-эозином.

кровоизлияний, припухлости, очагов уплотнения не наблюдалось.

При вскрытии животных, получавших исследуемые соединения, внутренние органы торакальной и абдоминальной полостей были типичными по цвету, консистенции, анатомо-топографическим параметрам. Внутренние органы анатомически правильной формы и положения. В брюшной полости, полости плевры и средостения присутствуют следы прозрачной жидкости, сосуды полнокровные.

Величина и форма сердца без изменений. Соотношение желудочка к предсердию составило 1:3. Поверхность легких имела бледно-розовую окраску, сами же легкие спадались при вскрытии грудной клетки. Ткань на разрезе также имела однородную бледно-розовую окраску, не оставляла соскоба. Слизистая оболочка внелегочных бронхов гладкая, блестящая, бледно-розовая, кровоизлияния не отмечались. Слизистая тела желудка бледно-розовая, блестящая, складчатая, кровоизлияний, изъязвлений не выявлено. Слизистые тонкой и толстой кишки блестящие, гладкие, кровоизлияний и изъязвлений не отмечено. Печень обычной величины и формы. Капсула печени – тонкая и прозрачная. Ткань печени вишневого цвета, умеренно плотной консистенции. Величина и форма почек типичная, бобовидная, капсула легко снималась. Поверхность гладкая, однородная, коричневато-серо-розовой окраски. На разрезе почек отчетливо были различимы корковое и мозговое вещество. Отмече-

но, что корковое вещество превалирует над мозговым веществом. Селезенка имела темно-вишневый цвет, гладкую поверхность, уплотненную консистенцию, не оставляла соскоба на лезвии скальпеля.

У всех животных опытных групп, в том числе и интактной, отмечалась однотипная микроскопическая картина внутренних органов. Так, в легких альвеолярные полости свободные, с небольшим количеством серозного экссудата в полостях крупных бронхов, нарушения гемодинамики не отмечалось. При малом увеличении микроскопа видны терминальные бронхиолы, респираторные альвеолы, альвеолярные ходы и мешочки, значительное число альвеол. Встречаются и крупные макрофаги. Отдельные замыкательные пластинки утолщенные.

В сердце отчетливо выражена поперечная исчерченность, сосуды полнокровные, ядра кардиомиоцитов имеют удлинненную (почти овальную) форму.

У большей части гепатоцитов цитоплазма зернистая, без признаков вакуолизации. Очаговая активация клеток Купфера. Пространство Диссе расширено, преимущественно в перипортальной зоне. Гепатоциты имеют одно или (редко) два ядра, с гомогенным хроматином.

Основную долю коркового вещества у мышей составляют проксимальные канальца, с призматическими эпителиоцитами и базально расположенным ядром. У отдельных проксимальных эпителиоцитов отмечается сдувание щеточной каемки в просвет.

Дистальные каналы светлые, с более широким просветом. У почечных телец прослеживается мочевое пространство. В мозговом веществе различаются толстые отделы нефрона и собирательные трубочки.

В надпочечниках четко определяются все зоны лимфоидной ткани (краевая, мантийная, светлый центр, периартериальная). Белая пульпа представлена лимфоидными узелками, а красная состоит из клеток крови. Центральные вены расположены эксцентрично. Отмечена умеренная делимфатизация периферических зон фолликула, реактивные центры без изменений.

В селезенке соотношение белой и красной пульпы не нарушено. Реактивные центры не изменены. Прослеживается очаговая делимфатизация периферических зон фолликула. Сосуды и пульпарные артерии умеренного кровенаполнения, красная пульпа – в состоянии неравномерного кровенаполнения.

На рисунках 1-4 представлены гистоструктура ободочной кишки мышей, получавших изучаемые суппозитории, и контрольное соединение – растительное масло.

Строение стенки толстой кишки типично, четко выделены оболочки: слизистая (*tunica mucosa*), подслизистая (*tela submucosa*), мышечная (*tunica muscularis*) и серозная (*tunica serosa*). При этом продольный мышечный слой непрерывный, отсутствуют гаустры.

Как известно, в толстом кишечнике отсутствуют ворсинки, крипты широкие, в виде трубчатых образований. Эпителий, выстилающий крипты, однослойный цилиндрический (призматический), в нем четко дифференцируется шесть типов популяции клеток: каёмчатые энтероциты – колоноциты (в том числе и М-клетки), бокаловидные, эндокринные, щеточные клетки, клеток Панета нет. Выделяются бокаловидные клетки: округлые и осветленные, в виде своеобразного бокала с узким основанием в базальной части и расширенным в апикальной зоне.

Толстый кишечник имеет три отдела: слепая, ободочная и прямая кишка. На долю слепой кишки приходится треть длины толстой кишки. Ободочная кишка слизистой оболочки выделяется двумя типами складок: поперечными в проксимальном и продольными в дистальном отделах. Прямая кишка очень короткая, около 1-2 мм. Прослеживается возрастание бокаловидных клеток по отношению к каёмчатым колоноцитам по направлению от слепой к прямой кишке. При хро-

ническом введении исследуемых соединений не отмечалось расширения крипт, признаков воспаления и клеточного перерождения.

## ВЫВОДЫ

При анализе результатов изучения острой и хронической токсичности суппозиториев «Кызылмай®», «Кызылмай® с прополисом» и «Облепиховые с Кызылмай®» при ректальном введении экспериментальным животным (белые беспородные мыши) не было выявлено признаков токсичности, летальность отсутствовала, что не позволило установить LD<sub>50</sub>.

Так, можно утверждать, что исследуемые суппозитории при многократном ректальном введении *in vivo* относятся к малотоксичным веществам (V класс токсичности).

## SUMMARY

SATBAYEVA E.M.<sup>1</sup>, Z.B. SAKIPOVA O.V.<sup>1</sup>, IBRAGIMOVA N.A.<sup>2</sup>, SEYDALIEVA A.M.<sup>1</sup>, APSEMETOV D.R.<sup>1</sup>,

<sup>1</sup>Kazakh National medical university,  
<sup>2</sup>Joint-stock company Scientific center of anti-infective drugs, Almaty c.

## STUDYING OF THE TOXICITY OF THE SUPPOSITORIES “KYZYLMAY®”, “KYZYLMAY® WITH PROPOLIS” AND “SANDTHORN WITH KYZYLMAY®” IN VIVO

“Kyzylmay®”, “Kyzylmay® with propolis” and “Sandthorn with Kyzylmay®” suppositories, contained active substance of polyphite oil “Kyzylmay®”, are original herbal medicine produced by «Fitoleum» domestic manufacturing company.

This paper introduces the results of studying of in vivo acute and subchronic toxicity of suppositories “Kyzylmay®”, “Kyzylmay® with propolis” and “Sandthorn with Kyzylmay®” using CD-1 mice. Based on the experimental results, it was found that suppositories have no toxic effect with a single (acute toxicity) and multiple (chronic toxicity, 28 days) rectal injection, belong to the group of non-toxic compounds.

**Keywords:** acute toxicity, chronic toxicity, suppositories, polyphite oil, Kyzylmay, propolis, sea buckthorn oil.

### Литература:

1. Шолпанбай А.О. Маркетинговый анализ лекарственных препаратов в форме суппозиториев на фармацевтическом рынке Республики Казахстан. / Сборник материалов IV Международной научно-практической интернет-конференции «Менеджмент и маркетинг в составе экономики, науки, образования, практики», 24-25 марта 2016 г., г. Харьков, Украина. ISSN: 2415-8593.
2. Шолпанбай А.О. Обоснование импортозамещения лекарственных средств в форме суппозиториев в Республике Казахстан. / Сборник материалов научного симпозиума «Социальная фармация: состояние, проблемы и перспективы» в рамках VIII Национального съезда фармацевтов Украины, г. Харьков, 15-16 сентября 2016 г. УДК: 615.15:378.145/147.
3. Мурашко М.А., Косенко В.В., Глаголев С.В., Шипков В.Г. Мониторинг безопасности лекарственных препаратов в вопросах и ответах. – Алматы: АИРМ, 2014, 23 с.
4. Сологуб Л., Абрамович Р. Ректальные формы фитопрепаратов. – Фармацевтический вестник. – 1999. – №17. – С. 13.
5. Применение полифитового масла и препаратов на его основе в клинической практике. // Материалы научно-практических конференций: международной (Республика Беларусь, г. Минск, 1996 г.) и республиканской (Республика Казахстан, г. Алматы, 1995 г.).

# ИЗУЧЕНИЕ ТЕХНОЛОГИЧЕСКИХ ПАРАМЕТРОВ РАСТИТЕЛЬНОГО СЫРЬЯ –

## КЛОПОВНИКА ШИРОКОЛИСТНОГО (*LEPIDIUM LATIFOLIUM L.*)

При разработке фитопрепаратов одной из основных задач является обеспечение максимального выхода биологически активных веществ. Поэтому для оптимальной технологии получения экстракта из растительного сырья Клоповника широколистного (*Lepidium latifolium L.*) необходимо определить его технологические параметры.



### АННОТАЦИЯ

В данной статье отражены результаты изучения технологических параметров растительного сырья клоповника широколистного (*Lepidium latifolium L.*), а именно удельная, объемная и насыпная масса, пористость, порозность, свободный объем слоя сырья, коэффициент поглощения экстрагента и выход экстрактивных веществ, которые дают возможность разработать технологию экстракта, соответствующего требованиям ГФ РК.

**Ключевые слова:** растительное сырье, клоповник широколистный, технологические параметры, экстрагенты.

### ВВЕДЕНИЕ

Флора Казахстана обладает большим потенциалом, как источник перспективных в плане разработки и применения лекарственных средств. Лекарственные растения служат ценным сырьем для получения фитопрепаратов с широким спектром фармакологического действия. Они хорошо всасываются, обладают малой токсичностью, хорошей переносимостью в терапевтических дозах и минимальным побочным действием. [1]

Лекарственное растительное сырье клоповника широколистного (*Lepidium latifolium L.*) перспективно из-за содержания в нем различных биологически активных веществ: сапонинов, флавоноидов, алкалоидов, тиогликозидов, дубильных веществ, органических кислот, витаминов. В семенах обнаружено эфирное масло. Растение используется в народной медицине в качестве мочегонного, антибактериального, противогрибкового, слабительного средства. [2,3]

При разработке фитопрепаратов фармакопейного качества основной задачей является обеспечение максимального выхода биологически активных веществ. Поэтому для наилучшей технологии получения экстракта из клоповника широколистного необходимо знать технологические свойства сырья. К ним относятся удельная масса, объемная масса, насыпная масса, пористость, порозность, свободный объем слоя сырья, коэффициент поглощения экстрагента и выход экстрактивных веществ. [4,5]

### ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Целью данного исследования мы ставили определение технологических параметров растительного сырья клоповника широколистного (*Lepidium latifolium L.*)

### МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Объектом исследования стала надземная часть клоповника широколистного, собранного на территории Енбекшинского района Алматинской области. Сбор растительного сырья осуществлялся в фазу цветения.

**Определение удельной массы.** Удельная масса ( $\rho_y$ ) – отношение массы абсолютно измельченного сырья к объему растительного сырья. Сырье массой 5,0 г (точная навеска) помещают в мерную колбу вместимостью 100 мл, заливают водой очищенной на 2/3 объема и выдерживают на кипящей водяной бане в течение 1,5-2 часов, периодически перемешивая для удаления воздуха. После этого колбу охлаждают на 20°С, доводят объем до метки водой очищенной. Взвешивают колбу и определяют ее массу с сырьем и водой. Предварительно определяют вес колбы с водой,

залитой до метки. Удельную массу рассчитывают по формуле:

$$d_y = \frac{Pd}{P+G-F},$$

где

P – масса абсолютно сухого сырья, в г;

G – масса колбы с водой, в г;

F – масса колбы с водой и сырьем, в г;

d – плотность воды, г/см<sup>3</sup> (d=0.9982 г/см<sup>3</sup>).

**Определение объемной массы.** Объемную массу ( $d_o$ ) определяют как отношение недробленого сырья при определенной влажности до ее полного объема, включающего поры, трещины и капилляры, заполненные воздухом.

В мерный цилиндр объемом 100 мл наливают 50 мл воды очищенной. 10,0 г (точная навеска) не дробленного сырья быстро помещают в мерный цилиндр с жидкостью (вода очищенная) и определяют получившийся в результате объем. По разнице объемов в мерном цилиндре (до и после добавления сырья) определяют объем, занимаемый сырьем.

Объемную массу рассчитывают по формуле:

$$d_o = \frac{P_o}{V_o},$$

где

$P_o$  – масса недробленного сырья при определенной влажности, в г;

$V_o$  – объем, который занимает сырье (разница объемов), в см<sup>3</sup>.

**Определение насыпной массы.** Насыпную массу ( $d_H$ ) определяют как отношение массы измельченного сырья при естественной влажности до занятого сырьем полного объема, который включает поры частиц и пустоты между ними.

В мерный цилиндр помещают измельченное сырье, слегка встряхивают для его равномерного распределения, затем определяют полный объем, который оно занимает.

После этого сырье взвешивают. Насыпную массу рассчитывают по формуле:

$$d_H = \frac{P_H}{V_H},$$

где

$P_H$  – масса неизмельченного сырья при определенной влажности, в г;

$V_H$  – объем, занимаемый сырьем, в см<sup>3</sup>.

**Определение пористости.** Пористость ( $\Pi_c$ ) характеризует величину пустот внутри частиц сырья и определяется как отношение разницы между удельной (полностью) и объемной массой к удельной массе. Пористость сырья рассчитывают по формуле:

$$\Pi_c = \frac{d_y - d_o}{d_y},$$

где

$d_y$  – удельная масса сырья, г/см<sup>3</sup>;

$d_o$  – объемная масса сырья, г/см<sup>3</sup>.

**Определение порозности.** Порозность ( $\Pi_{ж}$ ) характеризует величину пустот между частицами растительного материала, определяется как отношение разницы между объемной и насыпной массой к объемной массе. Порозность сырья рассчитывают по формуле:

$$\Pi_{ж} = \frac{d_o - d_H}{d_o},$$

где

$d_o$  – объемная масса сырья, г/см<sup>3</sup>;

$d_H$  – насыпная масса сырья, г/см<sup>3</sup>.

**Определение свободного объема слоя сырья.** Свободный объем (V) слоя характеризует относительный объем пустот в единице слоя сырья (пустоты внутри частиц и между ними) и определяется как отношение между удельной и насыпной массой к удельной массе.

Свободный объем слоя рассчитывали по формуле:

$$V = \frac{d_y - d_H}{d_y},$$

где

$d_y$  – удельная масса сырья, г/см<sup>3</sup>;

$d_H$  – насыпная масса сырья, г/см<sup>3</sup>.

**Определение коэффициента поглощения экстрагента.** По 5,0 г измельченного сырья (точная навеска) помещают в мерные цилиндры и заполняют экстрагентом (этиловый спирт 30%, 50%, 70%, 96% и вода очищенная) так, чтобы сырье было покрыто жидкостью полностью, затем оставляют на несколько часов. Далее сырье фильтруют через бумажный фильтр и помещают в другой мерный цилиндр, определяя количество получившегося экстрагента. Расчет коэффициента поглощения экстрагента производят по формуле:

$$X = \frac{V - V_1}{P},$$

где

V – объем экстрагента, которым заполняли сырье, в см<sup>3</sup>;

$V_1$  – объем экстрагента, получившийся после поглощения сырья, в мл;

P – масса сухого сырья.

**Определение экстрактивных веществ.** В качестве экстрагента использовали воду очищенную и этиловый спирт 30%, 50%, 70%, 96%.

Около 1,0 г (точная навеска) сырья, измельченного до 1 мм, помещают в коническую колбу емкостью 200-250 мл, добавляют 50 мл растворителя (воды, этилового спирта разной концентрации), колбу закрывают пробкой, взвешивают (с точностью до 0,01 г) и оставляют на один час.

Затем колбу соединяют с обратным холодильником, нагревают на водяной бане, поддерживая слабое кипение в течение 2 часов. После охлаждения колбу снова взвешивают, закрыв заранее той же пробкой, и потерю в массе заполняют растворителем. Содержимое колбы взбалтывают и фильтруют через сухой бумажный фильтр, помещая в другую сухую колбу емкостью 150-200 мл. 25 мл фильтрата пипеткой пере-

носят в заранее высушенную (при температуре 100<sup>0</sup>-105<sup>0</sup> С до постоянной массы и точно взвешенную) фарфоровую чашку диаметром 7-9 см и выпаривают на водяной бане досуха. Чашку с остатком сушат при температуре 100-105<sup>0</sup> С до постоянной массы, затем охлаждают в течение 30 мин в эксикаторе с безводным кальция хлоридом и немедленно взвешивают.

Содержание экстрактивных веществ (X, в %) в перерасчете на абсолютно сухое сырье вычисляют по формуле:

$$X = \frac{m * 200 * 100}{m_1 (100 - W)},$$

где

m – масса сухого остатка, в г;

m<sub>1</sub> – масса сырья, в г;

W – потеря в массе при высушивании, в %

### РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

В таблицах 1 и 2 представлены данные результатов определения технологических параметров сырья, коэффициента поглощения экстрагента и выхода экстрактивных веществ.

Таблица 1 – Результаты определения технологических параметров сырья

Технологические параметры (г/см <sup>3</sup> )	Установленные значения
Удельная масса	1,64±0,01
Объемная масса	0,47±0,02
Насыпная масса	0,35±0,01
Пористость	0,71±0,01
Порозность	0,24±0,02
Свободный объем слоя сырья	0,78±0,01
Коэффициент поглощения экстрагента:	
Вода очищенная	3,40±0,01
Спирт этиловый 30-процентный	3,23±0,02
Спирт этиловый 50-процентный	2,78±0,12
Спирт этиловый 70-процентный	2,90±0,12
Спирт этиловый 96-процентный	2,98±0,01

Таблица 2 – Результаты выхода экстрактивных веществ сырья

Экстрагент	Выход экстрактивных веществ, %
Вода очищенная	48,93±1,01
Спирт этиловый 30-процентный	37,30±1,02
Спирт этиловый 50-процентный	54,71±1,05
Спирт этиловый 70-процентный	46,19±1,02
Спирт этиловый 96-процентный	23,96±1,01

Экспериментальные данные позволили нам выбрать экстрагент, который может быть использован

#### Литература:

1. Грудзинская Л.М., Гемеджиева Н.Г., Нелина Н.В., Каржаубекова Ж.Ж. Аннотированный список лекарственных растений Казахстана. Справочное издание, т. 20 (1). – Алматы, 2014, 200 с.
2. Fursa N.S., Litvineko V.I. and Krivenchuk P.E. Flavonol glycosides of *Lepidium latifolium* and *Lepidium draba*. – *Rastitel'nyye Resursy*. – 2012, – №6. – P. 567-571.
3. Afra Roushani, Seied Mehdi Miri. *Lepidium* species as antidiabetic herbal medicines. // The first National Congress and international Fair of Medicinal Plants and strategies for Persian medicine that affect diabetes. – MPSID, 2018.
4. Чуешов В.И., Гладух Е.В. Технология лекарств промышленного производства. – Винница: Нова Книга, 2014, с. 403-445.
5. Государственная Фармакопея Республики Казахстан. 1-е издание, Т. 1. – Алматы: Жибек Жолы, 2008, 804 с.

для максимального извлечения биологически активных веществ из растительного сырья.

Это 50-процентный этиловый спирт, имеющий коэффициент поглощения 2,78±0,12. При этом выход экстрактивных веществ составляет 54,71±1,01%.

### ВЫВОДЫ

Полученные нами данные по определению технологических параметров позволяют прогнозировать оптимальный способ экстрагирования биологически активных веществ из растительного сырья клоповника широколистного.

### ТҮЙІНДЕМЕ

АЗИМХАНОВА Б.Б.<sup>1</sup>,

УСТЕНОВА Г.О.<sup>1</sup>, ШАРИПОВ К.О.<sup>1</sup>,

<sup>1</sup>С.Ж. Асфендияров атындағы ҚазҰМУ, Алматы қ.

## ЖАЛПАҚЖАПЫРАҚ ШЫТЫРМАҚ (*LEPIDIUM LATIFOLIUM L.*) ӨСІМДІК ШИКІЗАТЫНЫҢ ТЕХНОЛОГИЯЛЫҚ ПАРАМЕТРЛЕРІН ЗЕРТТЕУ

Бұл мақалада жалпақжапырақ шытырмақ (*Lepidium latifolium L.*) өсімдік шикізатынан Қазақстан Республикасының Фармакопея талаптарына сәйкес экстракт алуға мүмкіндік беретін технологиялық параметрлерін зерттеу нәтижелері көрсетілген: шикізат қабатының бос көлемі, экстрагентті сіңіру коэффициенті және экстрактивті заттардың жалпы шығымы.

**Түйін сөздер:** өсімдік шикізаты, жалпақжапырақ шытырмақ, технологиялық параметрлер, экстрагенттер.

### SUMMARY

AZIMKHANOVA B.B.<sup>1</sup>, USTENOVA

G.O.1, SHARIPOV K.O.<sup>1</sup>,

<sup>1</sup>Asfendiyarov Kazakh National Medical university, Almaty c.

## THE STUDY OF THE TECHNOLOGICAL PARAMETERS OF PLANT RAW MATERIAL *LEPIDIUM LATIFOLIUM L.*

This article shows the results of a study of the technological parameters of the plant material *Lepidium latifolium L.*: the coefficient of extractant absorption and sum of extractive substances, which give the possibility of obtaining of the extract, meets the requirements meets the requirements of the Pharmacopoeia Republic of Kazakhstan.

**Keywords:** plant raw material, *Lepidium latifolium L.*, technological parameters, extractants.

МРНТИ: 76.03.35

АРЫСТАНОВА С.Т.<sup>1</sup>, ИРИСМЕТОВА Д.Н.<sup>1</sup>, ОЦАЛБАЙ Б.Б.<sup>1</sup>, ЖУМАНАЗАРОВ Н.А.<sup>1</sup>,  
<sup>1</sup>Международный казахско-турецкий университет имени Х.А. Ясави, г. Туркестан

# МОРФОФУНКЦИОНАЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ПОЧЕЧНОГО ТЕЛЬЦА ПРИ ВОЗДЕЙСТВИИ ЖЕЛТОГО ФОСФОРА НА ЛАБОРАТОРНЫХ ЖИВОТНЫХ

Неблагоприятная экологическая обстановка, проживание возле предприятий, перерабатывающих фосфор, существенно влияют на организм человека и животных. Наибольшую тревогу вызывает снижение способности приспосабливаться к негативным факторам окружающей среды посредством изменения активности элементов иммунной системы. Это обстоятельство способствует снижению адаптационных возможностей человека, повышает риск развития инфекционных и онкологических заболеваний. [4,5,6,13]



## АННОТАЦИЯ

В статье приведены результаты морфометрических изменений в структуре ткани почки у экспериментальных животных, вызванных желтым фосфором, характеризующихся вредным воздействием химического фактора.

Исследования проводились на 60 белых лабораторных крысах (самцах) массой 180-200 г (20 из них – в контрольной группе). Выбор лабораторных животных обусловлен тем, что только у крыс развиваются однотипные с человеческим организмом реакции на повышенное поступление фосфора.

Биологический материал фиксировали с помощью 10-процентного раствора нейтрального формалина. Проводили стандартную заливку кусочков в парафин. Готовили серийные поперечные срезы толщиной в 5-7 мкм, которые окрашивали гематоксилином, эозином, орсеином и по методу Ван-Гизона.

Таким образом, с помощью окрашенных срезов изучали строение почечных нефронов.

**Ключевые слова:** экспериментальные животные, желтый фосфор, морфология, морфометрия, лабораторные крысы (самцы), нефрон почки.

## АКТУАЛЬНОСТЬ

Производство фосфора в Казахстане является одним из ведущих секторов перерабатывающей промышленности. Удельный вес ее среди государств СНГ составляет более 90% [1,2]. Однако экологическая ситуация в крупных промышленных центрах остается неблагоприятной, не смотря на спад производства из-за вялотекущего экономического кризиса. Влияние вредных соединений на здоровье жителей региона обусловлено деятельностью промышленных предприятий, скоплением производственного и бытового мусора, газопылевыми выбросами объектов энергетики, автотранспорта, качеством строительных материалов и характером современной застройки. Вышеперечисленные факторы, формирующие химическую нагрузку, не позволяют обеспечить экологическую безопас-

ность населения. [2,3,7,10]

Во многих литературных источниках можно найти исследования, посвященные изучению механизмов воздействия на человека фосфора, а также разработки мер профилактики его вредного воздействия. Однако недостаточно разработаны морфологические основы при изучении различных структурно-функциональных преобразований при интоксикации вредными веществами фосфорного производства и их обратимости в стенках магистральных артерий различных типов. [7,8,9,14]

Желтый фосфор относится к наиболее летучей и активной форме фосфора. Он мягок, легко растворим в различных органических растворителях. В темноте флуоресцирует бледно-желтым цветом. При обычной температуре испаряется с образованием желтого тумана, который стелется по земле, так как в 4,3 раза тяжелее воздуха. Технологический процесс получения желтого фосфора сопровождается выделением в воздушную среду (в частности, в производственных цехах) ряда токсичных веществ (это пары и окислы фосфора, фосфин и фтористый водород), содержание которых во много раз превышает ПДК.

В печном цехе, например, загазованность фосфористым водородом фиксируется в пределах 5,2 мг/м<sup>3</sup>, элементарным фосфором – 0,18 мг/м<sup>3</sup>. На отдельных участках печных цехов количество вредных веществ достигают величин, превышающих ПДК в 10-12 раз. [4,5,6,11]

Учитывая информативность морфологических процессов, в своем исследовании мы сосредоточились на изучении влияния желтого фосфора на строение стенок сосудов и функции организма. Следует отметить, что проблема фосфорной интоксикации у людей, связанных с фосфорным производством, остается на сегодня весьма актуальной.

### ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Изучить токсикодинамику фосфорных соединений при однократном и многократном их введении экспериментальным белым крысам.

### МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

В данной статье описаны морфологические изменения в структуре ткани почки у экспериментальных животных, вызванные желтым фосфором, характеризующиеся вредными воздействиями химических соединений. Эксперименты проводились на 60 белых крысах (самцах) массой 180-200 г (20 из которых – контрольная

группа), так как именно у крыс развиваются однотипные с человеческим организмом реакции при воздействии фосфора. В экспериментальной серии животных острая фосфорная интоксикация (от 24 до 192 часов) смоделирована путем интрагастрального введения 0,1% масляного раствора желтого фосфора из расчета 10 мг/кг массы тела. Материал фиксировали в 10-процентном растворе нейтрального формалина. Также осуществляли стандартную заливку парафином фрагментов тканей. Готовили серийные поперечные срезы толщиной в 5-7 мкм, которые окрашивали гематоксилином, эозином, орсеином и по методу Ван-Гизона в целях изучения строения нефрона почек.

Для определения гистохимической характеристики состава соединительной ткани и оболочки сосудистых стенок исследовали содержание кислотных гликозаминогликанов (ГАГ). Последние выявлялись по методу Галле на парафиновых срезах толщиной в 5-7 мкм. Содержание ГАГ в ткани стенок сосудов оценивали визуально.

Морфометрической оценке (с помощью окуляра-микрометра) подвергались все исследуемые ткани почки, проводилось измерение размера, площади и объема структуры почки (при увеличении ок. 15, об. 20). В каждом случае было сделано 50 измерений (по 10 измерений на 5 срезах).

Для световой микроскопии использовался микроскоп LEICA DM 500 В (Германия) с фотокамерой LEICA ICC 50, при помощи которой делали снимки гистологических и полутонких срезов.

### РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

В юкстамедуллярных нефронах все перечисленные параметры достоверно ( $p < 0,05$ ) больше. Так, объем почечного тельца равен  $40,89 \pm 1,2$  усл. ед., капиллярного клубочка –  $28,76 \pm 1,22$ , просвета капсулы –  $12,23 \pm 0,3$ . По степени открытия кровеносных капилляров клубочки неоднородны даже в пределах одной зоны, что свидетельствует о наличии функциональной фазности в их деятельности. Также в почках интактных животных обнаружили среди клубочков субкапсулярных нефронов 3,5% неактивных, среди клубочков юкстамедуллярных нефронов – 7,5% неактивных.

Функционально неактивные почечные тельца отличаются меньшими размерами, петли капилляров клубочков спавшиеся, плотно прилегают друг к другу, эритроцитов в просвете капилляров почти нет. По-видимому, функционально неактивные клубочки (Кирева Е.П. [3]), являются резервными, поэтому они мо-

Таблица 1 – Морфометрические показатели почечного тельца у лабораторных животных при воздействии желтого фосфора

Сроки воздействия	Почечное тельце, значения (M±m)					
	Толщина париетального листка капсулы Шумлянско-Боумана, мкм		Площадь клубочка с капсулой Шумлянско-Боумана, мкм		Площадь капиллярных петель клубочка, мкм	
	Контроль	Опыт	Контроль	Опыт	Контроль	Опыт
24 часа	0,437±0,088	0,427±0,082	5394,8±839,3	5390,6±835,2	3872,1±584	3870,1±581
96 часов	0,437±0,088	0,425±0,080	5394,8±839,3	5389,4±831,0	3872,1±584	3868,4±579
192 часа	0,437±0,088	0,419±0,078	5394,8±839,3	5384,8±827,7	3872,1±584	3865,7±574
3 месяца	0,437±0,088	0,426±0,081	5394,8±839,3	5386,8±834,1	3872,1±584	3867,5±576

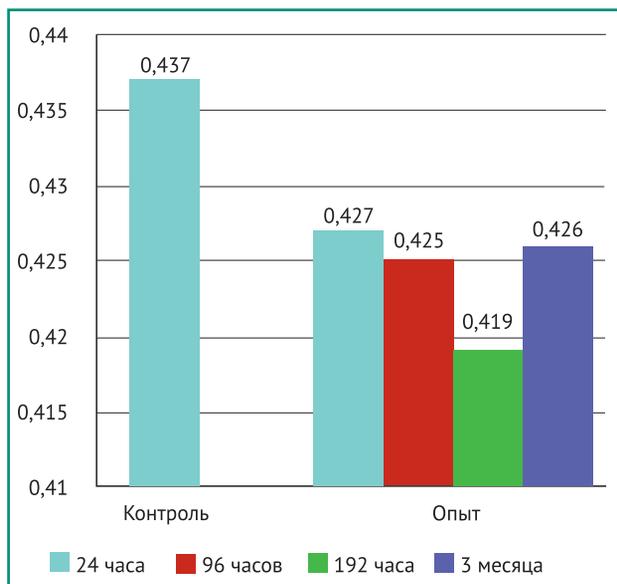


Рисунок 1 – Изменение толщины париетального листка капсулы Шумлянско-Боумена у лабораторных животных под воздействием желтого фосфора

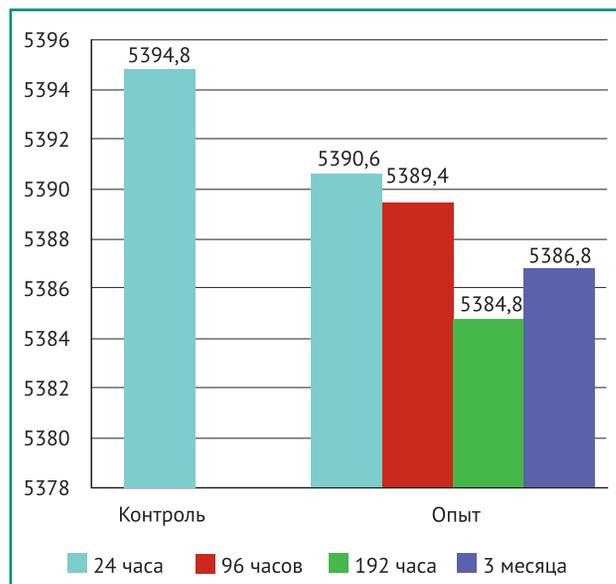


Рисунок 2 – Изменение площади клубочка с капсулой Шумлянско-Боумена у лабораторных животных под воздействием желтого фосфора

гут включаться в работу органа только при повышенной функциональной нагрузке на него.

При морфометрическом исследовании почечных телец отмечено заметное увеличение размеров генераций субкапсулярных нефронов. По отношению к предыдущему эксперименту разница не достоверна, а при параллельном контроле велика. Тельце уменьшается, в основном, за счет уменьшения просвета капсулы, так как объем капиллярного клубочка увеличивается. Разница с результатом в контрольной группе по этим параметрам статистически значима (таблица 1). Почечное тельце – правильной формы, петли капилляров полностью заполняют просвет капсулы, большей частью полнокровны.

Объем почечных телец юстамедуллярных нефронов не изменился по сравнению с предыдущим экспериментом, разница с результатом у контрольных крыс статистически значима.

Постоянство объема почечного тельца связано с тем, что изменение объема капиллярного клубочка и просвета капсулы на данном этапе эксперимента незначительно. Однако разница этих параметров с параллельными контрольными велика и статистически достоверна (рисунки 1,2).

Почечные тельца правильной формы, капиллярные петли расположены за капсулой с частично за-

крытым просветом, а в просветах капилляров – умеренное количество эритроцитов. В отдельных капиллярных клубочках – очаговое переполнение кровью. В полости капсулы некоторых телец имеется белковой экссудат.

**Канальцы.** При морфометрии отмечено изменение высоты эпителия всех отделов канальцев. По сравнению со сроком фосфорной интоксикации, зафиксированном в предыдущем эксперименте, увеличение высоты проксимальных канальцев недостоверно, а дистальных, напротив, статистически значимо. Разница с результатами параллельного контроля достоверна в обоих отделах. Эпителий тонкой части петли снижается, но изменения недостоверны и по отношению к результатам параллельного контроля и предыдущему сроку эксперимента (таблица 2).

У эпителия некоторых канальцев, особенно проксимальных, имеются признаки зернистой дистрофии. Внутренний диаметр всех отделов канальцев уменьшается. Разница достоверна только в тонкой части петли применительно к предыдущему сроку фосфорной интоксикации и по сравнению с результатами контрольных измерений (рисунки 3,4).

**Дистальный отдел.** Канальцы этого отдела выстланы цилиндрическим эпителием (рисунки 1,3) высотой  $7,74 \pm 0,39$  мкм. Просвет канальцев правиль-

Таблица 2 – Морфометрические показатели канальцев почек у лабораторных животных при воздействия желтого фосфора

Сроки воздействия	Проксимальный извитой каналец, значения (M±m)					
	Диаметр, мкм		Диаметр просвета, мкм		Площадь, мкм	
	Контроль	Опыт	Контроль	Опыт	Контроль	Опыт
24 часа	35,53±6,43	34,33±5,33	18,26±6,51	17,76±5,21	213,14±98,8	209,52±88,5
96 часов	35,53±6,43	33,13±4,23	18,26±6,51	17,24±5,45	213,14±98,8	201,54±78,5
192 часа	35,53±6,43	31,83±4,75	18,26±6,51	15,64±4,77	213,14±98,8	197,05±80,8
3 месяца	35,53±6,43	32,64±5,27	18,26±6,51	16,86±4,91	213,14±98,8	206,44±79,3

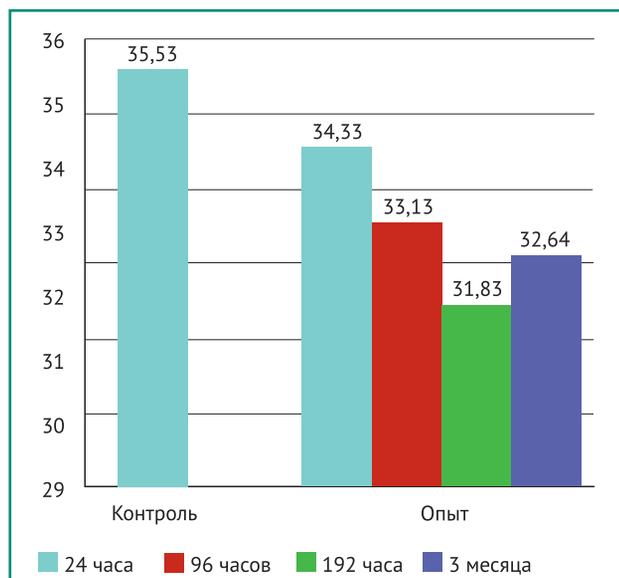


Рисунок 3 – Показатели диаметра проксимальный канальцев почки у экспериментальных животных.

ной овальной формы и широкий, апикальный край четкий, границы эпителия различимы хорошо. Просвет канальца свободен, внутренний диаметр равен  $20,12 \pm 2,3$  мкм.

**Тонкая часть петли нефрона.** Это каналец, стенки которого выстланы плоскими эпителиальными клетками с ядрами, выходящими в просвет канальца (рисунок 3,4, таблица 2). Высота эпителия –  $6,28 \pm 0,45$  мкм, внутренний диаметр –  $12,01 \pm 0,05$  мкм.

Канальцы мозгового слоя (тонкая часть петли нефрона и собирательные трубочки) имеют свободный просвет. Эпителий терминального отдела собирательных трубочек – с выраженной вакуолизацией цитоплазмы. Интерстициальная ткань пирамид несколько полнокровна, просветы отдельных капилляров полностью заполнены эритроцитами.

Эпителий слизистой оболочки чашек и лоханки окружен светлыми вакуолями вокруг ядра.

**Тонкая часть петли нефрона.** Каналец, стенки которого выстланы плоскими эпителиальными клетками с ядрами, выступающими в просвет канальца. Высота эпителия равна  $6,28 \pm 0,45$  мкм, внутренний диаметр –  $12,01 \pm 0,05$  мкм.

Канальцы мозгового слоя (тонкая часть петли нефрона и собирательные трубочки) имеют свободный просвет. Эпителий терминального отдела собирательных трубочек – с выраженной вакуолизацией цитоплазмы. Интерстициальная ткань пирамид несколько полнокровна, просветы отдельных капилляров полностью заполнены эритроцитами. Эпителий слизистой оболочки чашек и лоханки характеризуется светлыми вакуолями вокруг ядра.

В просвете отдельных канальцев наблюдается белковое содержимое. В юкстамедуллярной зоне отмечено резко выраженное венозное полнокровие. Встречаются лимфатические капилляры, резко расширенные за счет накопления однородного розового ШИК-поло-

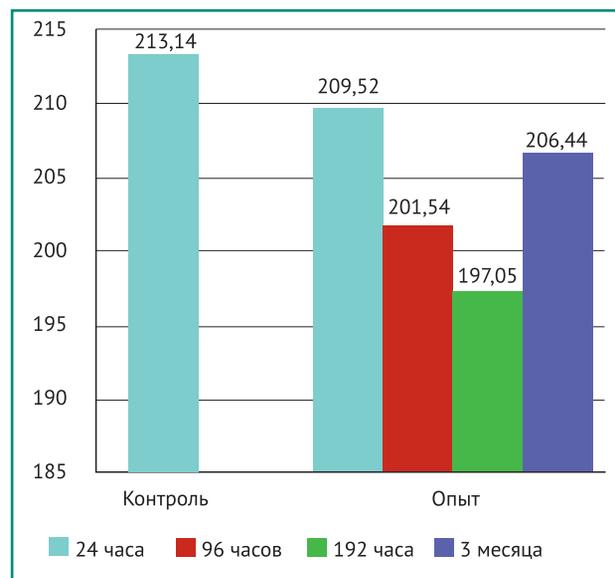


Рисунок 4 – Изменение площади проксимальный канальцев почки у экспериментальных животных

жительного, гомогенного содержимого (лимфостаз).

В мозговом веществе (в строме пирамид) обнаружено явление интерстициального отека, за счет чего канальцы несколько отодвигаются друг от друга. Эпителий собирательных трубочек вакуолизированный. В просвете между ними – единичные белковые ШИК-отрицательные цилиндры.

**Почечное тельце.** Субкапсулярные клубочки состоят из петель капилляров, которые целиком не заполняют просвет капсулы. В просвете капилляров сосудистых петель эритроцитов нет. Состояние капсулы клубочков не изменено. Наружный листок, состоящий из слоя эндотелиальных клеток, просматривается хорошо, клетки вытянутой формы. Клетки внутреннего листка вместе с мезангиальными клетками располагаются между капиллярами клубочков. В полости капсулы единичных почечных телец имеется белковое содержимое. Объем почечного тельца, по данным морфометрии, достоверно увеличен по сравнению с нормой.

Увеличение происходит за счет небольшого суммарного увеличения просвета капсулы и объема капиллярного клубочка. Разница между размерами величины капиллярного клубочка и почечного тельца (в сравнении с результатами параллельного контрольного исследования) достоверна (таблица 1).

В юкстамедуллярных нефронах клубочки резко полнокровны, объем почечного тельца увеличился за счет отчетливого увеличения объема капиллярных петель клубочка и небольшого увеличения мочевого пространства, то есть просвета капсулы (таблица 1, рисунки 5,6).

Субкапсулярные клубочки состоят из петель капилляров, которые целиком не заполняют просвет капсулы. В просвете капилляров сосудистых петель эритроцитов нет. Состояние капсулы клубочков не изменено. Наружный листок, состоящий из слоя эндотели-

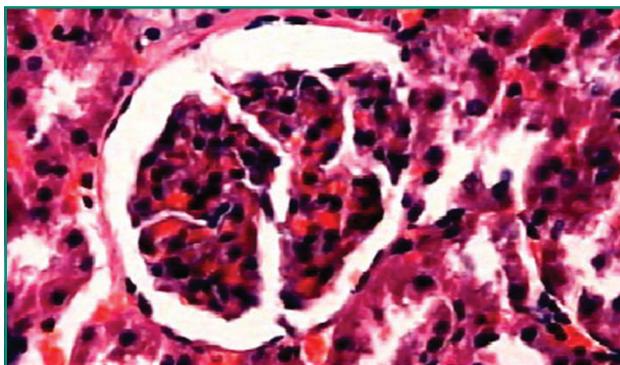


Рисунок 5 – Увеличение объема почечного тельца

*Примечания:* тяжелая дистрофия нефротелия, кровоизлияния в подслизистой оболочке почек, воспалительные эмболы в просвете сосудов МЦР, застойное полнокровие сосудов с нарушением реологии.

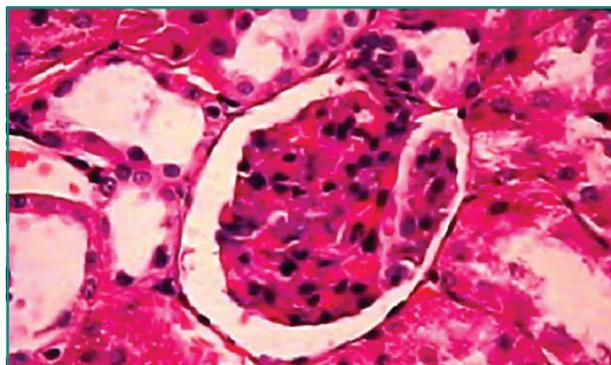


Рисунок 6 – Лимфостаз в межканальцевых сосудах

*Примечания:* полнокровные просветы межканальцевых сосудов со сладжем и диапедезом эритроцитов, внутрисосудистым лейкоцитозом, кровоизлияния в подслизистой оболочке почек.

альных клеток, просматривается хорошо, клетки вытянутой формы. Клетки внутреннего листка вместе с мезангиальными клетками располагаются между капиллярами клубочков. В полости капсулы единичных почечных телец имеется белковое содержимое. Объем почечного тельца, по данным морфометрии, достоверно увеличен по сравнению с нормой.

Под воздействием фосфорной интоксикации продолжительностью в 192 часа нами отмечены существенные изменения почечных телец субкапсулярных нефронов. По отношению к предыдущему сроку эксперимента разница недостоверна, а разница с результатами параллельного контроля велика. Тельце уменьшается, в основном, за счет уменьшения просвета капсулы, так как объем капиллярного клубочка увеличивается. Разница с результатами параллельного контрольного исследования этих параметров статистически значима (таблица 2). Почечное тельце правильной формы, петли капилляров полностью заполняют просвет капсулы, большей частью полнокровны.

Объем почечных телец юкстамедуллярных нефронов не изменяется по отношению к временным параметрам предыдущего срока эксперимента, разница с результатами параллельного контрольного эксперимента статистически значима. Постоянство объема почечного тельца связано с тем, что изменение объема капиллярного клубочка и просвета капсулы в текущий период времени эксперимента незначительно. Однако разность этих параметров с параметрами параллельного контроля велика и статистически достоверна.

Почечные тельца правильной формы, капиллярные петли расположены вне капсулы с неполными просветами. В просветах капилляров отмечено умеренное количество эритроцитов. В отдельных капиллярных клубочках наблюдается очаговое переполнение кровью. В полости капсулы некоторых телец имеется белковый экссудат.

*Канальцы.* Высота эпителия проксимальных и дис-

тальных канальцев несколько увеличена. По сравнению с предыдущим сроком исследования фосфорной интоксикации увеличение высоты проксимальных канальцев недостоверно, а дистальных канальцев, наоборот, статистически значимо. Разница с результатами параллельного контроля достоверна в обоих отделах. Эпителий тонкой части петли снижается, но изменения недостоверны по отношению к предыдущим результатам и контрольным измерениям. В эпителии некоторых канальцев, особенно проксимальных, имеются признаки зернистой дистрофии. Внутренний диаметр всех отделов канальцев уменьшается. Разница достоверна только в тонкой части петли по отношению к предыдущему сроку при исследовании фосфорной интоксикации и результатам параллельного контроля (таблица 2, рисунок 6). В просвете отдельных канальцев имеется белковое содержимое. В юкстамедуллярной зоне резко выражено венозное полнокровие. Встречаются лимфатические капилляры, резко расширенные за счет скопления однородного розового, ШИК-положительного гомогенного содержимого (лимфостаз).

В мозговом веществе в строме пирамид есть признаки интерстициального отека, за счет чего канальцы несколько отстранены друг от друга. Эпителий собирательных трубок вакуолизированный. В просвете трубок – единичные белковые ШИК-отрицательные цилиндры.

Эпителий слизистой оболочки чашек и лоханки имеет обычное строение.

При фосфорной интоксикации продолжительностью в 192 часа почечный кровоток несколько нормализуется за счет сужения почечной артерии, приближаясь к исходному состоянию. Дуговые артерии также спазмированы. Ишемия субкапсулярных клубочков проходит, но слабое шунтирование, по-видимому, сохраняется, о чем свидетельствуют очаговое полнокровие петель капилляров юкстамедуллярных клубочков и сохраняющееся полнокровие юкстамедуллярной зоны. Канальцы проксимального и дистального отде-

лов функционально менее активны, чем у животных из контрольной группы.

Токсикологические исследования также свидетельствуют о связи между усиленной абсорбцией свинца и гипертонией. Эти эффекты, по-видимому, возникают за счет токсического воздействия свинца на почки и непосредственно на гладкую мускулатуру сосудов. [11,14,15]

Увеличение происходит за счет небольшого суммарного расширения просвета капсулы и объема капиллярного клубочка. Разница величины капиллярного клубочка и почечного тельца по сравнению с результатами контрольной группы достоверна (таблица 1, рисунок 1).

В юкстамедуллярных нефронах клубочки резко полнокровны, объем почечного тельца за счет отчетливого увеличения объема капиллярных петель клубочка и мочевого пространства, а именно просвета капсулы (рисунки 5,6).

Многочисленными исследованиями доказано, что фосфор, проникая в организм человека, оказывает всестороннее и многообразное биологическое воздействие, а именно токсическое, сенсibiliзирующее, мутагенное, канцерогенное. [11,12,13]

Подводя итоги (на основе полученных данных), следует отметить, что проведенные нами эксперименты по воздействию экстремального фактора на организм животных позволили установить, что почки и сосуды, снабжающие кровью этот орган, не являются пассивными звеньями мочевыделительной и сердечно-сосудистой системы. Из-за фосфорной интоксикации они подвергаются структурной перестройке, адаптируясь к изменению кровотока.

В почечных тельцах фиксируются изменения величины капиллярных клубочков, просветов капсул и самих почечных телец, ишемия или гиперемия клубочков. В почечных канальцах проявляется зернистая дистрофия эпителия, изменяется высота эпителия и внутренний диаметр канальцев.

Выраженность выявленных нами изменений непосредственно не зависит от продолжительности воздействия желтого фосфора, а имеет волнообразный характер.

Так, при экспериментальном пероральном введении желтый фосфор оказывает токсическое воздействие как на паренхиматозные, так и на строма-сосудистые компоненты. Ишемия субкапсулярных клубочков проходит, но шунтирование в слабой степени, по-видимому, сохраняется, о чем свидетельствуют очаговое полнокровие петель капилляров юкстамедуллярных клубочков и сохраняющееся полнокровие юкстамедуллярной зоны. Канальцы проксимального и дистального отделов функционально менее активны, чем у животных из контрольной группы.

### Выводы

1. Желтый фосфор в элементарном состоянии вызывает выраженное токсичное воздействие, разовая летальная доза для человека при приеме внутрь составляет, в среднем, 0,08 г.

2. Желтый фосфор является агрессивным жирорастворимым веществом, вследствие чего патологиче-

ским процессам подвергаются органы и системы жизнедеятельности, богатые липидами и фосфолипидами (сердечно-сосудистая система, нервная система (и ее ткани), печень, почки, половые органы и слизистая оболочка паренхиматозных органов.

3. Сравнительный анализ тяжести морфологических изменений в различные сроки проведения исследований в экспериментальных группах показал, что наиболее тяжелые патологические процессы, формирующиеся под воздействием желтого фосфора, характеризуются усилением патологических реакций на действие ряда вредных факторов.

### ТҮЙІНДЕМЕ

**АРЫСТАНОВА С.Т.<sup>1</sup>, ИРИСМЕТОВА Д.Н.<sup>1</sup>,  
ОҢАЛБАЙ Б.Б.<sup>1</sup>, ЖУМАНАЗАРОВ Н.А.<sup>1</sup>,**  
*<sup>1</sup>Қожа Ахмед Ясауи атындағы Халықаралық  
қазақ-түрік университеті, Түркістан қ.*

## САРЫ ФОСФОРДЫҢ ӘСЕРІНДЕ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬДЫ ЖАНУАРЛАРДЫҢ БҮЙРЕК ҚҰРЫЛЫМЫНА МОРФОЛОГИЯЛЫҚ ЗЕРТТЕУЛЕР

Бұл мақалада экспериментальды егеуқұйрықтардың бүйрек ағзаларына сары фосфордың әсерінде туындалатын морфометриялық өзгерістерге сипаттама жасалып, химиялық фактордың зиянды нәтижелері келтірілген. Тәжірибе 180-200 г болатын 60-ақ егеуқұйрықтарға жүргізілді, оның ішінде 20-егеуқұйрық бақылау құрамында болды, адам ағзасындағы улы фосфордың әсер ету реакциясы егеуқұйрықтарда ұқсас дамитын болғандықтан ақ еркек егеуқұйрықтар таңдап алынды. Материал 10% нейтралды формалин ерітіндісінде зерттеліп сақталды. Гистологиялық кесінділер бөлшектері стандартталған құйылғыда парафинге салынды. 5-7 мкм көлденең кесінділер дайындалып, гематоксилін-эозин және Ван-Гизон тәсілі бойынша боялды.

**Түйін сөздер:** эксперимент жануарлары, бақылау, сары фосфор, морфология, морфометрия, зертханалық егеуқұйрықтар (еркектер), нефрон, бүйрек.

### SUMMARY

**ARYSTANOVA S.T.<sup>1</sup>, IRISMETOVA D.N.<sup>1</sup>,  
ONALBAY B.B.<sup>1</sup>, JUMANAZAROV N.A.<sup>1</sup>,**  
*<sup>1</sup>H.A. Yasavi International Kazakh-  
Turkish University, Turkestan c.*

## MORPHOFUNCTIONAL STUDY OF THE KIDNEY TELTS IN LABORATORY ANIMALS UNDER EXPOSURE TO YELLOW PHOSPHORUS

This article presents the morphological changes in the structure of the kidney tissue in experimental animals caused by yellow phosphorus and is characterized by the harmful effects of a chemical factor. The experiments were conducted on 60 white male rats weighing 180-200 g (20 of them were controls), since it was in rats develops sim-

ilar to the human body reactions to increased intake of phosphorus. The material was fixed in a 10% solution of neutral formalin. Conducted standard fill pieces in paraffin. Serial transverse sections of 5-7  $\mu\text{m}$  thick were prepared and stained with hematoxylin-eosin, orcein, and ac-

ording to Van-Gieson. On stained sections, the structure of the nephron of the kidneys was studied.

**Keywords:** experimental animals, control, yellow phosphorus, morphology, morphometry, material, laboratory rats (males), nephrons of the kidney.

#### Литература:

1. Сраубаев Е.Н., Стапаев Н.Д., Данько А.В., др. Проблемы гигиены и охраны труда в свете постановлений правительства РК. – Медицина и экология. – 1997. – №3. – С. 35-37.
2. Захарова С.Г. Особенности нефропротективного действия фуросемида и некоторых митохондриальных субстратов при поражении почек ртути дихлоридом: автореф. дис. канд. мед. наук. – Уфа, 2008, 22 с.
3. Киреева Е.П. Связь начального поражения почек с экологически обусловленной токсической нагрузкой организма свинцом и кадмием и его профилактика (эпидемиологическое и экспериментальное исследование): автореф. дис. канд. мед. наук. – Екатеринбург, 2007, 24 с.
4. Кропачев А.Ю., Соснин Д.А., Скляренко Г.А., Новочадов В.В. Разработка модели и морфологическая характеристика почек при неполной (варьирующей) окклюзии мочевыводящих путей. – Бюллетень Волгоградского научного центра РАМН. – 2008. – №1. – С. 24-26.
5. Соснин Д.А. Разработка модели и морфологическая характеристика почек при неполной (варьирующей) окклюзии мочевыводящих путей. – Бюллетень Волгоградского научного центра РАМН. Морфология. Патология. – 2008. – Т. I. – С. 24-26.
6. Курзин Л.М., Савенкова Е.Н., Кулаева Л.В., Буров В.В. Возрастные изменения внутриорганных артерий почек человека. // Инновации в медицинском образовании и науке: докторантские и аспирантские чтения. – Саратов, 2010, с. 132-134.
7. Ardiles L., Figueroa C.D., Ehrenfeld P. et al. Renal kallikrein-kinin sistem (KK) compromise in an 5/6 renal ablation model modulated by mycophenolate mofetil (MME). – Hypertension. – 2001. – №3. – P. 988-994.
8. Gene expression in uremic left ventricular hypertrophy: effects of hypertension and anemia. Mak R.H., Chang S.L., Draksharapu A., Pak Y.K. – Exp Mol Med. – 2004. – P. 12-14.
9. Sigmon D.I., Gonzalez-Feldman E., Cavaasin M.A. et al. Role of nitric oxide in the renal hemodynamic response to unilateral nephrectomy. – J Am Soc Nephrol. – 2004. – P. 341-342.
10. Weissgarten J., Modai D., Berman S. et al. Proliferative responses of mesangial cells to growth factors during compensatory versus dietary hypertrophy. – Nephron. – 2000. – №5. – P. 128-124.
11. Skutkova H. Structure, Polymorphisms and Electrochemistry of Mammalian Metallothioneins. – A Review Int. J. Electrochem. Sci. – 2012. – Vol. 7. – P. 12415-12431.
12. Virgolini, M.B. Interactions of chronic lead exposure and intermittent stress: consequences for brain catecholamine systems and associated behaviors and HPA axis function. – Toxicol. Sci. – 2005. – Vol. 87(2). – P. 469-482.
13. Vijver Martina G. Metal-specific interactions at the interface of chemistry and biology. – Pure and Applied Chemistry. – 2007. – V. 79. – P. 2351-2366.
14. Wang D. Studying zinc homeostasis in escherichia coli using carbonic anhydrase – based ratiometric sensors: A dissertation submitted in partial fulfillment of the requirements for the degree of Doctor of Philosophy (Chemical Biology) in the University of Michigan, 2012. 180 p.
15. Fumukmoto T. Kishimoto, et al. The role of metallothionein interactions with other proteins. – Biol. Trace Elem. Res. – 1993. – V. 36(3). – 219 p. Doi:10.1002/pm.201300496.

#### ҚҰРМЕТТІ ЖУРНАЛҒА ЖАЗЫЛУШЫЛАР!

«Фармация Казахстана» журналына «Қазпочта» АҚ кез келген бөлімшесінде жазылуға болады. Журнал туралы ақпаратты «Қазпочта» АҚ барлық бөлімшелерінде газеттер мен журналдарға жазылып алатын жыл сайынғы каталогынан және сайттан табуға болады (индексі 75888).

Сондай-ақ, журналға жазылуды Дәрілік заттарды, медициналық мақсаттағы бұйымдарды және медицина техникасын сараптау ұлттық орталығының Алматы қаласындағы аумақтық филиалында (Алматы қ., тел: +7 (727) 273 03 73, 8 (747) 373 16 17), «Евразия Пресс» жазылу агенттігінде және «Эврика пресс» ЖШС рәсімдеуге болады.

Шетелдік оқырмандар редакцияда журналдың электронды нұсқасына жазылуды рәсімдей алады.

2019 жылға басылым бағалары Алматы мен облыс орталықтарында бірдей. Сонымен қатар, жазылымды мемлекеттік портал арқылы рәсімдеуге болады.



**АЯЗБЕКОВ А.К.<sup>1</sup>, НУРХАСИМОВА Р.Г.<sup>2</sup>,**

<sup>1</sup>Казахстанский медицинский университет «ВШОЗ», г. Алматы, <sup>2</sup>Международный казахско-турецкий университет имени Х.А. Ясауи, г. Туркестан

## **ПРОБЛЕМЫ ФАРМАКОТЕРАПИИ ЭКСТРАГЕНИТАЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ**

**Рост экстрагенитальной патологии и осложнений во время беременности требует медикаментозного лечения, арсенал лекарственных средств же настолько широк, что полипрагмазия стала повседневной реальностью. Поэтому выбор и назначение лекарственных препаратов для беременной женщины требует особого подхода.**



### **АННОТАЦИЯ**

Назначение лекарственных препаратов беременной женщине является вопросом сложным. Рост экстрагенитальной патологии и осложнений беременности требует фармакотерапии, а арсенал лекарственных средств настолько широк, что полипрагмазия стала повседневной реальностью. Поэтому целью данной статьи стало изучение характера и целесообразности назначения лекарственных средств, определение частоты показаний к медикаментозной терапии среди беременных, страдающих экстрагенитальными заболеваниями.

На основе ретроспективного анализа индивидуальных и обменных карт рожениц (жительниц г. Туркестан) нами выявлено следующее. Приём лекарственных препаратов происходит либо до того, как женщина узнаёт о своей беременности, либо без консультации врача. Кроме того, реальная практика применения лекарств беременными не всегда соответствует врачебным назначениям, что подтверждено ответами респонденток.

**Ключевые слова:** беременность, фармакотерапия, экстрагенитальная патология, лекарства.

### **АКТУАЛЬНОСТЬ**

Патогенез многих заболеваний и осложнений во время беременности весьма разнообразен, поэтому в современном акушерстве широко применяется почти весь спектр лекарственных средств, которые предлагает современная фармакология. Однако безопасное медикаментозное лечение во время беременности является одним из наименее изученных аспектов

репродуктивного здоровья. [2,3,7]

В настоящее время применяется около 40 лекарственных препаратов, тератогенный или токсический эффект которых доказан, однако лишь немногие из них безопасны при беременности [13]. Вследствие того, что беременные женщины по этическим соображениям потенциально исключены из клинических исследований, у большинства ЛП отсутствуют доказательные данные об их эффективности и безопасности во время беременности. Применение медикаментов для лечения данной категории пациентов продолжает оставаться малоизученной областью медицины как в отношении риска, так и пользы [14,15]. Выявление тератогенных свойств медицинских препаратов затруднено тем, что имеется определенный естественный фон пороков развития плода, связанных с генными и хромосомными аномалиями, инфекциями, экологией, различной видовой спецификой исследований. Эти факторы не позволяют экстраполировать экспериментальные данные, полученные у животных, на человека. Физиологические изменения во время беременности, в свою очередь, могут приводить к изменению фармакокинетики ЛП, что зачастую ведёт к субоптимальному дозированию лекарственных препаратов [8]. Согласно данным исследования бразильских ученых, ими опрошены 5 564 беременные женщины, посетившие медицинские учреждения с 21 до 28 недель гестации [1,5]. Вопросы анкеты были составлены по группам: прием препаратов с целью обезболивания, профилактический прием комплекса витаминов, антианемическая терапия, судороги, прием ЛС от кашля.

Согласно полученным результатам, 4 614 (83,8%) из 5 564 женщин принимали, по меньшей мере, один из зарегистрированных в стране 9 556 лекарств. Наиболее часто применялись антианемические (33,5%), гастропротекторы (31,3%), обезболивающие и противовоспалительные (22,2%), антибиотики (11,1%). Из 9 556 зарегистрированных лекарственных средств 3 243 (34%) имеют явный тератогенный эффект и относятся к группе А [3,8]. Часто лекарства употребляются респондентками либо до того, как они узнают о своей беременности, либо без консультации врача [4]. Кроме того, реальная практика применения препаратов беременными не всегда соответствует врачебным назначениям, что подтверждено рядом исследований. [6]

### ЦЕЛИ ИССЛЕДОВАНИЯ

Изучение характера и целесообразности назначения лекарственных средств, определение частоты и структуры показаний к медикаментозной терапии беременным, страдающим экстрагенитальными заболеваниями.

### МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Нами проведен ретроспективный анализ медицинской документации ГКП на ПХВ «Областной перинатальный центр №3» и женских консультаций города Туркестан. Изучено 324 индивидуальных и обменных карт, форм 111/у и 113/у, проведено анкетирование 270 женщин в послеродовом периоде на 1-2 сутки после родов. Изучались сроки назначения медицинских препаратов и цели назначения, а именно профилактический прием, лечебное назначение, количество и наименование назначенных лекарств в течение беременности, показания и уровень назначения (стационарное или амбулаторное). В анкете было 16 вопросов, которые составлялись нами по аналогичным параметрам анализа и изучения медицинской документации.

### РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЯ

По данным медицинской документации дородового наблюдения за беременными (индивидуальные и обменные карты, выписки из историй болезни), из 324 беременных 124 (38,2%) назначались лекарственные средства. Из 270 опрошенных нами беременных 239 (88,5%) принимали лекарства, 11,5% от общего количества беременных не нуждались в медикаментозном лечении.

Полученные в результате анкетирования данные совпадают с данными исследований, которые проводили в разных странах. То есть 80 и более процентов беременных нуждаются в медикаментозном лечении. Из изученных нами случаев следует вывод, что чаще всего лекарства назначают участковые акушеры-гинекологи (61%), терапевты (22,5%), врачи общей практики (10%), участковые акушерки (6%),). Наименьший процент назначений – у узкопрофильных специалистов (0,5%). Всего (анализировали по наименованиям ЛП) было назначено 524 лекарственных средства. В рамках проводимого нами исследования выяснилось,

какое количество беременных женщин получает медикаментозную терапию (по уровням назначения):

- на уровне стационара получали лекарства 24,1% от общего числа пациенток;
- на уровне амбулаторно-поликлинической службы – 75,8;
- длительность медикаментозной терапии на уровне стационара в среднем составила 5,1±0,3 койко-дней;
- на уровне поликлинической службы – 9,6 дней.

Более продолжительное назначение ЛП по срокам на уровне поликлинической службы связано с назначением длительных приемов антианемических препаратов, венотоников, антиагрегантных ЛС. Экстрагенитальная патология потребовала назначения медикаментозного лечения в 78,2%, а в 21,7% случаев показанием стала акушерско-гинекологическая патология. По срокам назначения препаратов (то есть в период до 13 недель гестации), рецепты на лекарства были выписаны 25,8% беременных, от 14 до 27 недель беременности – 29,8%, от 28 недель до родов – 44,3%. Назначения до 27 недель чаще были вызваны акушерской патологией (различные токсикозы, рвота беременных, угроза прерывания беременности), от 28 недель и до родов – при обострении хронических инфекций почек, бронхитах, анемии, простудных заболеваниях. По количеству принятых за всю беременность ЛС: одно принимали 44,3%, два – 26,6%, три – 14,5%, четыре – 7,2%, пять – 2,8%, шесть – 2,0%, семь – 2,6%.

По группам: чаще всего назначались железосодержащие ЛП (25,9%), прогестероны (20,1%), антибиотики (19,3%), аспирин в малой дозировке (8%), фолаты (7,2%), обезболивающие и жаропонижающие ЛП (7%), витаминные комплексы (4,2%), венотоники (2,7%), гепато- и гастропротекторы и антациды (1,1%), противоквашевые и отхаркивающие (0,9%), противовирусные ЛП (1,3%), спазмолитики (1,7%), йодсодержащие ЛП (0,6%). Широкое назначение железосодержащих препаратов обусловлено тем, что Туркестан входит в эндемическую зону по железодефицитной анемии. Распространенность железодефицитной анемии среди беременных в Туркестане достигает 75%. При изучении карт беременных, принимавших железосодержащие препараты, только в 2 из 10 случаях до назначения антианемической терапии был определен уровень сывороточного железа в крови. Повторный динамический контроль над уровнем железа после терапии ни в одном случае проведен не был. Только в 7,2% случаев беременным назначались фолаты, хотя в национальных руководствах по ведению физиологической беременности препараты фолиевой кислоты указаны как обязательные для профилактики дефектов нервной трубки. Этот факт указывает на низкую приверженность врачей к выполнению рекомендаций клинико-диагностических протоколов.

Из 270 респонденток лишь малая часть (13,8%) ответила, что до и после назначения лекарственных препаратов никаких лабораторных исследований не проводилось. Назначение коротких курсов антибиотикотерапии и однократный прием, или же 3-5-дневные профилактические курсы приема ЛП должны быть

проведены женщинам с бессимптомной бактериурией на основе бактериологического исследования мочи при постановке на диспансерный учет по беременности. Однако скрининг, утвержденный соответствующим протоколом заседания экспертного совета при МЗ РК, указанный в клинко-диагностическом протоколе «Ведение физиологической беременности», из изученных 324 случаев исполнен только в 99 случаях (30,5%). По документам выявлено 3 положительных случая бактериурии (3%), с лечением цефалоспоринов третьего поколения, но без определения чувствительности к антибиотикам.

Из 270 опрошенных нами женщин 47 (19,6%) отметили, что не полностью выполняли указания врача по кратности и срокам приема ЛС, 27 респонденток (11,2%) имели побочные эффекты (это покраснения, зуд, диарея, изжога, боли в животе). 211 женщин были согласны с назначением лекарства (88,2%), 28 (11,8%) указали, что не принимали назначенных врачом ЛС. В анкете женщины отмечали, что принимали без назначения врача фитопрепараты (Канефрон®, Инсти®), жаропонижающие (Антигриппин, МаксиГриппин®), местные антисептики (Ингалипт). Из вышеизложенного, полагаем, следует, что фармакотерапия беременных является сложной и актуальной проблемой, которая, несомненно, требует дальнейшего изучения.

### ВЫВОДЫ

1. Экстрагенитальная патология является приоритетной причиной назначения медикаментозной терапии в родовом периоде, и только четвертая часть из всех медикаментов назначена по акушерским причинам.

2. Проводимая медикаментозная терапия (до 85%) назначается и выполняется с нарушением стандартов, утвержденных клинко-диагностическими протоколами, без должной клинко-лабораторной и динамической оценки обоснованности до назначения и эффективности после лечения.

3. Каждое третье назначение ЛС беременной осуществляется без фиксации в медицинских документах. Такая практика должна быть прекращена, каждый прием медикаментов необходимо подтвердить документально. Кратность, частота, эффективность, побочные эффекты должны быть учтены, и при появлении но-

ворожденного в анамнезе обязательно указываться.

4. Специалистам службы контроля безопасности лекарств необходимо регулярно проводить мониторинг применения ЛС во время беременности и соответствия лекарственной терапии общепринятым рекомендациям. Назначение медикаментов беременным, особенно на малых сроках, необходимо проводить с учетом стадии органогенеза, индивидуальных особенностей пациенток, наличия патологии со стороны выделительных органов (почек, печени, желудочно-кишечный тракт).

5. Профилактические мероприятия (скрининг на бактериурию, профилактический прием фолатов), утвержденные клинко-диагностическими протоколами, с доказанной эффективностью, а так же профилактические приемы ЛС по выявленным результатам скрининга выполняются не на должном уровне. Так, из 10 случаев только в трех имеет место исполнение рекомендаций врача.

6. Рациональное и контролируемое применение лекарственных препаратов во время беременности по ряду причин не осуществляется.

### SUMMARY

AYAZBEKOV A.<sup>1</sup>, NURKHASIMOVA R.<sup>2</sup>,  
<sup>1</sup>Kazakhstan's Medical University "KSPH",  
Almaty c., <sup>2</sup>Akhmet Yassawi International  
Kazakh-Turkish University, Turkestan c.

### PROBLEMS OF PHARMACOTHERAPY OF EXTRAGENITAL DISEASES URING PREGNANCY

It is always a difficult question to prescribe a pregnant woman. The growth of extragenital pathology and pregnancy complications requires pharmacotherapy, and the arsenal of drugs is so wide that polypharmacy has become an everyday reality.

The purpose of the study is the nature and feasibility of prescribing drugs, to determine the frequency and structure of indications for drug therapy among pregnant women suffering from extragenetic diseases.

**Keywords:** pregnancy, pharmacotherapy, extragenital disease, medicament.

### Литература:

1. Mengue S.S., Schenkel E.P., Duncan B.B., Schmidt M.I. Drug use by pregnant women in six Brazilian cities. – Rev Saude Publica. – 2001;35:415-20.
2. Brucker M.C. Top ten pharmacologic considerations in pregnancy. Program and abstracts of the 5th Annual Conference of the National Association of Nurse Practitioners in Women's Health. – September 27-29, 2002; Scottsdale, Arizona.
3. National Center for Health Statistics, CDC. 1997 National Ambulatory Medical Care Survey. [Электронный ресурс]: [https://wonder.cdc.gov/wonder/sci\\_data/surveys/namcs/type\\_txt/namcs97.asp](https://wonder.cdc.gov/wonder/sci_data/surveys/namcs/type_txt/namcs97.asp).
4. Weiss S.R., McFarland B.E., Corellé C., et al. Patterns of drug use in pregnancy [abstract]. – Pharmacoepidemiol Drug Saf, 1997;6(suppl. 2): S. 69.
5. Weiss S.R. Prescription Medication Use in Pregnancy. – Medscape Pharmacotherapy, 2000;2(2).
6. Olesen C., Sorensen H.T., de Jong-van den Berg L., et al. Prescribing during pregnancy and lactation with reference to the Swedisp classification system. A population-based study among Danish women. The Euromap Group. – Acta Obstet Gynecol Scand, 1999;78:686-92.
7. Стриженов. Е.А. Автореферат диссертации «Фармакоэпидемиология лекарственных средств у беременных». – Смоленск, 2002, 24 с.
8. Henry A., Crowther C. Patterns of medication use during and prior to pregnancy: the MAP study. – Aust. N. Z. J. Obstet. Gynaecol. – 2000. – V. 40. – P. 165-172.

МРНТИ: 76.35.43

АЛТЫБАЕВ Н.К.<sup>1</sup>, УБАЙДАЕВА А.Б.<sup>1</sup>, ЕРМАХАН Б.Б.<sup>1</sup>, ТАТЫКАЕВА У.Б.<sup>1</sup>, ЖУМАНАЗАРОВ Н.А.<sup>1</sup>,  
<sup>1</sup>Қ.А. Ясауи атындағы Халықаралық қазақ-түрік университеті, Түркістан қ.

## КӘСІБИ МЕДИЦИНАЛЫҚ КӨМЕК КӨРСЕТУ БАРЫСЫНДА АНЫҚТАЛҒАН ҚАТЕЛІКТЕРДІ СОТ МЕДИЦИНАЛЫҚ САРАПТАУ

Медицина қызметкерлерінің кәсіби міндеттерін дұрыс атқармауы азаматтардың конституциялық құқығын бұзып қана қоймай, сонымен қатар ең бастықұндылықтары, яғни адамдардың өмірі мен денсаулығына нұқсан келтіреді.

Сот медициналық сараптаманың нәтижелері бойынша дәрігерлік көмек көрсетудің барысында жіберілген қателіктері сарапталып, емдеу-профилактикалық мекемелерінде қылмыстық құқыққа байланысты жіберілетін дәрігерлік қателіктердің алдын алу шаралары қазіргі таңда қарастырылуда. [8,10,16]



### АҢДАТПА

Бұл мақалада Түркістан обылысы 2015-2018 жылдар аралығында дәрігер мамандар арасында жүргізілген патанатомиялық және сот медициналық сараптаманың көрсеткіші берілген. Акушерлік тәжірибеде кездесетін емдік көрсеткіштің қателіктеріне сипатама жасалынып, мұнда ҚР ӨМ-не қарасты Сот сараптама орталығының Түркістан бөлімінде, тексеру объектілері ретінде сырқат тарихы, амбулаториялық картасы мен сот медициналық сараптама материалдары қаралған. Зерттеу жұмысына MS Excel (2011 for IOS) және SPSS Statistics 17.0 статистикалық бағдарламалық пакеттері қолданылды. Статистикалық көрсеткіштерді анықтау үшін Стьюденттің t-критеріі және бір факторлы дисперсионды анализ қолданылды.

**Түйін сөздер:** дәрігер, медициналық көмек көрсету кемшіліктері, акушерлік тәжірибе, сараптама, сот медициналық сараптама, зерттеу объектілері, статистика, t-критерий Стьюдента.

### ӨЗЕКТІЛІГІ

Қазіргі таңда ана өліміне баға беру өте қиын. Ана өлімі деңгейі мемлекеттің дамуы, әлеуметтік жағдайы мен өркениеттілігінің индикаторы болып табылады. Қазақстан Республикасы Президентінің 2016 жылғы «ҚР өкімет басшыларының жұмысына баға беру» жарлығында бағалау критерийлерінің бірі, ана өлімі көрсеткіші ерекше орында екенін бағалады. [1]

Денсаулық сақтау туралы Қазақстан Республикасының заңында (11 бап) көрсетілгендей: «Әрбір азамат денсаулық сақтауға және медициналық көмекке құқылы. Мемлекеттік, мемлекеттік және муниципалды денсаулық сақтау мекемелерінде азаматтарға медициналық көмек тиісті бюджет қаражаты, өзге түсімдер есебінен тегін көрсетіледі». [3,4]

Соңғы жылдары, сот медициналық практикасында белсенді түрде денсаулық сақтау қызметкерлерінің кәсіби және құқықтық қорғау сапасын бағалау жұмыстарын жүзеге асырып жатыр. Осы саладағы то-

лық және нақты заңнаманың болмауы жиі медициналық қызметкерлердің ем көрсету қызмет бағытында халыққа мотивациялық емес теріс қарым қатынас жасалында. [5, 12, 15, 19]

Шет елдік сарапшылар мен заңгерлер Қылмыстық және Азаматтық істер саны көбею себебі, емдеу тек инвазиялық жиі асқындыратын әдістерді пайдалану емес, соған қоса тоқтатылған немесе лицензиясы шектелген дәрігерлер санының көбеюі деп санайды. [13, 15, 18]

Ресей ғалымдарының зертеулері бойынша, соңғы жылдары денсаулық сақтау саласында маңызды өзгерістердің орын алғанын, олардың сот-медициналық тәжірибеде де байқалғанын, атап айтқанда, алуан түрлі шұғыл көмек көрсеткен емдеу-профилактикалық мекемелердің зорлық өлім жағдайларында клиническо-анатомиялық талдауға деген талаптардың айтарлықтай артқанын; емдеу мекемелерінен тыс кенеттен болған өлім жағдайлары бойынша клиническо-анатомиялық жұмыстың белсендірілгенін айтады. Заңнаманың жаңартылуы комиссиялық сот-медициналық сараптамаларды жүргізуді және сарапшылардың алдағы уақытта сот отырысына қатысуын біршама күрделендірді, азаматтарды жаңа заңнамалық нормалардың пайда болуымен қатар құқықтық тұрғыдан белсендіру медициналық қызметкерлерге қатысты азаматтық және қылмыстық іс материалдары бойынша комиссиялық сараптамалардың күрт өсуіне алып келді. [4, 5, 6, 14]

Сот медициналық тәжірибеде медицина қызметкерлерінің кәсіби қылмыстарын комиссиялық сараптауға байланысты әдістемелік нұсқаулар әзірлеуіне мұқтаж. Мұндай жұмыс ұйымдастыруды жақсарту және медициналық көмектің сапасын жақсарту үшін көмектесе алады. Бұл мәселе жөнінде ұлттық деңгейде ғылыми жұмыстар, іс жүзінде жоқ. [2, 6, 11, 13]

Көптеген жүргізілген зертеулерде қызметкерлердің емдік іс-шаралары кезінде, кәсіби қателіктер мен кемшіліктер жіберуі туралы мәселелері кеңінен қарастырылып, өз кезегінде қызметкерлердің кәсіби жауапкершілігін арттыру мақсатында құқық негіздерін дәлел ретінде қолдануына ықпал етеді. Барлық жоғарыдағы аталған зертеулердің нәтижесі ғылыми жұмыстың өзектілігі үшін негіздеу болып табылады.

### **ЗЕРТТЕУДІҢ МАҚСАТЫ**

Ана бала өліміне байланысты емдік іс-шаралар барысында туындайтын, дәрігерлік қателіктердің алдын алу шараларын патанатомиялық және сот-медицина сараптама қорытындылары бойынша талқылау.

### **ЗЕРТТЕУДІҢ ӘДІСТЕРІ МЕН МАТЕРИАЛДАРЫ**

Зерттеу нысандары болып ҚР Әділет Министірлігінің сот-медициналық сараптамасының Түркістан облысы Сот сараптамалары институты, «Сот-медициналық сараптамасы орталығы және Түркістан облыстық патанатомиялық бюроның» 2014 мен 2018 жылдары аралығында азаматтық және қылмыстық істері бойынша тіркелген, 48 тәуелсіз сарапшы қорытындыларына сараптама жүргізілді. Экспертизаның жасалуына себеп болған, Түркістан облысы мемлекет-

тік және жекеменшік емдеу-профилактикалық мекемелерінде қызмет көрсету барысында кеткен қателіктер нәтижесінде емделушілер мен олардың туысқан-дарының арыздары.

Материалдарды анализдеу ҚР ДСМ нормативті құжаттарын, медициналық қызмет ұйымдастыру мен оны жүзеге асыру бойынша хаттамалар, инструкциялар, ҚР ДСМ бұйрықтары мен ЕПМ-нің медико-экономикалық стандарттарын бір уақытта зерттеу арқылы жүргізілді.

Жұмыс жасау барысында комиссиянды сот-медицина сараптама материалдарын анализдеуге болатын жүйеленген карта жасалынды.

Зерттеу жұмысына MS Excel (2011 for IOS) және SPSS Statistics 17.0 статистикалық бағдарламалық пакеттері қолданылды. Статистикалық көрсеткіштерді анықтау үшін Стьюденттің t-критеріі және бір факторлы дисперсионды анализ қолданылды. Статистикалық мәнділік интервалы ретінде – 95% ( $p=0,05$ ) алынды, ал бір факторлы дисперсионды анализде, әр көрсеткіш бойынша, жұптық салыстырудың қосынды санын ( $n=3$ )  $p=0,05$ -ке бөлу арқылы ( $0,05/3 \approx 0,02$ ), статистикалық мәнділіктің жаңа интервалы есептелініп алынды, яғни  $p=0,02$ . Ақпаратты өңдеу мен қорытындылауға көмекші құрал ретінде графикалық тәсіл, диаграмма мен кесте құрастыру, қолданылды.

### **ЗЕРТТЕУДІҢ НӘТИЖЕЛЕРІ**

Біздің зертеу нәтижелері бойынша, негізгі көрсеткіш талданған жылдарда орта есеппен 24,8% құрай отырып, 13,2-ден 55,0%-ға дейін өскенін.

Материалдарды анализдеуде жүктілерге, жаңа босанғандарға және балаларға аса назар аудардық. Осы топтың құрылымында емдеуде 28 (51,9%) және диагностикада 26 (48,1%) жағдайда ақаулар белгіленген. Ақаулардың жартысынан астамы 29 (53,7%) жағдайда акушер-гинекологтармен:

- 11 (20,4%) – педиаторлармен;
- 5 (9,3%) – терапевт термен жіберілген;
- аздаған үлес тіс дәрігерлеріне – 2 (3,7%).

1 жағдайдан (1,8%) отоларингологтар мен дәстүрлі емес медицина қызметкерлеріне келеді. Дигностикалық қателіктер педиатрларда, хирургтар мен терапевттерде басымырақ болған (1-сурет).

Зерттеу диагностикасы ақауларының тексеру көлемінің жеткіліксіздігін (ақаулардың жалпы санының 22,2%-н немесе диагностика ақауларының 46,2%), кешіктірілген диагноз немесе диагноз қойылмаған ауруды (сәйкесінше 16,7% және 34,6%) ерекшелесе болады. Зерттеу нәтижесіне сүйене отыра, науқас жағдайының ауырлығын жеткілікті бағаламау мен басқа мамандармен уақытында кеңеспеу (3,7% и 1,1%) жағдайлары құрайды.

Емдеудің негізгі қателіктері (31,5% жалпы құрылымда және 60,7% емдеу ақауларының құрылымында) ауруханаға кешіктіріп жатқызу болып табылады. Емдеу көлемінің жеткіліксіздігі (7,4% және 14,3%), емдеу әдісінің дұрыс таңдалмағандығы және дұрыс жүргізілген диагноздың асқынуы (5,6%-дан), ал емдеу нысанының кеш жүргізілуі (1,9%) бойынша үлестік салмағы айтарлықтай аз болды.

1-кесте – Әр түрлі мамандықтағы дәрігерлердің стационардағы медициналық көмектің ақауларының құрылымы

Мамандар	Диагностика кемшіліктері		Емдеу кемшілігі		Барлығы	Процентке шаққанда (%)
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	
Хирургтар	51	32,9	49	25,9	100	-
Бірнеше мамандар	42	27,2	55	29,1	97	28,2
Акушер-гинекологтар	24	15,6	36	19,1	60	17,4
Терапевтер	30	19,4	18	9,5	48	13,9
ЛОП	4	2,4	8	4,2	12	3,4
Анестезиолог-реаниматологтар	-	-	8	4,2	8	2,2
Педиатрлар	2	1,1	5	2,6	5	1,8
Невропатолог (нейрохирургтар)	3	1,9	2	1,1	5	1,6
Инфекционист	-	-	2	1,1	2	0,6
Орта буынды мамандар	1	0,6	6	3,2	7	2,0
Қорытынды	155	100,0	189	100,0	344	100,0

Әдеби шолуларға назар аударсақ, ТМД-елдері және Еуропа мемлекеттерінде ана-бала өлімі көрсеткіші 50% жоғары, бұл көрсеткіш кейбір Еуроодақтас мемлекет-терімен салыстырғанда 3 есе, ал Скандинавия мемлекет-терінен 4 есе жоғары екен. [7,9,11,13,17]

Амбулаториялы-емханалық сатыдан айырмашылығы, стационарлы емдеу барысында емдеу ақаулары басым болды және аздаған үлесі диагностикалық қателіктер болды (1-кесте).

Келтірілген мәліметтер стационарда медициналық көмекті көрсетуде ақаулар анықталған дәрігерлердің жалпы үлесінде хирургтар, акушер-гинекологтар, те-

рапевттер басымрақ екендігін көрсетті; жүкті әйелдерді бірнеше дәрігерлер емдеген кездерде де ақаулардың үлесі басым болғаны анықталды.

Хирургтар тәжірибесімен бірнеше мамандардың науқастарды емдеу барысындағы диагностика мен емдеу ақаулары шамамен бірдей жиілікте кездескен. Сол уақытта анестезиолог-реаниматологтарда, педиатрларда және инфекционисттерде емдеу ақаулары белгіленген.

Ауруларды диагностикалаудағы ақаулардың себептері (1-кесте) көбінесе мыналар болды:

- диагнозды кешіктіріп қою (37,4%), жүргізілген тексеріс көлемінің жеткіліксіздігі (32,9%);
- аурулардың жағдайларының ауырлығын дұрыс бағаламау (19,4%) басқа мамандықтардағы дәрігерлермен кеңесін уақытында жүргізбеу (10,3%).

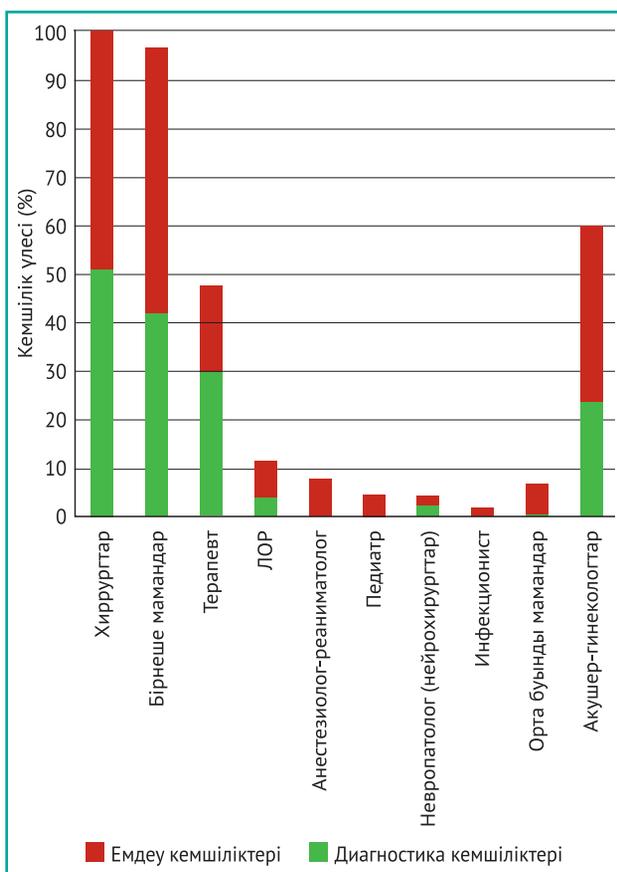
Кешіктірілген диагностика жағдайлардың шамамен тең жартысында белгіленген – хирургтар мен акушер-гинекологтарда.

Жүргізілген тексерістер көлемінің жетіспеушілігінің ең жоғары көрсеткіштері невропатологтарда, отоларингологтарда, терапевттерде және науқасты бірнеше мамандықтағы дәрігерлер жүргізгенде кездескен. Басқа мамандықтағы дәрігерлермен уақытында кеңеспей терапевттер мен хирургтарда, ал науқас жағдайының ауырлығын дұрыс бағаламау акушер-гинекологтарда жиі кездескен.

Диагностика ақауларының құрылымындағы әр түрлі мамандықтардағы ақаулардың үлесі туралы мәлімет 2-суретте келтірілген.

Емдеудің стационарлы сатысында диагностикалық ақауларды жіберген мамандарды орналастырумен қатар осы мәліметтерді салыстырған кезде диагностика ақауларының жеке түрлерінің құрылымында әр түрлі мамандардың үлесі диагностикалық ақаулардың жиынтығында мамандық бойынша дәрігерлерді орналастырудан айтарлықтай ерекшеленбейді ( $p > 0,05$ ).

Емдеу ақауларының ішінде ерекше кемшіліктер байқалды (2-кесте): әр төртінші жағдайда анықталған кешіктірілген емдеу (23,5%), науқастардың жағдайларын бақылау мен қараудың жетіспеушілігі (17,5%), терапия көлемінің жеткіліксіздігі (15,9%), оперативті жәрдем ақаулары (14,8%), емдеу әдісін дұрыс таңдамау (11,6%), анестезиологиялық және жандандыру жәрдем ақаулары (11,1%), негізсіз аударулар және науқастарды ерте шығару (5,8%).



Сурет-1 – Әр түрлі мамандықтағы дәрігерлердің ақауларының жалпы құрылымындағы диагностика мен емдеудің ақауларының үлесі

Осы ақаулардың құрылымы әр түрлі мамандарда ерекшеленген. Солайша, кешіктірілген емдеудің үлкен пайызы инфекционисттер мен педиаторларда, емдеу әдісін дұрыс таңдамау педиаторларда, препаратты енгізу әдісін бұзу – орташа медициналық қызметкерлерде; емдеу көлемінің жеткіліксіздігі – терапевттер мен инфекционисттерде; оперативті көмек ақаулары отоларингологтар мен хирургтарда; анестезиологтар мен реанимация ақаулары науқасты бірнеше мамандар жүргізгенде; науқас жағдайын жеткіліксіз бақылау анестезиолог-реаниматологтар және невропатологтарда (нейрохирургтар); негізсіз шығару (аудару) – невропатологтар мен педиаторларда кездескен.

Стационардағы емдеу ақауларының құрылымындағы әр түрлі мамандықтағы дәрігерлердің үлесі 3-суретте келтірілген. Стационарда емдеу ақауларына жол берген дәрігерлердің үлестірілгендегі барлық жиынтықпен осы мәліметтерді салыстыру – олардың арасында сенімді айырмашылық жоқ екендігін көрсетеді ( $p > 0,05$ ).

Ал біздің зерттеуіміздегі бұл көрсеткіш, көптеген ТМД ғалымдарның мағлұматтарына сәйкес келіп, ерекше орын алады.

Диагносттарды кешіктіріп қою ( $p > 0,05$ ) акушер-гинекологтарда, педиаторларда, хирургтар мен терапевттерде анықталған. Жеткіліксіз тексерудің ең жоғарғы үлесі (40,0%) хирургтарда, кеңестің уақытында жүргізілмеуі терапевттерде бақылған. Үлестік салмағы бірдей кешіктірілген ауруханаға жатқызу секілді ақау акушер-гинекологтар мен хирургтарда болған, терапевттер мен педиаторларда бұл көрсеткіш екі есе аз. Көмек көрсету көлемінің жеткіліксіздігі тіс дәрігерлерінде, ал емдеу әдісінің дұрыс таңдалмауы негізінен тіс дәрігерлері мен дәстүрлі емес медицина қызметкерлерінде ең көп кездескен. Стационарда жүктілерді, жаңа туғандарды және балаларды жүргізген кездегі сырқат тарихындағы қателіктерді талдау барысында анықталғаны, емдеуді бірнеше мамандар жүргізген кездегі жағдайлар (33,1%) айтарлықтай үлес алғандығы назар аудартады. Ақаулардың жартысы дерлік (42,5%) акушер-гинекологтарға келген, басқа мамандықтағы дәрігерлердің үлестік салмағы аз.

Емдеу қателіктері диагностика жасау барысындағы қателіктерден басым болды, алайда, бұл барлық мамандарға тән емес (сурет-2). Осылайша, инфекционисттерде тек қана емдеу ақаулары болса, ол анестезиолог-реаниматологтарда, педиаторларда, орташа медициналық қызметкерлерде, сонымен қатар науқасты бірнеше маман жүргізгенде кездескен, ал терапевттер, хирургтар, акушер-гинекологтарда диагностикалық қателіктер тән алған.

Емдеу ақауларының құрылымында анестезиологиялық көмек көрсету мен реанимация кезінде ақаулар басым болған. Әрі қарай емдеу көлемінің жеткіліксіздігі, оның әдісін дұрыс таңдамау, оперативті көмектің ақаулары, науқастардың жағдайларын бақылаудың жеткіліксіздігі, уақытынан ерте (негізсіз) ауыстыру немесе науқастарды стационардан ерте шығаруға байланысты.

Осылайша, емдеудің стационарлы сатысында жіберілген ақауларды талдау стационар алды сатыға қарағанда емдеу ақаулары және диагностикалық ақаулар аздықтанды екенін болғандығын көрсетті. Медициналық көмек көрсетуде ақаулар анықталған дәрігерлердің жалпы санында хирургтар, акушер-гинекологтар, терапевттер басым болған; сонымен қатар, науқастарды бірнеше мамандар емдегенде де үлес көп болды. Анестезиолог-реаниматологта, педиаторлар мен инфекционисттер үшін емдеуде ғана ақаулар кездесті.

Ауруларды диагностикалаудағы ақаулардың себептері диагнозды кешіктіріп қою мен жүргізілген тексеріс көлемінің жетіспеушілігі басымрақ болған. Ақаудың екі түрінің де құрылымы әр мамандарда ерекшеленген, бірақ жалпы алғанда стационарда ақау жіберген дәрігерлердің барлық жиынтығы бойынша үлестірілгенге сәйкес келді.

Науқастың өлімімен тікелей байланыста болатын медициналық көмек көрсету ақауының мысалы ретінде келесі мысалды келтірсе болады. 36 жастағы К. науқасқа жоспарлы түрде бедеулік себебінен ота жасалынған.

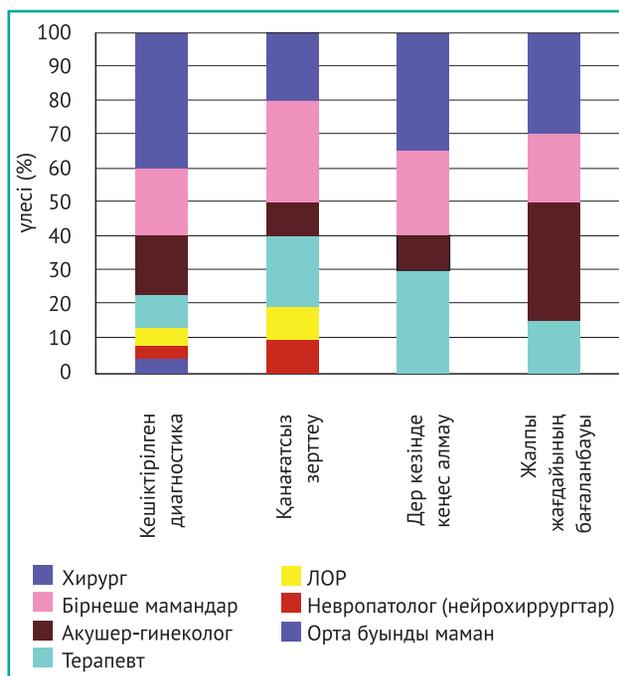
Отадан кейінгі кезеңде (2-ші күні) оның жағдайы күрт нашарлаған, динамикалық бітелу күдігі туындап – өт құсу, 1 минута 90 соғысқа дейінгі тахикардия (дененің қалыпты температурасында), іштің жоғарғы бөліктерінің ісінуі.

Құрсақ қуысының шолу рентгенографиясы, қанның клиникалық және биохимиялық талдаулары жүргізілмеген.

Хирургтың кеңесі кешіктіріліп жүргізілген. Содан кейін науқас перзентхананың гинекологиялық бөліміне

Кесте-2 – Стационардағы әр түрлі мамандардың диагностикалау ақаулары себептерінің құрылымы

Мамандық	Диагностикалық кемшіліктің себептері				Қорытынды	Кемшіліктің құрылымдағы үлесі
	Кешіктірілген диагностика	Толық зерттемеу	Уақтылы кеңес бермеу	Жағдайының дәрежесін елемей		
Хирург	24	12	6	9	51	32,9
Бірнеше мамандар	12	18	4	8	42	27,1
Акушер-гинеколог	10	5	4	7	26	15,7
Терапевт	8	12	4	6	30	19,3
ЛОР	2	2	1	-	5	2,8
Невропатолог (нейрохирургтар)	1	2	-	-	3	1,9
Орта буынды маман	1	-	-	-	1	0,6
Қорытынды	58	51	19	30	158	100,0



Сурет-2 – Стационарлы сатыдағы диагностика ақауларының құрылымындағы әр түрлі мамандықтағы дәрігерлердің үлесі

шесінен арнайы хирургиялық стационарға ауыстырылып, ота уақытында жүргізілмегендіктен, науқаста улы интоксикация өршіп, өлімге алып келген, жедел ішектік бітелуі мен сірлі-фибриндік іш пердесінің қабынуы дамыған.

Сірлі-фибриндік іш пердесінің қабынуы дамуымен жедел ішектік бітелу деген дұрыс диагноз уақытында қойылмағандықтан әйелге ауруханада оперативті емдеу кешіктіріліп, нәтижесінде сырқат ағымының күрт ауырлануына байланысты өлім себебі туындалған.

Сараптамалық зерттеулердің нәтижесі бойынша, назологиялық көрсеткіштердегі топтарға тең дәрежеде талдау жүргізіліп емдеу мекемелерінде диагнозды сәйкестендіруде, қайшылықтар елеулі екенін көрсетті.

### ҚОРЫТЫНДЫЛАР

Қорытындылай келе ана бала өлімі проблемасы кәзіргі жағдайға дейін маңызын сақтап тұр және оны төмендету мақсаты ретінде төмендегі тұжырымдардың орындалуын талап етеді:

1. Жас өспірім қыздарды емдеу, әйелдерге кеңес беру және акушерлік мекемеде жүкті әйелдердің денсаулығының скрининг системасын дамыту.
2. Мамандарды дайындауды жақсарту, акушер-гинеколог дәрігерлердің, терапевттердің, анестезиолог-реаниматологтардың профессионалды дәрежесін жоғарлату.
3. Жаңа IT-медицина технологияларын емдеу мекемелеріне ендіру, акушерлік мекемелердің интеграциясын дамыту және жоғары тиімді дәрі-дәрмектермен қамтамасыз ету.

### Әдебиет:

1. Государственная программа развития здравоохранения Республики Казахстан «Денсаулық» на 2016-2020 годы. Указ Президента Республики Казахстан от 1 февраля 2010 года №922 «О стратегическом плане развития

### РЕЗЮМЕ

АЛТЫБАЕВ Н.К.<sup>1</sup>, УБАЙДАЕВА А.Б.<sup>1</sup>, ЕРМАХАН Б.Б.<sup>1</sup>, ТАТЫКАЕВА У.Б.<sup>1</sup>, ЖУМАНАЗАРОВ Н.А.<sup>1</sup>,  
<sup>1</sup>Международный казахско-турецкий университет имени Х.А. Ясави, г. Туркестан

### АНАЛИЗ ОШИБОК, ДОПУЩЕННЫХ В ХОДЕ ПРОВЕДЕНИЯ СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКИХ ЭКСПЕРТИЗ В РАМКАХ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

В публикации отражена динамика роста судебно-медицинских и патологоанатомических экспертиз, которые были проведены в Туркестанском области в период с 2015 по 2018 годы.

Нами систематизированы данные о наиболее типичных ошибках, встречающихся в акушерской практике. Объектами исследования явились истории болезни, амбулаторные карты и материалы судебно-медицинских врачебных экспертиз, произведенных в Туркестанском филиале Центра судебной медицины Министерства юстиции РК в 2015-2018 гг.

Для проведения исследования использовались статистические программные пакеты для MS Excel (2011 – для IOS) и SPSS Statistics 17.0. Для определения статистических показателей применили t-критерий и однофакторный дисперсионный анализ.

**Ключевые слова:** врач, ошибки при оказании медицинской помощи, акушерская практика, судебно-медицинская экспертиза, экспертиза, объекты исследования, статистика, Стьюдент.

### SUMMARY

ALTYBAEV N.K.<sup>1</sup>, UBAYDAEVA A.B.<sup>1</sup>, ERMAKHAN B.B.<sup>1</sup>, TATYKAEVA U.B.<sup>1</sup>, ZHUMANAZAROV N.A.<sup>1</sup>,  
<sup>1</sup>International Kazakh-Turkish University named after H.A. Yasavi, Turkestan c.

### A FORENSIC MEDICAL EXAMINATION IDENTIFIED ERRORS IN THE HEALTH CARE PROFESSIONAL

The articles reflect the dynamics of the number of forensic and post-mortem examinations in relation to various specialties. Produced in the Turkestan region for the period from 2015-2018. The characteristic of the most typical defects of medical care found in obstetric practice is given. The objects of research were the medical history, outpatient records and materials of forensic medical examinations made in the Turkestan branch of the Center for Forensic Medicine of the Ministry of Justice of the Republic of Kazakhstan in 2015-2018. Statistical software packages for MS Excel (2011 for IOS) and SPSS Statistics 17.0 were used for the study. t-criterion and one-factor dispersion analysis were used to determine statistical indices.

**Keywords:** physician, defects in the provision of medical care, obstetric practice, examination, objects of study, statistics, t-test.

Республики Казахстан до 2020 года», Указ Президента Республики Казахстан от 19 марта 2010 года №957 «Об утверждении Перечня государственных программ». [Электронный ресурс]: <http://continent-online.com>.

2. Уголовный Кодекс Республики Казахстан с дополнениями и изменениями от 01.01.2016 г. за №419-V. [Электронный ресурс]: <http://continent-online.com>.

3. Гражданский Кодекс РК с дополнениями и изменениями, 2016. [Электронный ресурс]: <http://continent-online.com>.

4. Багмет А.М., Черкасова Л.И. Тактика и методика расследования причинения смерти по неосторожности вследствие ненадлежащего исполнения медицинского работниками своих профессиональных обязанностей. – М.: Институт повышения квалификации Следственного комитета Российской Федерации, 2013, 58 с.

5. Доскин В.А., Доринова Е.А., Картаева Р.А. Врачебные ошибки и конфликтные ситуации в клинической практике. – Клиническая медицина. – 2014. – №4. – С. 57-63.

6. Клипак В.М. Системный подход к контролю качества медицинской помощи. // Сборник «Научные труды 2 Всероссийского съезда по медицинскому праву». – Москва, 2005, с. 182-187

7. Никонов Е.Л. Безопасность пациента. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2010, 184 с.

8. Сучков А.В. Анализ дефиниции понятия «врачебная ошибка» с целью формулирования определения «профессиональные преступления медицинских работников». // Методическое пособие «Типичные ошибки в работе операционной медицинской сестры». – Старшая медицинская сестра. – 2013. – №3. – С. 25-40.

9. Жуманазаров Н.А. Обоснование потребности в правовой помощи медицинским работникам. В сборнике «Гигиена, санитария және эпидемиологияның өзекті мәселелері Халықаралық ғылыми-теориялық конференция». – Түркістан, 2013, 131-134 с.

10. Жуманазаров Н.А. Клинико-анатомический анализ неблагоприятных последствий медицинской деятельности в Южно-Казахстанской области. – Наука и здравоохранение. – 2014. – №6. – С. 16-22.

11. Михеева Н.А. Судебно-медицинская экспертиза неблагоприятных исходов при оказании хирургической помощи. – Медицинская помощь. – 2008. – №5. – С. 6-9.

12. Luquiens A., Reynaud M., Falissard B., Aubin H.J. Quality of life among alcohol-dependent patients: how satisfactory are the available instruments? A systematic review. – Drug Alcohol Depend. – 2012 Oct 1; 125(3):192-202. Doi: 10.1016/j.drugalcdep.2012.08.012.

13. Kisić-Teravčević D., Gazibara T., Popović A., Trajković G., Pekmezović T. The impact of alcohol on health-related quality of life in Belgrade University students. – Am J Drug Alcohol Abuse. – 2013, Mar;39(2):130-5. Doi: 10.3109/00952990.2012.746348.

14. Pölluste K., Aart A., Kallikorm R., Kull M., Kärberg K., Müller R., Ots-Rosenberg M., Tolk A., Uhlinoва J., Lember M. Adverse lifestyle and health-related quality of life: gender differences in patients with and without chronic conditions. – Scand J Public Health. – 2016, Mar;44(2):209-16. Doi: 10.1177/1403494815615763.

15. Dai H., Jia G., Liu K. Health-related quality of life and related factors among elderly people in Jinzhou, China: a cross-sectional study. – Public Health. – 2015 Jun; 129(6):667-73. Doi: 10.1016/j.puhe.2015.02.022.

16. González-Rubio E., San Mauro I., López-Ruiz C., Díaz-Prieto L.E., Marcos A., Nova E. – Relationship of moderate alcohol intake and type of beverage with health behaviors and quality of life in elderly subjects. – Qual Life Res. – 2016. – Jan 21. – P. 12-18.

17. Fahey J.O. Clinical management of intra-amniotic infection and chorioamnionitis: a review of the literature. – J. Midwifery Women s Health. – 2008. – May-Jun, Vol. 53 (3). – P. 227-235.

18. Hung T.H., Chen S.F. et al. Tumour Necrosis Factor-alpha converting enzyme in human gestational tissues from pregnancies complicated bychorioamnionitis. – Placenta. – 2006. – Sep.-Oct., Vol. 27 (9-10). – P. 996-1006.

19. Velasco-Murillo V., Navarrete-Hernandez E. Maternal mortality in the IMSS: An analysis from the perspective of mortality and lethality. – Cir. Cir. – 2006. – Jan.-Feb., Vol. 74 (1). – P. 21-26.

## БЕЗОПАСНОСТЬ ЛЕКАРСТВ

### В России из аптек изымаются таблетки с проволокой и контрафактные противозачаточные средства

Российские СМИ публикуют подборку лишь части ЛС, которые приказано либо уничтожить, либо вернуть производителю.

В частности, в таблетке «Юниэнзим» (ферментный препарат) обнаружили кусок проволоки, поэтому изымается вся серия препарата «Юникем Лабораториз Лимитед» (Индия) - ZUE-17036.

В «Дротаверине» (раствор, 20 мг/мл, 2 мл, в ампулах светозащитного стекла (10), серия 340618, производитель - Армавирская биофабрика) Росздравнадзор обнаружил видимые в растворе посторонние частицы (показатель «Механические включения»).

Из-за посторонних примесей из аптек отзывается желчегонный «Одестон» (таблетки, 200 мг, 10 штук в упаковках ячеиковых контурных (5), в картонных пачках серии 41661813), производитель - АО «Пабяницкий фармацевтический завод Польфа», (Польша).

Компания «БАЙЕР» сообщила Росздравнадзору о контрафактном противозачаточном лекарственном препарате «Мирена®» серии TU022K2, с маркировкой на турецком языке (на упаковке торговое наименование указано в редакции «Mirena®»). Эта серия выпущена производителем для реализации на территории Турции, в Россию она не ввозилась. Однако на прилавках российских аптек продается.



[pharmkaz.kz](http://pharmkaz.kz)

МРНТИ: 76.01.80

АЛТЫБАЕВ Н.К.<sup>1</sup>, ДОСЖАНОВ С.С.<sup>1</sup>, ЖУМАНАЗАРОВ Н.А.<sup>1</sup>,<sup>1</sup>Қожа Ахмед Ясауи атындағы Халықаралық қазақ-түрік университеті, Түркістан қ.

## ЕМДЕУ-ПРОФИЛАКТИКА МЕКЕМЕЛЕРІНДЕ КӨРСЕТІЛГЕН МЕДИЦИНАЛЫҚ КӨМЕК ҚАТЕЛІКТЕРІН ҚҰҚЫҚ НЕГІЗІНДЕ БАҒАЛАУ

Сот медициналық сараптаманың нәтижелері бойынша дәрігерлік көмек көрсетудің барысында жіберілген қателіктер сарапталып, емдеу-профилактикалық мекемелерінде қылмыстық құқыққа байланысты жіберілетін дәрігерлік қателіктердің алдын алу шаралары қазіргі таңда кеңінен қарастырылуда. [2,4,6,8]



### АҢДАТПА

Бұл мақалада авторлар 2014-2018 жылдар аралығында Түркістан облысындағы емдеу-профилактикалық мекемелерде анықталған дәрігерлік қателіктерге сараптама жүргізген. Зерттеу объектілері ҚР Сот медицинасы орталығының Түркістан филиалында сот-медициналық сараптаманың материалдары алынды. Жоғарыда айтылған мәселелерді шешу үшін комиссия мүшелері жарақатқа және сапасыз медициналық көмекке байланысты сотқа (стационарлық карталар, амбулаториялық карталар және т.б.) ұсынған барлық қол жетімді медициналық құжаттардың түп нұсқаларын, қосымша диагностика зерттеулер деректерін (радиография, компьютерленген томограмма және т.б.) қолданылды. Зерттеу жұмысына MS Excel (2011 for IOS) және SPSS Statistics 17.0 статистикалық бағдарламалық пакеттері қолданылды. Статистикалық көрсеткіштерді анықтау үшін Стьюденттің t-критеріі және бір факторлы дисперсионды анализ қолданылды.

**Түйін сөздер:** Бағалау әлшегіштері, дәрігерлік қателіктер, сот медициналық сараптама, комиссия, медициналық құжаттар, қосымша диагностика, статистика, Стьюденттің t-критеріі.

### КІРІСПЕ

Қазақстан Республикасының азаматтарының денсаулығын қорғау және медицина қызметкерлерінің медициналық қызмет көрсету сапасы үшін жауапкершілігі

біздің заманымыздың шұғыл әлеуметтік-саяси мәселесінің бірі болып табылады. [4]

Медициналық көмек деңгейін көтерудің маңызды орны медициналық көмек көрсетудегі кемшіліктерге байланысты қылмыстық және азаматтық істерді тергеу барысында жүргізілген сот-медициналық және патанатомиялық сараптамаларды жан-жақты жандандыруға байланысты. [1,3,4]

Алайда, соңғы жылдары азаматтық істер нәтижесін, қылмыстық істермен салыстырғанда тағайындалған сараптамалық қорытындылардың басым көпшілігі (шамамен 2 есе) – азаматтық істердің үлесіне тиісті. [2,5]

Бірқатар авторлардың ойынша, халыққа тегін медициналық көмек көрсететін медициналық мекемелер жүйесінің және азаматтарды тиісті сапада медициналық көмекпен қамтамасыз ету бойынша құқықтық қатынастарды қалыптастырудың жаңа қағидаларын дамытумен бірге немқұрайлықпен аяқталған емдеу шығынын төлеу туралы арыз-шағымдар саны артатын болады, ал мұның дәлелі сот-медициналық комиссияның қорытындылары басты негіз болып табылады. [2,5,8,11]

Медицина қызметкерлерінің кәсіби міндеттерін дұрыс атқармауы, азаматтардың конституциялық құқығын бұзып қана қоймай, сонымен қатар ең басты құндылықтары, яғни адамдардың өмірі мен денсаулығына нұқсан келтіреді. Сот медициналық сарапта-

маның нәтижелері бойынша дәрігерлік көмек көрсетудің барысында жіберілген қателіктер сарапталып, емдеу-профилактикалық мекемелерінде қылмыстық құқыққа байланысты жіберілетін дәрігерлік қателіктердің алдын алу шаралары қазіргі таңда кеңінен қарастырылуда. [2,4,6,8]

Көптеген жылдар бойы медициналық тұрғыдан ғана емес, сондай-ақ құқықтық нормалар жақтан да басты мәселелердің бірі – ятрогения мәселесі (ятрогендік аурулар, ятрогенеза, «екіншілік сырқаттар»). [7,9]

Отандық және шетелдік бірқатар авторлардың еңбектері ятрогенияның түрлі аспектілеріне арналған. Көптеген авторлар түрлі медициналық мамандықтарда: хирургияда, анестезиологияда, акушерлік-гинекологияда және педиатрияда т.б. клиникалық және аутопсиялық материал сараптамасында ятрогениялар зерттелген [1,11,13,16]. Соңғы жылдары, сот медициналық тәжірибесінде белсенді түрде денсаулық сақтау қызметкерлерінің кәсіби және құқықтық қорғау сапасын бағалау жұмыстары жүзеге асырып жатыр. Осы саладағы толық және айқын заңнаманың болмауы жиі медициналық қызметкерлердің медициналық қызмет бағытында халыққа мотивациялық емес теріс қарым қатынас әрекеттері қалыптасуда. Дегенмен, бүгінгі күнге дейін медициналық көмектің қателіктерін зерттеу мәселесі сот медицинасының өзекті мәселелерінің бірі болып табылады және қосымша зерттеулерді, оның ішінде ірі емхана мен аурухана мекемелерінде қажет. [9,12]

### **ЗЕРТТЕУДІҢ МАҚСАТЫ**

Емдеу-диагностикалық жұмыстың барысында жіберілген емдік көмек көрсету қателіктер себептерін сараптау.

### **ЗЕРТТЕУ ӘДІСТЕРІ МЕН МАТЕРИАЛДАРЫ**

Экспертизаның жасалуына себеп болған, Түркістан облысы емдеу-профилактикалық мекемелерінде қызмет көрсету барысында жіберілген қателіктер нәтижесінде емделушілер мен олардың туысқандарының арыздары. Процес барысында анализденді (кесте-3):

- 22 сарапшы қорытындысы (мәйітті зерттеу) және 24 сот медициналық сарапшыларының мәйітті зерттеу актілері (ф.ф. 170/у мен 171/у);
- 12 эксперт қорытындысы мен сот-медициналық куәгерлендіру актілері (ф.ф. 172/у мен 173/у);
- 47 сот – гистологиялық актілері (ф. 176/у);
- 36 сот – химиялық актілері (ф. 177/у).

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

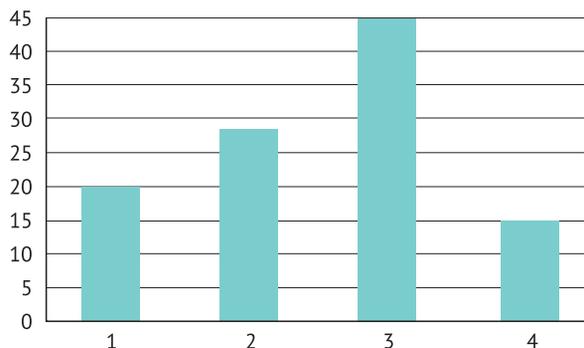
### **НӘТИЖЕЛЕРІ МЕН ТАЛҚЫЛАУЛАРЫ**

Науқастың денсаулығы мен өміріне қолайсыз нәтиже медицина қызметкерінің дұрыс емес әрекетімен (немесе әрекетсіздігімен) ғана емес, сондай-ақ аурудың немесе жарақаттардың ауырлық дәрежесі, олардың бағытының ерекшеліктері, ағзадағы қайтымсыз өзгерістердің арқасында декомпенсация және т.б. сияқ-

ты объективті жағдайлардан туындауы мүмкін екендігі белгілі. Біз талдаған жағдайларда, қателіктердің бар екендігінің де, олардың нәтижелерін салыстырғандағы жылдардағы қателіктер де әсер ету көрсеткіштері айтарлықтай өзгерді (1-сурет).

Атап айтқанда, анықталған қателіктердің үлесі 2014 және 2016 жылдардағы ең жоғары көрсеткіш екенін атап өтуге болады. Қолайсыз нәтижелердің дамуына тікелей әкелген кемшіліктердің үлес салмағы 17,9%-ды құрады және 2014 және 2018 жылдары ең үлкен болды (барлық жағдайлардың үштен бірі құрастырылған және тіпті асып кеткен). Қолайсыз нәтижелерді дамытуға ықпал еткен қателіктер үлесі орта есеппен 43,5%-ды құрады және 2014 және 2018 жылдары ең жоғары көрсеткіш болды. Мұндай қателіктердің арасында аурудың уақытылы немесе дұрыс емес диагнозы бойынша анықталды, бұл емделудің нәтижесіз екендігін көрсетті.

Ең жоғары үлес анықталған қателіктер аурудың нәтижесіне әсер еткен жоқ, 2014 және 2015 жылдары орташа алғанда мұндай ақаулар 25,8% құрады.



Сурет-1 – Медициналық көмек көрсету қателіктерінің нәтижесі бойынша бағалау көрсеткіштері (%)  
*Ескертулер.* 1 – қолайсыз нәтижеге әкелген, 2 – әсер етпеген, 3 – әсереткен, 4 – кемшіліктер анықталмаған.

Жалпы алғанда, қаралған істердің көпшілігі (72,9%) тікелей тікелей жетекшілік ететін науқастарға медициналық көмек көрсетуде кемшіліктер анықталғанын атап өтуге болады; немесе қолайсыз нәтижеге (науқастың өлімі, «денсаулық жағдайының уақытша немесе тұрақты бұзылуы») себеп болған (3-кесте).

Емхана мен стационарда медициналық көмек көрсетілген науқастарға, кері әсер ететін әртүрлі емдік-профилактикалық мекемелердің арасында кемшіліктер үлесі максимальды жағдайда (73,8%) құрайды (кесте-2).

Біздің сараптама жұмыстарымыздағы анықталған қателіктер көрінісі, бірқатар негіз қалаушы отандық және шет ел ғалымдарының зерттеулерінде көрініс тапты, онда дәрігерлік қателіктер диагностикалық (ауруды нақтыламау немесе қате сипаттау), тактикалық (операцияға дәлелдерді дұрыс анықтамау, операция көлемін қате таңдау, науқасты көмек көрсеткен орнынан немесе стационарлық емдеу кезінде уақытылы немесе негізсіз ауыстыру), емдеу (медициналық техниканы, құралды дұрыс пайдаланбау, медициналық құжатнамаға сәйкес келмейтін дәрі-

дәрмектерді қолдану) және деонтологиялық түрдегі қайшылықтар анықталып сипатталған. [9,12,13,14,15]

Жүкті әйелдер, туған әйелдер және балаларды жүргізу барысында, немқұрлайдықтың басым үлесі поликлиника, жеке мекемелерде, сондай-ақ поликлиника мен стационарда бірлесіп ем жүргізу кезінде анықталған. Өлімге әкелетін ақаулардың үлесі жеке мекемелерде пайызы жоғары.

Жүкті әйелдер, туған әйелдер және балаларды жүргізу барысында, ақаулардың басым үлесі поликлиника, жеке мекемелерде, сондай-ақ поликлиника мен стационарда бірлесіп емдеу кезінде анықталған. Өлімге әкелетін ақаулардың үлесі жеке мекемелерде пайызы жоғары.

Өртүрлі мамандықтағы дәрігерлер арасында барлық жағдайда, жағымсыз нәтижеге әкелетін немесе себеп болатын ақаулар болған. Тек қана дәрігер-инфекционисттер ғана бұл тізімге кірмейді. Бұдан төмен көрсеткіш тек акушер-гинекологтарда болған: 16,0% дефектер болмаған және 8,0%-де аурудың нәтижесіне әсер етпейтін дефектер анықталған.

Осы контингенттегі науқастарда өлім нәтижесіне әкелетін негізгі кемшіліктер мыналар:

- интубация мен ӨЖЖ дұрыс жүргізілмеуі;
- дәрілерді дұрыс енгізілмеуі;
- гемолизденген қан құю;
- лидокаинмен жергілікті анестезия жүргізгенде, токсико-анафилактикалық шоктың дамуы;

**Кесте-1** – Медициналық көмек көрсетудегі қателіктер болған кезде және олардың нәтижеге кері әсер етуін мамандар арасында бағалау

Жылдар	Бар кемшіліктер				Қорытынды
	Қолайсыз нәтижеге үлес қосқан	Қолайсыз нәтижеге әкелген	Нәтижеге әсер етпегені	Кемшіліктер анықталмаған	
2014	19	16,7	-	64,3	100,0
2015	28,3	18,5	9,2	44,0	100,0
2016	43,5	17,2	14,0	25,3	100,0
2017	34,4	10,3	10,3	45,0	100,0
2018	28,6	30,0	42,8	28,6	100,0
Орташа	35,3	18,7	21,4	11,2	100,0

**Кесте-2** – Емхана мен стационарда медициналық көмек кемшіліктерінің үлесі

Мамандықтар	Өлімге алып келгені	Өлім туындауына алып келгені	Денсаулықтың нашарлауына алып келгені	Тұрақты денсаулықтың нашарлауына алып келгені	Нашарлау нәтижелері	Нәтижеге әсер еткені	Кемшіліктер анықталмады	Нәтиже денсаулыққа әсер етпеді	Барлығы
Хирург	13	27	7	6	53	5	16	21	74
Акушер-гинеколог	10	19	9	4	42	3	9	12	54
Терапевт	5	21	3	-	29	5	11	16	45
Мамандар жиынтығы	6	14	-	-	20	-	4	4	24
Жедел жәрдем	3	9	3	-	15	3	4	7	22
Анестезиолог	7	5	-	-	12	-	-	0	12
Орта буынды қызметкерлер	3	2	-	2	7	1	-	1	8
Стоматолог	4	1	2	-	7	2	2	4	11
Педиатр	3	7	3	-	13	7	15	22	35
ЛОР	2	-	-	2	4	-	-	0	4
Психиатр-нарколог	1	-	1	-	2	-	3	3	5
Невропатолог	2	1	-	-	3	-	1	1	4
Халықтық медицина	-	-	2	-	2	-	-	0	2
Инфекционист	1	2	-	2	5	-	2	2	7
Нәтиже	56	108	30	16	214	26	67	92	307

**Кесте-3** – Сот сараптамасында қаралған құжаттар мәліметі бойынша емдеу кезеңінде көрсетілген медициналық көмек қателіктердің нәтижесі

ЕПМ түрлері	Өлімге алып келгендері	Өлім туындауына әсер еткендер	Денсаулық жағдайының уақытша нашарлауына әкелетіндер	Денсаулық жағдайының тұрақты бұзылысына әкелгендер	Нәтижесіне әсер етпегендер
Стационарлар	23	36	3	7	5
Емханалар	3	15	2	3	2
Стационар емхана	10	20	1	2	2
Жеке меншік мекемелер	5	0	0	1	1
Қорытынды	41	71	6	13	10

- операциялық көмекті дұрыс көрсетпеу;
- бұғана асты катетеризациясын жүргізудің асқынуы.

Гемотрансфузияны дұрыс жүргізбеген жағдайда нәтижесі өлімге әкелетінін емдік тәжірибеден алынған мысалды айта кетсек болады. Босану үйіне 25 жасар әйел түсті. Диагноз: «Босану 1 жедел, ұрықтың жамбаспен келіп тұруы, құйымшақтың травмалық деформациясы есебінен кіші жамбасқа шығатын жол қуысы өлшемінің II-III дәрежелі тарылуы». Науқасқа Кесар тілігі операциясы жасалған, сол кезде жарамдылық мерзімінен өткен қан құйылған, ол кезде ешқандай ескерту болмаған. Әйелдің жағдайы нашарлаған, бұл ішкі ағзалардан қан кетумен байланысты. Жатырдың қынап үстілік ампутациясы жасалған. 4 сағаттан соң әйел қайтыс болған. Емнің дұрыс жүргізілгендігін шешу мақсатында, комиссиялық сот-медициналық экспертизасы тағайындалды.

Диагноз: «Босану ұрықтың жамбаспен келуінде, тарылу 2-3 дәрежелі, травматикалық құйымшақ дефектісінің деформациясы әсерінен».

Науқасқа Кесар тілігі операциясы орындалған, оның барысында қан құйылған, қанның сақтау мерзімі жарамсыз болған.

Сарапшылар сараптаманың барысында келесі қорытындыларға келді: ананың өлімі – бұл бүйрек жеткіліксіздігінің және гемолиздік шоктың себебі болатын, ішек-қан тамырлары коагуляциясының синдромымен байланысты, ол гемолизді эритроцит массасының мерзімі сақтау мерзімінен (26 күн) өтіп кеткені дәлел болған.

Жедел бүйрек жетіспеушілігі клиникалық деректермен расталды: операциядан кейінгі алғашқы сағаттан

кейін зәрдің мөлшерін айтарлықтай төмендеуі, тұрақсыз көрсеткіштер, қан қысымының күрт өзгеруі дәлел. Бұған морфологиялық деректер (гемоглобинуриялық нефроздың белгілері) нақты деректер болады.

«Халық денсаулығы және денсаулық сақтау жүйесі туралы» Қазақстан Республикасының 2009 жылғы 18 қыркүйектегі №193-IV кодексінің 139-б.1 тармағына сәйкес «Қан құю техникасы жөніндегі нұсқаулық», сонымен қатар қан құюға жауапты, «Қан құю және оның құрамдас бөліктерін ұйымдастыру бойынша әдістемелік ұсынымдар» (2015 ж.) сәйкес, қанның құйылған ортасының сапасын бағалау, реттелетін үлгілерді жүргізу, трансфузияның жұмысын жүзеге асыру-жауапты маман болып табылады.

Қате диагноздардың саны өте жоғары көрсеткішті көрсетті. ОҚО бойынша аналар өлімінің динамикасы 2014 жылдан бастап 2018 жылдың төртінші тоқсанында 100 мың тірі туғанға шаққандағы ана өлімінің өсуіне (тиісінше 13,4-тен 17,9-ға дейін) байқалады.

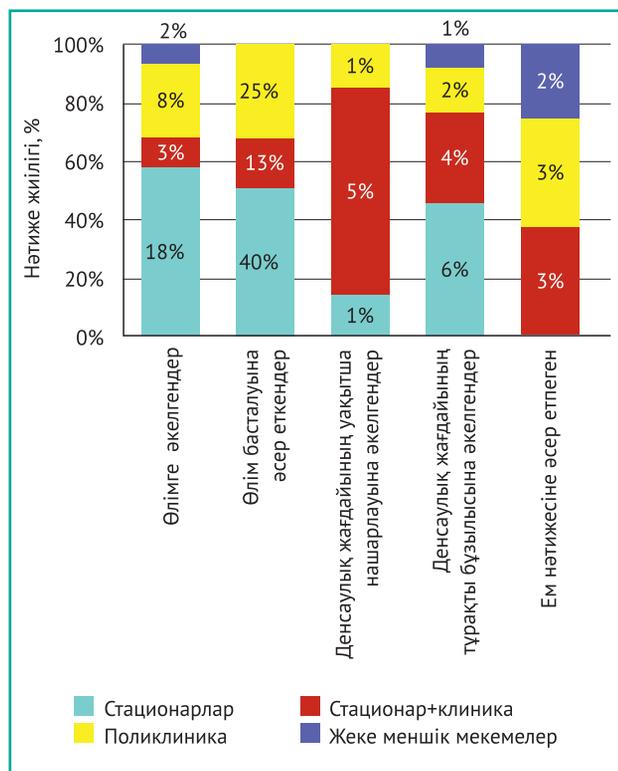
Осылайша, СМЭ комиссиясының МК көрсетудің деңгейін бағалау мақсатында өткізілген экспертизаның ақаулары 67,4% жағдайда болды, оның ішінде диагностикалаудың ақаулары 24,2%, ем жүргізудің ақаулары 27,4%, жұмысты ұйымдастырудың ақаулары 48,4%. Жедел МК көрсету кезіндегі есептелген қателіктер – 25,8%, бірнеше дәрігерлердің мамандығы бойынша көрсеткіш – 14,5% құрады. Қалыптан тыс МК көрсету кезінде 11,3% қамтыған.

Осылайша жасалынған талдау нәтижесі науқас және оның туыстары жағынан болған бұл наразылықтардың орынды екенін көрсетті, себебі көрсетілген медициналық көмектің барлық кезеңдерінде қателіктердің орын алғандығы анықталды. Стационарға дейінгі кезеңде диагностика, стационарда – емдеу дефектілері айқындалды.

Талдау көрсеткендей, барлық медициналық және әлеуметтік құрылымдардың ақпараты нәтижесінде, сипатталған қателіктердің алдын алуда практикалық денсаулық сақтау жүйесінің, елеулі көмек көрсетуіне байланысты төмендегідей тұжырым жасалынды:

1. Медициналық көмек көрсету барысында, әсіресе емдеу мен диагностикалау барысындағы қателіктер арасында науқас жағдайын дұрыс бағаламау (34,0%), аурудың ағамын дұрыс бағаламау (35,6%), клиникалық мағұлпаттарды дұрыс талдай алмау (28,7%), уақытылы диагноз қойылмау (22,3%), медикаментозды емді дұрыс тағайындамау (17,6%) орын алған.

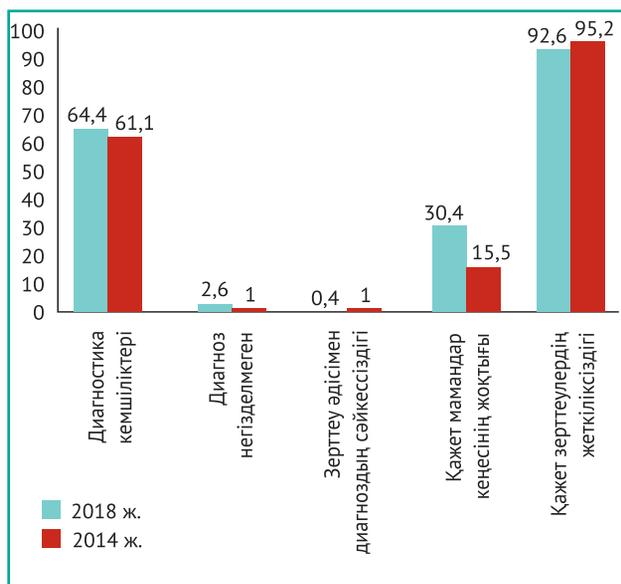
2. Созылмалы бүйрек қабыну ауруы бар жүкті әйелдер көбіне активті репродуктивті жаста (76,7%), еңбекке қабілетті жұмыс жасайтындар (63,3%), заңды неке-



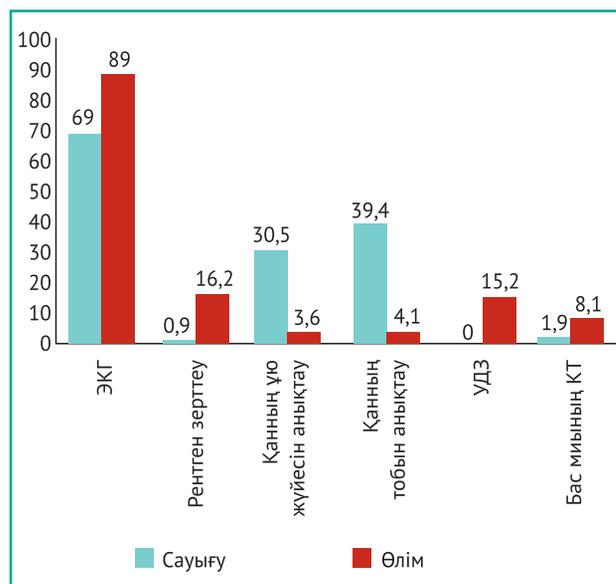
Сурет-2 – Өртүрлі этаптағы медициналық көмектің дефекттерінің нәтижесінің структурасы

Кесте-3 – Өртүрлі емдеу кезеңінде көрсетілген медициналық көмек қателіктердің нәтижесі

Жыл	Анықталмаған медициналық көмек деффекті	Анықталған медициналық көмек деффекті
2014	37,0	63,0
2015	35,0	65,0
2016	28,6	71,4
2017	46,6	53,4
2018	6,9	93,1



Сурет-3 – 2014-2018 жылдар арасындағы диагностика құрылымының кемшілігі мен санының көрсеткіші



Сурет-4 – Диагностика кемшілігі бойынша жүргізілмеген зерттеулер көрсеткіші

дегілер (73,7%), алғаш рет туғандар (72,0%), созылмалы ошақты инфекциялы аурулары барлар (71,3%), біріншілік бүйрек зақымдалуы (82,7%), асқынуден өтетіндер (59,0%) тіркелген.

### ПРАКТИКАЛЫҚ КЕҢЕСТЕР

1. Жасалынған зерттеулер арқылы сот-медицина сараптама сарапшыларына профилактика, диагностика, емдеу кезеңдерінде, әртүрлі медицина мамандары арасында медициналық көмек көрсету кезіндегі қателіктерді жүйелеп оның науқас денсаулығына әсерін анықтауға көмек береді.

2. Медициналық көмектің дұрыс көрсетілмеуі салдарынан адам денсаулығына зияндылығы тигізгендігін анықтау барысында сарапшылар төмендегі сипаттарға сүйене отыру керек: адам өміріне қауіптілігі, адам өміріне қауіп төндіретін жағдайлар, жүктілікті тоқтату, мүшенің ампутациясы немесе қызметінің бұзылуы, уақыт аралығы бойынша денсаулыққа зиян әсерін тигізу.

3. Мамандарды дайындауды жақсарту, акушер-гинеколог дәрігерлердің, терапевттердің, анестезиолог-реаниматологтардың профессионалды дәрежесін жоғарлату.

4. Жаңа технологияларды ендіру, акушерлік мекемелердің интеграциясын дамыту, акушер гинекологиялық мекемелердің жаңа диагностикалық аппараттармен жоғары тиімді дәрі-дәрмектермен қамтамасыз ету.

### РЕЗЮМЕ

АЛТЫБАЕВ Н.К.<sup>1</sup>, ДОСЖАНОВ С.С.<sup>1</sup>, ЖУМАНАЗАРОВ Н.А.<sup>1</sup>,

<sup>1</sup>Международный казахско-турецкий университет им. Х.А. Ясави, г. Туркестан

**ПРАВОВАЯ ОЦЕНКА  
КАЧЕСТВА ПРОВЕДЕНИЯ**

## СУДЕБНО-МЕДИЦИНСКОЙ ЭКСПЕРТИЗЫ В ЛЕЧЕБНО- ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ УЧРЕЖДЕНИЯХ ТУРКЕСТАНСКОЙ ОБЛАСТИ

Авторы ставили целью проанализировать врачебные ошибки, выявленные в ходе анализа данных судебно-медицинских экспертиз, проведенных в лечебно-профилактических учреждениях Туркестанской области в период с 2014 по 2018 годы.

Объектами исследования стали материалы судебно-медицинских экспертиз, которые производились в Туркестанском филиале Центра судебной медицины Республики Казахстан.

Для решения определенного исследованием круга вопросов члены комиссии изучали подлинники медицинских документов, представленных судами (карты стационарных больных, амбулаторные карты и прочие, данные дополнительных исследований (рентгенограмм, КТ и других), а также официальная информация о полученных травмах и оказании некачественной медицинской помощи.

В качестве инструментов исследования использовались статистические программные пакеты для MS Excel (2011 для IOS) и SPSS Statistics 17.0. Для определения статистических показателей применили Т-критерий и однофакторный дисперсионный анализ.

**Ключевые слова:** критерии оценки, врачебные ошибки, медицинская помощь, судебно-медицинская экспертиза, медицинские документы, дополнительная диагностика, статистика, Т-критерий, медицинская помощь.

### SUMMARY

ALTYBAEV N.K.<sup>1</sup>,  
DOSZHANOV S.S.<sup>1</sup>, ZHUMANAZAROV N.A.<sup>1</sup>,

## LEGAL ASSESSMENTS OF THE QUALITY EXAMINATION OF MEDICAL CARE IN MEDICAL AND PREVENTIVE DEVICES

In the articles, the authors talked about medical errors detected in the medical and preventive treatment facilities of the Turkestan region in the period 2014-2018 and provided legal information of the Republic of Kazakhstan. To address the issues raised, members of the

commission studied the originals of all available medical documents submitted by the courts (inpatient cards, outpatient cards, etc.), additional research data (radiographs, computerized tomograms, etc.) related to the injury and poor quality medical care. Statistical software packages for MS Excel (2011 for IOS) and SPSS Statistics 17.0 were used for the study. T-criterion and one-factor dispersion analysis were used to determine statistical indices.

**Keywords:** assessment criteria, defects in medical care, forensic medical examinations, medical documents, commission, additional diagnostics, statistics, t-test.

### Әдебиет:

1. Черников Е.Э., Зарецкий М.М., Черникова Н.М. Врачебная ошибка: невежество или халатность? – Украинский медицинский журнал. – 2009. – №2. – С. 15-19.
2. Трунов И.П. Врачебная ошибка, преступление, проступок. Человек: преступление и наказание. [Электронный ресурс]: [elibrary.ru/publisher\\_titles.asp?publishid=1666](http://elibrary.ru/publisher_titles.asp?publishid=1666).
3. Кибкало А.П., Мохов А.А., Саяммов К.Ю. Определение понятий «Неблагоприятный исход» и «Врачебная ошибка» в медицинской практике: социально-правовое значение. – Медицинское право. – 2003. – №4. – С. 38-41.
4. Уголовный Кодекс РК с дополнениями и изменениями от 01.01.2016 г. [Электронный ресурс]: <http://adilet.zan.kz>
5. Жуманазаров Н.А. Клинико-патологоанатомический анализ случаев материнских смертей. – Инновации в оказании скорой неотложной медицинской помощи и актуальные вопросы медицины». – Ясауи университетінің Хабаршысы. – 2014. – С. 26-28.
6. Жуманазаров Н.А., Жакипов Б.Б., Курбанов Н.Ф. Актуальные вопросы экспертной практики на современном этапе. – Ясауи университетінің Хабаршысы. – 2016. – №4. – С.647-652. ISSN: 2306-7365.
7. Жуманазаров Н.А., Молдалиев Ж.И. Дәрігерлік қателіктердің алдын алу шараларын патанатомия және сот-медициналық сараптама қорытындылары бойынша талқылау. – Фармация Казахстана. – 2018. – №2. – С.46-48. ISSN: 2310-6115.
8. American Institute of Ultrasound Medicine, Committee on Obstetric Practice. Committee opinion no 611:method for estimating due date. – Obstet Gynecol. – 2014;124(4):863-866.
9. Kim C.H., Vincent A., Clauw D.J., Luedtke C.A., Thompson J.M., Schneekloth T.D., Oh T.H. Association between alcohol consumption and symptom severity and quality of life in patients with fibromyalgia. – Arthritis Res Ther. – 2013. – Mar. 15;15(2):R42. Doi: 10.1186/ar4200.
10. Scott J.R. Intrapartum management of trial of labor after caesarean delivery: evidence and experience. – Bjogan International Journal of Obstetrics and Gynaecology. – 2014;121 (2): 157-162.
11. Pölluste K., Aart A., Kallikorm R., Kull M., Kärberg K., Müller R., Ots-Rosenberg M., Tolk A., Uhlinoва J., Lember M. Adverse lifestyle and health-related quality of life: gender differences in patients with and without chronic conditions. – Scand J Public Health. – 2016 Mar;44(2):209-16. Doi: 10.1177/1403494815615763.
12. Ingela Lundgren, Patricia Healy, Margaret Carroll, Cecily Begley, Andrea Matteredne. Clinicians' views of factors of importance for improving the rate of VBAC (vaginal birth after caesarean section): a study from countries with low VBAC rates. – BMC Pregnancy Childbirth, 2016; 16, 350.
13. Williams J.S., Cunich M., Byles J. The impact of socioeconomic status on changes in the general and mental health of women over time: evidence from a longitudinal study of. – Int J Equity Health. – 2013. – Apr 9;12:25. Doi: 10.1186/1475-9276-12-25.
14. Kaempf J.W., Tomlinson M.W., Campbell B., Ferguson L., Stewart V.T. Counseling pregnant women who may deliver extremely premature infants: medical care guidelines, family choices, and neonatal outcomes. – Pediatrics. – 2009;123(6):1509-1515.
15. Berger T.M., Bernet V., El Alama S., et al. Perinatal care at the limit of viability between 22 and 26 completed weeks of gestation in Switzerland. 2011 Revision of the Swiss recommendations. – Swiss Med Wkly: 2011;141:w13280.
16. Haywood J.L., Goldenberg R.L., Bronstein J., Nelson K.G., Carlo W.A. Comparison of perceived and actual rates of survival and freedom from handicap in premature infants. – Am J Obstet Gynecol. – 1994;171(2):432-439.

### 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](http://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](mailto:pharmkaz@dari.kz).

МРНТИ: 76.29. 51

<sup>1</sup>МУСІЛІМ К.К.,<sup>1</sup>Южно-Казахстанская медицинская академия, г. Шымкент

# ИЗУЧЕНИЕ КЛИНИЧЕСКИХ ЭФФЕКТОВ ЛЕКАРСТВЕННОГО ПРЕПАРАТА «БЕТАСЕРК» У ПАЦИЕНТОВ

## С ГОЛОВОКРУЖЕНИЕМ В КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Головокружение является одной из наиболее частых жалоб, предъявляемых пациентом. Около четверти больных на амбулаторных приемах жалуется на головокружение, при этом частота его увеличивается с возрастом, достигая 30 и более процентов в популяции лиц старше 65 лет. Системное головокружение (вертиго) является следствием поражения вестибулярного аппарата с вовлечением периферических и центральных его отделов.



### АННОТАЦИЯ

Результаты исследования, проведенного нами, подтвердили высокую эффективность лекарственного препарата «Бетасерк» (бетагистин), обладающего вертиголитическим эффектом. Включение «Бетасерка» в схему лечения больных с остеохондрозом шейного отдела позвоночника и вертебробазилярной дисциркуляцией, сопровождающегося головокружением, способствует терапевтической коррекции вестибулосенсорных и вестибуловегетативных нарушений.

**Ключевые слова:** вестибулярное головокружение, бетагистина гидрохлорид, Бетасерк, исследование, бетагистин.

### АКТУАЛЬНОСТЬ

Головокружение является одним из наиболее частых симптомов, встречающихся в медицинской практике. Среди причин обращения к врачам разных специализаций головокружение составляет 3-4%. Около трети пациентов, обращающихся к неврологам и оториноларингологам, отмечают различные типы головокружения, которые принято классифицировать как системное (вертиго) или несистемное головокружение. Головокружение может привести к значительному ухудше-

нию качества жизни больного, лишая его возможности вести привычный образ жизни и качественно выполнять профессиональные обязанности, нередко делая его зависимым от посторонней помощи в быту, может вызвать стойкую утрату трудоспособности либо стать причиной инвалидности. На основании вышеперечисленного можно считать, что проблема лечения больных, страдающих головокружением, становится все более актуальной не только в медицинском, но и в социальном аспекте. [1,2]

Термином «головокружение» обозначают иллюзию движения или вращения. Иными словами, это нарушение пространственной ориентации организма, неправильное осознание положения тела или движения. [1,2]

Патогенетически головокружение развивается в результате дисбаланса сенсорной информации, поступающей от основных афферентных систем, обеспечивающих пространственную ориентацию, а именно вестибулярной, зрительной и проприоцептивной. Большое значение имеют также нарушения центральной обработки информации и эфферентного звена двигательного акта. Кроме того, определенную роль играют патологические изменения, касающиеся всего опорно-двигательного аппарата. [3]

Системное головокружение связано с раздражением определенных участков вестибулярного анализатора и, в зависимости от уровня поражения, бывает периферическим и центральным.

Периферическое вестибулярное головокружение возникает при поражении сенсорных элементов ампулярного аппарата и преддверия, вестибулярного ганглия, нервных проводников ствола мозга.

Центральное вестибулярное головокружение возникает при повреждении связи с вестибулярными ядрами в стволе мозга, нарушении связей с мозжечком, медиальным продольным пучком, глазодвигательными ядрами и их собственными связями. Также это последствия вестибулоспинальных и вестибулопорекулярных связей (тракта) и связей с корой головного мозга.

Причины головокружения разнообразны. Установление факторов, вызывающих это состояние, весьма важно, поскольку дает реальную возможность проведения этиопатогенетически обоснованного лечения и, соответственно, выбора адекватной лечебной тактики. Наиболее известная классификация причин головокружения была предложена Holt G.R. и Thomas J.R. (1980). Согласно этой классификации, к основным этиологическим факторам относят следующие:

- заболевания среднего и внутреннего уха воспалительного и не воспалительного характера;
- заболевания центральной нервной системы;
- органов шеи, в том числе дегенеративные дистрофические изменения шейного отдела позвоночника;
- метаболические и гематологические причины;
- нарушения, вызванные лекарственными средствами;
- инфекционные поражения;
- кардиогенные расстройства;
- прочие причины.

В 80% случаев причиной системного головокружения является поражение ушного лабиринта. Причинами же центрального головокружения могут стать тяжелые неврологические заболевания. Часто головокружение вызывается (особенно у возрастных пациентов или детей) повышением внутричерепного давления. Так, до 60% больных с внутричерепной гипертензией страдает от головокружения в сочетании со снижением слуха.

Довольно распространенной причиной головокружения у лиц трудоспособного возраста являются остеохондроз шейного отдела позвоночника и вертебробазилярная дисциркуляция (вертеброгенное головокружение). Сосудистые нарушения в вертебробазилярном бассейне обуславливают клиническую картину вазомоторных вегетативных ирритативных проявлений. При наличии патологических изменений кранио-вертебрального сегмента у больных могут наблюдаться мозжечковые знаки (неустойчивость в позе Ромберга, плохое выполнение координационных проб, адиадохокинез и другие). Основными причинами приходящих ишемических изменений в вертебробазилярном бассейне служат эндо- и экстравазальные факторы, ограничивающие приток крови в эту систему или же способствующие избыточному ее оттоку в другие сосудистые бассейны, а также гемореологические изменения. [3]

По многочисленным данным как отечественных, так и зарубежных авторов хорошо зарекомендовал се-

бя в решении данной проблемы бетагистина дигидрохлорид, точнее, «Бетасерк» (производства Эббот Хелскеа САС, Франция), имеющий достоверно доказанный 30-летний опыт клинического применения. Этот лекарственный препарат зарегистрирован в 80 странах мира, как средство для лечения головокружения различной этиологии. [9,10]

Бетагистина дигидрохлорид (Бетасерк) оказывает положительное воздействие на кохлеарный кровоток, а также весьма эффективно – на отдел вестибулярного анализатора и центральный отдел вестибулярного анализатора. [9,10,11]

Препарат «Бетасерк» зарекомендовал себя как лекарственное средство, уменьшающее интенсивность и продолжительность головокружений, улучшающее координацию движений и равновесие, снижающее выраженность вегетативных расстройств, способствующее уменьшению шума в ушах и улучшению слуха. [9,10,11]

Практикующим врачам, выбирающим оптимальный вариант фармакотерапии вестибулярных нарушений, следует принимать во внимание безусловные достоинства бетагистина дигидрохлорида (Бетасерка). Это эффективное, достаточно хорошо переносимое лекарственное средство при длительной монотерапии, совместимое с другими ЛС в случаях полиморбидности, что особенно важно для пациентов пожилого и старческого возраста. Важно, что этот лекарственный препарат не влияет на уровень артериального давления и не обладает седативным эффектом.

С учетом высокой вероятности возникновения рецидивов кохлеовестибулярных расстройств сосудистого генеза, требующих срочной госпитализации больных и проведения лечения в условиях стационара, на наш взгляд, вполне обоснована длительная курсовая поддерживающая монотерапия препаратом «Бетасерк» в амбулаторных условиях. По необходимости возможно назначение его в сочетании с другими лекарственными средствами, что не только предотвращает развитие рецидивов, препятствуя прогрессированию заболеваний, но и является экономически более выгодным вариантом для больных. [10,11]

## ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Изучение эффективности лекарственного средства «Бетасерк» в ходе терапевтической коррекции annotation у больных с остеохондрозом шейного отдела позвоночника и вертебробазилярной дисциркуляцией.

## МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Основную группу в проведенном нами локальном исследовании составили 25 больных шейным остеохондрозом и вертебробазилярной дисциркуляцией, у которых в 100% случаев выявлялись вестибулярные нарушения.

Пациенты основной группы получали препарат «Бетасерк» в дозе 24 мг два раза в день. Курс лечения продолжался 2 месяца. В группу исследования не включались пациенты, имеющие противопоказания к его применению, а именно с язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки (в том числе без клинико-лабораторных признаков активного процесса), брон-

хиальной астме, беременности на разных сроках, наличии онкологических заболеваний.

В контрольную группу сравнения были включены 25 пациентов с аналогичным клиническим диагнозом, получавшие стандартную терапию в течение двух месяцев. Возраст больных варьировал от 35 до 64 лет, в среднем – 43 года.

В ходе исследования нами были использованы простые диагностические пробы, способные показать сохранность механизмов поддержания равновесия. К ним относят пробы Ромберга, Бабинского-Вейля, Унтерберга и указательную пробу.

Традиционные тесты являются показательными в диагностике головокружения. Больным проводилось аудиологическое исследование, помогающее уточнить механизм головокружения. В план обследования в обязательном порядке включали УЗИ позвоночных артерий, рентгенограмму височных костей по Стенверсу и шейного отдела позвоночника. Особое внимание следует обратить на результаты МРТ шейного отдела позвоночника, позволившего в ряде случаев выявить протрузии и грыжи межпозвонковых дисков.

### РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Большинство пациентов как основной, так и контрольной групп жаловались до начала лечения на почти постоянную неустойчивость при ходьбе (чаще всего это были жалобы на шаткость походки без акцента стороны), ощущение зыбкости почвы под ногами. Также у 90% из общего числа пациентов наличествовал ярко выраженный и характерный для этого состояния симптоматический комплекс, объединяющий зрительные и глазодвигательные расстройства, также отмечены нарушения статики, координации и субъективные вестибулярные расстройства с недостаточностью кровообращения в вертебробазиллярном бассейне. Кроме того, у 62% от общего числа больных отмечались приступы внезапного падения и обездвиженности без потери сознания (drop attacks), возникающие обычно при резких поворотах при ходьбе (или в статике) или запрокидывании головы.

Обследование пациентов в динамике проводилось через 30 и 60 дней от начала лечения.

Нами фиксировалось исчезновение (32%) или значительное уменьшение выраженности головокружения (57%) в основной группе пациентов. Терапия Бетасерком оказалась достаточно эффективной в отношении вестибулосенсорных и вестибуловегетативных проявлений. Слух улучшился у 39% больных. По результатам наблюдений было установлено, что бетагистина дигидрохлорид (Бетасерк) хорошо переносится больными. Побочных явлений, аллергических реакций у наблюдаемых участников исследования в процессе

лечения не зарегистрировано. Результаты лечения пациентов контрольной группы были следующими. Третья часть больных (31%) отметила уменьшение головокружений. Десятая часть (11%) избавилась от головокружений.

Таким образом, результаты терапии контрольной группы были оценены нами удовлетворительно.

### ВЫВОДЫ

Проведенное нами исследование подтвердило высокую эффективность лекарственного препарата «Бетасерк» как хорошего вертиголитического средства.

Включение Бетасерка в схему лечения больных с остеохондрозом шейного отдела позвоночника и вертебробазиллярной дисциркуляцией, сопровождающегося головокружением, избавилась терапевтической коррекции вестибулосенсорных и вестибуловегетативных нарушений.

### ТҮЙІНДЕМЕ

<sup>1</sup>МҮСІЛІМ К.К.,

<sup>1</sup>Оңтүстік Қазақстан медицина академиясы, Шымкент қ.

## КЛИНИКАЛЫҚ ПРАКТИКАДА БАС АЙНАЛУЫ БАР ЕМДЕЛУШІЛЕРДЕ «БЕТАСЕРК» ПРЕПАРАТЫНЫҢ КЛИНИКАЛЫҚ ӘСЕРЛЕРІН ЗЕРТТ

Омыртқа жотасы мойын бөлімі остеохондрозымен және вертебробазиллярлық дисциркуляциямен, бас айналумен бірге жүретін аурулардың, Бетасерк емдеу схемасына қосуына, вестибулосенсорлық және вестибуловегетативті бұзулардың жақсы терапевтикалық түзетулері жағдай жасайды.

**Түйін сөздер:** вестибулярлық бас айналу, бетагистин дигидрохлорид, Бетасерк, зерттеу, бетагистин.

### SUMMARY

<sup>1</sup>MUSILIM K.K.,

<sup>1</sup>South Kazakhstan medical Academy, Shymkent c.

## STUDY OF CLINICAL EFFECTS OF THE BETASERK DRUG IN PATIENTS WITH HEADNESS IN CLINICAL PRACTICE

Cut-in Betaserk in scheme of the treatment sick with osteochondroz of the cervical division of the spine and vertebrobasilar discirculation, being accompanied dizziness, promotes good therapeutic correction an vestibulosensorin and vestibulovegetativion of the breaches.

**Keywords:** vestibular vertigo, betahistine dihydrochloride, Betaserk, study, betahistine.

### Литература:

1. Борнштейн А., Лемперт Т. Головокружение: Практический подход к диагностике и лечению. – М.: ГЭОТАР, 2010, 216 с.
2. Парфенов В.А., Замерград М.В., Мельников О.А. Головокружение: диагностика и лечение, распространенные диагностические ошибки. – Медицинский совет. – 2012. – №4. – С. 49-53.
3. Парфенов В.А., Абдулина О.В., Замерград М.В. Дифференциальная диагностика и лечение, вестибулярного головокружения. – Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. – 2010. – №2. – С. 49-54.

**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 заполнившим 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: \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . \_\_\_\_

**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 медицин

ских 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**