



АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ НЕЙРОМЫШЕЧНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

6

Улучшению качества оказания медицинской помощи пациентам с наследственными нервно-мышечными заболеваниями была посвящена



«Школа миологии», которая прошла в ДГКБ №2 города Алматы. О том, какие вопросы и проблемы обсуждались на конференции рассказывает старший преподаватель кафедры детской неврологии с курсом медицинской генетики КазМУНО, детский невролог высшей квалификационной категории, член ОО «Ассоциация детских неврологов» Бахыт Мырзалиева. ▶

ПАТЕНТНЫЕ СПОРЫ.

12

ОСПАРИВАНИЕ И АННУЛИРОВАНИЕ

Тема необходимости аннулирования, либо восстановления патента на изобретение становится все более актуальной в последнее время в РК. В приведенной статье подробно рассказывается о спорах по признанию казахстанских и евразийских патентов на территории РК недействительными полностью или частично. ▶

ВОПРОСЫ ВВОДА ЧАСТНЫХ АПТЕК В СИСТЕМУ ОСМС

15

Коммерческие аптеки остались за бортом, будет ли у них возможность подключиться к системе ИСЛО? Этот и многие другие вопросы были обсуждены на площадке НПП РК «Атамекен», которая начала точечную работу по вопросам развития электронного здравоохранения. ▶

НОВЫЙ ШАГ В ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ ГИПОТЕРМИИ

8

Все медики прекрасно знают о важности «золотого часа» – времени после перенесенного инсульта или черепно-мозговой травмы. Воздействие холодом позволит существенно снизить тяжесть последствий и улучшит прогнозы для больных. ▶

ЗАДЕРЖКА НЕРВНО-ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ РЕБЕНКА

10

Российские медики приводят данные, указывающие на рост в общей популяции детей с неврологической патологией, оценивают соматический и неврологический статус детей раннего возраста одного из районов г. Екатеринбурга. ▶

АНАЛИТИКА КОМПАНИИ IPSOS НАЗНАЧЕНИЯ ПО ССЗ

23

Аналитическая компания Ipsos приводит данные весенней волны 2019 г. исследования PrIndex «Мониторинг назначений лекарственных препаратов» в Казахстане, на рынке сердечно-сосудистых назначений. Какие компании лидируют? ▶

Мы 15 лет помогаем фармацевтическим компаниям принимать успешные решения для развития бизнеса в Казахстане, предоставляя самые полные и достоверные данные для аналитики рынка с превосходным обслуживанием, обучением и технической поддержкой



Геомаркетинг



СПРАВОЧНИК
ПОТЕНЦИАЛА
АПТЕК

SELL IN



Наша компания успешно работает на рынке с 2004 года и у нас есть партнеры по всей территории СНГ



Мы каждый месяц анализируем более 32 000 позиций на фармацевтическом рынке Казахстана



При ежемесячном обновлении наших баз данных мы обрабатываем 6 200 аптек



В наших отчетах Вы можете получить самую глубокую подачу данных, от всего Казахстана до почтового индекса (брик), в разрезе 4-х ТОП городов и 14 областей Казахстана



Мы постоянно на связи с нашими клиентами и ежемесячно дорабатываем возможности интерфейса, учитывая ваши рекомендации

В Алматы работают передвижные медицинские комплексы



Управление здравоохранения Алматы проводит уникальную акцию – по городу работают мобильные группы для обеспечения доступа к качественному медицинскому обслуживанию. В месячнике с 1 по 30 августа участвуют подведомственные управлению медицинские организации Алматы. Основной акцент делается на отдаленных от центра города микрорайонах, жители которых могли бы получить консультацию и проверить здоровье в шаговой доступности. Передвижные комплексы оснащены современным оборудованием для обследования граждан. Прием ведут высококвалифицированные медицинские сотрудники, в частности терапевты, педиатры, кардиологи, лор, хирурги и другие профильные врачи. Во время проведения месячника пациенты проходят определение уровня холестерина, сахара в крови, экспресс-тестирование на выявление ВИЧ-инфекции и кожно-венерологических заболеваний; антропометрию с определением индекса массы тела; проверку глазного давления, проводится ФГ-обследование, осмотр фтизиатра и другое.

Как сообщает пресс-служба горздрава, на сегодняшний день мероприятия проведены более чем в 20 отдаленных окрестностях города, где 5704 жителя прошли ряд бесплатных медицинских обследований и получили консультации.

Пресс-служба горздрава

Часть лекарств от аллергии будут продавать без рецепта



Председатель комитета контроля качества и безопасности товаров и услуг министерства здравоохранения РК Людмила Бюрабекова сообщила о вы-

воде части антигистаминных препаратов на безрецептурный отпуск.

- По поводу антигистаминных препаратов. Те, которые входят в перечень закупок амбулаторному лекарственному обеспечению, - это в основном гормональные препараты. При бронхиальной астме препараты закупаются Единым дистрибьютором. Все остальные ЛС, которые закупаются в аптеке по рецепту, они не входят в гарантированный объем бесплатной медицинской помощи. Это карманные расходы населения. Сейчас, действительно сезон аллергии, и мы, как вы помните, усилили контроль за рецептурным отпуском, - сказала она.

Но, по ее словам, все же решено вывести часть антигистаминных препаратов из рецептурного списка.

- Чтобы не создавать проблем пациентам, часть препаратов антигистаминных первого поколения выводим на безрецептурный отпуск, чтобы они могли беспрепятственно покупать данные препараты, - указала Бюрабекова.

Zakon.kz

Минздрав РК обнаружил фейк



Министерство здравоохранения РК выступило с заявлением, что распространяемая на некоторых веб-сайтах и интернет-порталах информация о принятии закона, обязывающего Министерство выделять квоту всем гражданам Казахстана старше 30 лет на распространение льготного препарата для лечения гипертонии, является фейком и не соответствует действительности.

«Данная информация генерируется неизвестным источником и является недостоверной. Отмечаем, что в информации содержатся сведения о препарате «Кардиотонус». Тем самым, следует полагать, что материал был подготовлен с умыслом широкой рекламы этого препарата. Особо подчеркиваем, что к рекламе данного препарата ни Министерство здравоохранения, ни министр Елжан Биртанов не имеет никакого отношения. Соответственно, все указанные в материале сведения и цитаты министра, являются не действительными. Глава ведомства

никогда не давал подобных комментариев».

В свою очередь напоминаем, что ведомством вводится планомерная работа по обеспечению доступа населения к лекарственным средствам. Все лекарства с доказанной клинической эффективностью внесены в Казахстанский национальный лекарственный формуляр, который доступен по ссылке <http://www.knf.kz/index.php/kz/>.

Вся достоверная и оперативная информация касательно деятельности Министерства здравоохранения РК, в том числе в части работы по обеспечению населения лекарственными средствами размещена на официальном веб-сайте <http://dsm.gov.kz/ru>, - сообщила пресс-служба ведомства.

Пресс-служба МЗ РК

Минздрав попросил казахстанцев проверить свой Электронный паспорт здоровья



Как сообщает пресс-служба МЗ РК, на портале www.egov.kz - личный кабинет - медицинские данные, каждый казахстанец может проверить свой «Электронный паспорт здоровья».

Кроме того, на портале есть возможность:

- записаться на прием к врачу;
- вызвать врача на дом;
- прикрепиться к поликлинике;
- получить справки с психо/наркотических организаций;
- проверить свой статус в рамках обязательного социального медицинского страхования.

Если вы пройдёте egov.kz - личный кабинет - настройки, то можете автоматически получать уведомления на email и даже СМС:

- определение даты плановой госпитализации;
- плановый осмотр пациентов, состоящих на диспансерном учете;
- плановый осмотр беременных женщин.

Если у вас есть смартфон, то с помощью приложения «Телеграмм», вы можете получить все вышеуказанные услуги без ЭЦП (электронная цифровая подпись).

Надо подписаться на канал [EgovKzBot](https://t.me/EgovKzBot) в Телеграмме.

Пресс-служба МЗ РК

Формулярная комиссия внесла онкопрепарат за 2 миллиона тенге в список бесплатных



Единым дистрибьютором закуплен годовой объем онкологического препарата «Дабрафениб» («Тафинлар»).

В Нур-Султане прошло заседание Формулярной Комиссии, на которой обсуждался перечень лекарств, подлежащих бесплатному амбулаторному обеспечению граждан, а также возможности рационального использования лекарственных препаратов и эффективного расходования финансовых средств республиканского бюджета и Фонда обязательного медицинского страхования, предусмотренных на указанные цели.

В работе комиссии приняли участие: Пивоварова Ирина Алексеевна, Нуртаев Арнур Исабаевич, Костюк Александр Владимирович, Гуляев Александр Евгеньевич, Макалкина Лариса Геннадьевна, Алдиярова Нургуль Тлеубаевна, Дурманова Марина Ивановна, Локшин Вячеслав Нотанович, Султанов Руслан Серикович, Оспанова Жанна Оспановна, Кульжанов Максат Каримович, Ясыллов Ермек Амангазынович, Ахмадиев Ерлан Ерликович. Состав комиссии по словам ее председателя, руководителя КККБТУ Л. Бюрабековой, был определен следующим образом: не менее ее трети участников должны быть независимыми представителями, все участники имеют право голоса. В нынешнем составе госорганы представляли только 4 члена Формулярной комиссии.

В целях рационального использования лекарственных средств, участниками встречи были выработаны рекомендации по формированию перечня лекарственных препаратов для отдельных категорий граждан с определенными заболеваниями в рамках ГОБМП и ОСМС. В частности, было принято решение внести ряд онкологических лекарственных средств, в том числе «Дабрафениб» стоимостью 2 миллиона тенге, в список бесплатных лекарств на амбулаторном уровне. Эта норма позволит пациентам получать данные препараты через аптеки по назначению врача из расчета курса лечения, а нуждающимся в постоянном

(длительном) лечении из расчета трех месяцев.

Единым дистрибьютором уже закуплен заявленный медицинскими организациями годовой объем онкологического препарата «Дабрафениб» («Тафинлар»). Он будет поставлен в регионы согласно утвержденному графику поставок.

Пресс-служба КККБТУ

По итогам инициированных Минздравом проверок заведено 27 уголовных дел



Министерство здравоохранения РК разъясняет ситуацию по поводу 27 уголовных дел, заведенных Генеральной прокуратурой по фактам недополучения пациентами лекарств и остатков за период 2016-2017 гг.

Ранее в СМИ появилась информация, что Генпрокуратура обнаружила перерасход средств на 16 миллиардов тенге в Минздраве Казахстана.

В ответе Минздрава особо подчеркнуто, что данные уголовные дела заведены Генеральной прокуратурой РК по итогам инициированных Министерством проверок.

Так в марте - апреле 2018 года, были созданы мониторинговые группы с участием представителей местных исполнительных органов для проведения анализа обеспеченности пациентов бесплатными лекарствами в регионах. По итогам проведенной работы выявлены факты недополучения пациентами выписанных лекарств и неиспользованные остатки лекарств за 2016-2017 гг. в 11 регионах страны на сумму 4,3 млрд тенге. При этом в информационной системе лекарственного обеспечения (ИСЛО) все эти лекарства были списаны пациентам. Данные материалы Министерством были переданы в Генеральную прокуратуру РК.

В целом, Министерством совместно с Генеральной прокуратурой РК в 2018-2019 гг. проведена значительная совместная работа по совершенствованию процедуры планирования, расходования бюджетных средств и пересмотру действующего законодательства, регламентирующего ценообразование на лекарства. В результате совместной работы также приняты жесткие меры, в том числе возбуждены

уголовные дела в отношении должностных лиц региональных управлений здравоохранения и медорганизаций (27 уголовных дел).

Вместе с тем с целью проведения анализа эффективности расходования бюджетных средств, выделенных на лекарственное обеспечение, Министерством здравоохранения РК предпринят ряд мер, который включал: повышение прозрачности работы МЗ РК, обновление состава ТОО «СК-Фармация», проведение работы по совершенствованию законодательства, интеграция ИСЛО и Единой информационной фармацевтической системы ТОО «СК-Фармация», реализован проект по рассылке SMS-оповещений пациентам.

zakon.kz

FDA расширило показания к применению препарата KEYTRUDA



Компания Merck, известная за пределами США и Канады как MSD, объявила, что Управление по санитарному надзору за качеством пищевых продуктов и медикаментов США (FDA) одобрило препарат KEYTRUDA в качестве монотерапии для лечения пациентов с рецидивирующим местно-распространенным или метастатическим плоскоклеточным раком пищевода, экспрессирующим белок PD-L1, заболевание которых прогрессирует после одного или нескольких курсов системной терапии.

Иммунно-опосредованные побочные реакции, которые могут возникнуть при приеме KEYTRUDA, включают в себя пневмонит, колит, гепатит, эндокринопатию, нефрит, почечную дисфункцию и т.д. В зависимости от степени выраженности побочной реакции прием KEYTRUDA следует отменить или прекратить и при необходимости назначить кортикостероиды. KEYTRUDA также может вызвать серьезные или опасные для жизни реакции, связанные с инфузией. Основываясь на механизме своего действия, прием KEYTRUDA может нанести вред плоду и здоровью беременной женщины.

gmpnews.ru



XI МЕЖДУНАРОДНЫЙ КОНГРЕСС **КАРМ-2019**

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ЛЕЧЕНИЮ БЕСПЛОДИЯ.

ВРТ: НАСТОЯЩЕЕ И БУДУЩЕЕ

1-2 НОЯБРЬ 2019 | АЛМАТЫ

ОСНОВНЫЕ ТЕМЫ КОНГРЕССА:

- Бесплодие. Современные принципы диагностики и лечения
- Организационные аспекты развития вспомогательных репродуктивных технологий. Государственная поддержка
- Беременность и роды. Состояние детей после ВРТ. Безопасное материнство
- Андрология. Диагностика и лечение мужского бесплодия, роль ВРТ
- Преимплантационная генетическая диагностика
- Криоконсервация и хранение репродуктивного материала. Донорство гамет и эмбрионов. Суррогатное материнство
- Репродуктивная эндокринология. Подготовка к программам ВРТ
- Эндовидеохирургия в репродуктологии



+7 (727) 250 00 11

+7 (776) 250 05 57

karm@medexpo.kz | www.karm.kz
www.repromed.kz | www.medmedia.kz

Организатор:



Платиновый спонсор:

SAMSUNG



Конгресс-оператор:



Партнер:



Информационный партнер:





X ЮБИЛЕЙНАЯ МЕЖДУНАРОДНАЯ ВЫСТАВКА PHARMATECHEXPO

ОБОРУДОВАНИЕ И ТЕХНОЛОГИИ ДЛЯ ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОЙ ПРОМЫШЛЕННОСТИ



МЕЖДУНАРОДНЫЙ ФАРМАЦЕВТИЧЕСКИЙ КОНГРЕСС **NEW!**

Конгресс внесен в «Реестр съездов, конгрессов, симпозиумов и научно-практических конференций, которые будут проводиться в 2019 году», утвержденном НАМН и МЗ Украины

При поддержке:



- Министерства здравоохранения Украины
- Государственной службы Украины по лекарственным средствам и контролю за наркотиками
- ГП «Государственный экспертный центр МЗ Украины»

- ГП «Украинский научный фармакопейный центр качества лекарственных средств»
- Национальной академии медицинских наук Украины
- ГП «Украинский фармацевтический институт качества»

Организаторы:



Соорганизатор:



Официальный партнер:



ВНИМАНИЕ! НОВОЕ МЕСТО ПРОВЕДЕНИЯ



Выставочный центр ACCO International
Украина, г. Киев, пр-т Победы, 40-Б, ст. метро «Шулявская»

МЕЖДУНАРОДНОЕ УЧАСТИЕ И ПОСЕЩЕНИЕ

ПОЛНЫЙ СПЕКТР ОБОРУДОВАНИЯ И ТЕХНОЛОГИЙ, СЫРЬЯ, КОМПЛЕКСНЫХ РЕШЕНИЙ
И УСЛУГ ДЛЯ ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОЙ ПРОМЫШЛЕННОСТИ

ТОРГОВЫХ МАРК,
МИРОВЫХ БРЕНДОВ

240

17-19
СЕНТЯБРЯ
2019

20

НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИХ
МЕРОПРИЯТИЙ

ПОСЕТИТЕЛЕЙ

3 000

110

ДОКЛАДЧИКОВ

НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКАЯ ПРОГРАММА

«ДНИ ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОЙ ПРОМЫШЛЕННОСТИ»: КОНФЕРЕНЦИИ, СЕМИНАРЫ

МАСТЕР-КЛАССЫ НА ДЕЙСТВУЮЩЕМ ОБОРУДОВАНИИ

Официальное издание выставки:



По вопросам участия в выставке:

+380 (44) 206-10-98

@pharm@lmt.kiev.ua



По вопросам участия в научно-практической программе:

+380 (44) 206-10-99

@info@pharmatechexpo.com.ua

www.pharmatechexpo.com.ua

Актуальные вопросы нейромышечных заболеваний

Наследственные нервно-мышечные заболевания (ННМЗ) занимают одно из ведущих мест в структуре детской неврологической заболеваемости и инвалидности. Орфанный статус заболеваний, прогрессирующее течение, дебют в детском возрасте, снижение качества и продолжительности жизни пациентов наряду с ограниченностью этиопатогенетического лечения обуславливают огромную медико-социальную и научно-практическую значимость этой проблемы.



Б. Мырзалиева

Казахский медицинский университет непрерывного образования, кафедра детской неврологии с курсом медицинской генетики, Общественное объединение «Ассоциация детских неврологов», Городское управление общественного здоровья в лице Детской городской клинической больницы №2 ведут большую научно-практическую работу, посвященную проблеме ННМЗ. С 29 июля по 2 августа 2019 года на базе ДГКБ №2 проходила «Школа миологии», спикерами которой выступили признанные французские эксперты по нейромышечным болезням. Подробнее об этом мы попросили рассказать Бахыт Мырзалиеву – детского невролога высшей квалификационной категории, старшего преподавателя кафедры детской неврологии с курсом медицинской генетики Казахского медицинского университета непрерывного образования, члена ОО «Ассоциация детских неврологов».

– Бахыт Джусупжановна, расскажите, пожалуйста, чему был посвящен учебный курс «Школы миологии» этого года?

– Учебный курс «Школа миологии-2019: от симптомов к диагнозу»

был посвящен вопросам диагностики и ведения детей и взрослых пациентов с наследственными нервно-мышечными заболеваниями. Курс вели признанные эксперты в области нервно-мышечных заболеваний – доктора Антони Уртизбера и Эдоардо Мальфатти. Доктор Антони Уртизбера с 1997 года возглавляет Международную Школу миологии, является организатором/соорганизатором подобного учебного курса во многих странах мира. Доктор Антони разработал инновационную систему телемедицины в миологии, это позволяет наработать прочные связи и поддерживать профессиональное общение со многими специалистами и пациентами по всему миру. Впервые он посетил Казахстан в 2014 году в рамках мастер-класса на базе ННЦМД г. Астана. В 2017 году была проведена первая полноценная «Школа миологии» в г. Астана на базе ДГКБ №2, организатором выступил «Медицинский университет Астана». В этом году силами Общественного Ассоциации детских неврологов, кафедры детской неврологии с курсом медицинской генетики Казахского медицинского университета непрерывного образования при большей поддержке Общественного фонда «Өмірге Сен» удалось провести замечательный обучающий курс и в Алматы. Французские специалисты представили лекции по всем разделам миологии: первичные заболевания мышц, заболевания мотонейрона, нарушения нервно-мышеч-

ного синапса, заболевания периферических нервов. Отдельные лекции были посвящены методам параклинической диагностики, таким как биопсия мышц с последующим морфологическим и гистохимическим анализом, электромиография, магниторезонансная томография мышц. Большое внимание было уделено методам генетической диагностики: информативности методик, показаниям к назначению того или иного метода, интерпретации результатов.

– Какие вопросы особенно интересовали наших врачей-неврологов?

– Казахстанских врачей интересовали вопросы клинической диагностики, потому как первичная диагностика на основании характерных симптомов является основой диагноза. Кроме того, особый интерес вызвали вопросы генетической диагностики. В нашей стране еще нет широкого доступа к генетической диагностике, а рассматриваемые заболевания подразумевают обязательную генетическую верификацию.

Низкая осведомленность специалистов первичного звена по этим заболеваниям, слабая информированность населения о первых симптомах, необходимость специфического диагностического обследования приводят к ошибочным диагнозам или поздней диагностике. Кроме того, в Казахстане, к сожалению, не проводились эпидемиологические исследования по этим заболеваниям, отсутствует регистр по ННМЗ – поэтому мы не имеем достоверных данных по их частоте и распространенности.

– Какие этиологии объединяет одно определение – нервно-мышечные заболевания. Как они проявляются?





– Наследственные нервно-мышечные заболевания – это большая гетерогенная группа нозологических форм, в этиологии которых лежит дефект в гене, приводящий к нарушению синтеза белка, обеспечивающего работу мышц, периферических нервов, структур спинного мозга. ННМЗ относятся в группе редких (орфанных) болезней. Согласно международной базе данных генетической информации известно более 7500 наследственных синдромов, из них более 500 протекают с поражением нервной системы, включая около 200 нозологических форм нейромышечной патологии.

Характерными проявлениями нервно-мышечных заболеваний являются мышечная гипотония, мышечная слабость, мышечные боли, нарушение походки, ограничение двигательной активности: ребенок испытывает затруднения при подъеме по лестнице, беге, прыжках, отстает от сверстников в активных играх. При сложных случаях – дети с самого раннего возраста испытывают проблемы с сосанием, глотанием, соответственно, имеется дефицит массы тела, задерживаются в моторном развитии. Такие дети часто и продолжительно болеют респираторными заболеваниями. По мере прогрессирования заболевания присоединяются осложнения со стороны других органов и систем: деформируется грудная клетка, искривления позвоночника, плоскостопие и другие костно-суставные нарушения. Особо опасными являются осложнения со стороны сердца и легких в виде кардиомиопатий, сердечной и легочной недостаточности.

Большинство нозологических форм из числа ННМЗ дебютируют в детском возрасте и имеют прогрессирующее течение.

– Как современная медицина может помочь при нервно-мышечных расстройствах?

– Современные достижения науки и техники в области геномной инженерии, молекулярной биологии, фармацевтике позволяют надеяться на получение в бу-

дущем эффективного этиологического лечения для многих ННМЗ. В настоящее время очень важным является мультидисциплинарный подход в ведении пациентов с нервно-мышечной патологией. Своевременное и эффективное взаимодействие невролога, педиатра/терапевта, кардиолога, пульмонолога/специалиста по респираторной поддержке, реабилитолога/физиотерапевта, ортопеда/хирурга, гастроэнтеролога/нутрициолога, психолога/социального работника и семьи пациента – предотвращает развитие осложнений, увеличивает продолжительность и улучшает качество жизни больного ребенка. Широко применяются методы лечебной физкультуры, гидропроцедуры, плавание, дыхательная гимнастика. Применяются препараты метаболического действия: витамины, микроэлементы, коферменты. Для профилактики и коррекции скелетных деформаций используются ортопедическая обувь, корсеты, ортезы. В случаях ухудшения респираторной функции прибегают к вспомогательным средствам: аппараты неинвазивной вентиляции легких. Ребенок с нервно-мышечной патологией имеет ограниченные физические возможности, но он является полноценным членом общества с правом на обучение, развитие, общение, любовь и понимание окружающих.

– В чем особенность клинического подхода к детским неврологическим заболеваниям?

– Особенностью клинического подхода к детским неврологическим заболеваниям является необходимость рассматривать организм ребенка в целом, а не по отдельным предъявляемым жалобам и выявленным симптомам. Нервная система ребенка – это динамическая система, которая развивается, совершенствуется, имеет особенности в разные возрастные периоды развития ребенка. Сбои в нервной системе ребенка приводят к нарушению работы других органов и систем, с одной стороны, с другой стороны – соматическая патология также влияет на функционирование нерв-

ной системы. Больной ребенок – особый пациент, требующий максимального внимания и сострадания, тщательного выбора диагностических и терапевтических вмешательств, наличия у врача отличных коммуникативных и человеческих качеств.

– Как бы Вы оценили уровень социально-медицинской поддержки детей с миопатиями в Казахстане. Чем можно гордиться и к чему стремиться?

– Миология, как субспециальность в неврологии, относительно недавно стала развиваться в Казахстане. В целом, за последние годы, это отметили и наши зарубежные лекторы, образовательный уровень врачей по вопросам нервно-мышечной патологии значительно поднялся. Этому способствуют проведение мастер-классов, образовательных курсов по миологии, циклов повышения квалификации. Улучшается нормативная база: разработаны и утверждены клинические протоколы диагностики и лечения прогрессирующей мышечной дистрофии Дюшенна/Беккера, спинальной мышечной атрофии. На стадии разработки находятся клинические протоколы по врожденным миопатиям, нейропатиям. В Казахстане в настоящее время реализуется Дорожная карта «Совершенствование медицинской помощи детям с наследственными нервно-мышечными заболеваниями в РК на 2018-2020 гг.», призванная на различных этапах и уровнях улучшить качество оказания медицинской помощи больным детям с целью снижения заболеваемости и инвалидности по НМЗ. Совершенствуется и расширяется доступ к генетической диагностике при миопатии Дюшенна и спинальной мышечной атрофии.

– Как строится Ваш диалог с родительскими ассоциациями поддержки детей с нервно-мышечными заболеваниями?

– В борьбе с тяжелыми, хроническими заболеваниями необходима консолидация всех заинтересованных сторон: общества, государства, врачей, пациентов и их семей. Ассоциация детских неврологов тесно и плодотворно сотрудничает с Общественным фондом «Өмірге Сен» – единственной в Казахстане организации, оказывающей поддержку семьям больных с наследственными нервно-мышечными заболеваниями. Мы совместно организуем образовательные мероприятия для врачей и родителей, проводим круглые столы, участвуем в реализации задач Дорожной карты.

Благодарим за исчерпывающую информацию!

Подготовила Елена Томилова

Новый шаг в терапевтической гипотермии

Уникальный шлем создали специалисты «Сколково». Устройство предназначено для применения в первые часы после перенесенной черепно-мозговой травмы или инсульта. По мнению ученых, воздействие холодом позволит существенно снизить тяжесть последствий и улучшить прогнозы для больных. Проведенные предварительные исследования показывают: благодаря инновационной разработке показатели смертности можно снизить более чем в два раза.



*О. Шевелев, генеральный директор
ООО «Криотехномед»*



*В. Егоров, старший проектный
менеджер кластера биологических
и медицинских технологий
Фонда «Сколково»*

Несмотря на то, что история применения общей терапевтической гипотермии в практике реаниматологии охватывает период более 70 лет, начиная с работ А. Лабори и В. А. Неговского, применение ее в России остается эпизодическим. Это связано с несколькими причинами.

Во-первых, современные методики подразумевают применение управляемого охлаждения, достигаемого с помощью специального оборудования, то есть аппаратов-гипотермов, поскольку применение неуправляемого понижения температуры тела при использовании пузырей со льдом и холодных внутривенных инфузий несет высокие риски развития осложнений. Последние включают нарушения работы сердца, кислотно-основного состояния, угнетение работы почек и печени, инфекционно-септические осложнения при допущении падения температуры тела ниже $+32^{\circ}\text{C}$, вероятность чего высока при отсутствии оперативной обратной связи. В то же время, оснащенность отделений реанимации и интенсивной терапии специальным оборудованием в РФ оказывается крайне низкой, менее 1%, тогда как клиники стран Евросоюза, США и Канады оснащены не менее, чем на 75–80%.

Во-вторых, в мировой практике в целом доминирует применение общего

охлаждения, что требует тщательного выполнения протокола воспроизведения методики, постоянного наблюдения за состоянием пациента, включения дополнительного контроля мышечной дрожи и уровня седации, является весьма трудозатратным. В свою очередь, это ограничивает применение общей терапевтической гипотермии комплексом мероприятий сердечно-легочной реанимации и также не лишено осложнений, часто развивающихся при понижении температуры тела. Эффективность общей гипотермии в большой степени сбалансирована наличием осложнений, что сдерживает ее повсеместное применение.

В-третьих, целью гипотермии является повышение устойчивости нейронов к ишемии, гипоксии и реперфузии, то есть нейропротекция, что достигается понижением температуры головного мозга, а не почек или других внутренних органов. Однако доминирует заблуждение, что понизить температуру мозга можно только понизив температуру основного теплоносителя организма — крови, то есть, снизив температуру тела.

Несмотря на эти причины, гипотермия как методика включена в Методические рекомендации по проведению реанимационных мероприятий Европейского Совета по реанимации

(Euroreanimation-2010), где указано, что «данные исследований на животных и у людей указывают на то, что гипотермия обладает нейропротекторным действием и улучшает исходы после периода глобальной церебральной гипоксии/ишемии». Там же отмечено, что «на сегодняшний день отсутствуют фармакологические средства с доказанным эффектом нейропротекции после СЛР». В Рекомендациях Американской Ассоциации Кардиологов (American Heart Association, АНА-2010) подчеркивается, что применение гипотермии после остановки сердца требует проверки функций нервной системы пациентов в течение 72 часов, что связано с высокой вероятностью позитивного неврологического прогноза после охлаждения пациентов.

Дополнительным аргументом в пользу краниоцеребральной гипотермии по сравнению с общим охлаждением может служить то, что в области ишемических поражений и отека мозга кровообращение затруднено, а температура нейронов, напротив, повышена на $1-1,5^{\circ}\text{C}$. Таким образом, даже при снижении базальной температуры до 32°C гипотермия пораженных участков мозга может оказаться недостаточной и несвоевременной. Показано, что селективное краниоцеребральное охлаждение, позволяет в течение уже 60 минут понизить температуру коры больших полушарий на $1,5-2^{\circ}\text{C}$, а при длительности процедуры более 8 часов — на $4-6^{\circ}\text{C}$.

Краниоцеребральная гипотермия понижает базальную температуру не столь значительно, как температуру головного мозга, вследствие чего осложнений от ее применения более чем у 5 тысяч пациентов не выявлено, технология применения проста, не требует седации, что позволяет сохранить контакт пациента с врачом. Однако, несмотря на выраженную клиническую эффективность, для преодоления консервативности специальности требуется время, популяризация на профессиональных форумах, внедрение образовательных программ.

Инновационный шлем

Уникальный шлем создали специалисты «Сколково». Устройство предназначено для применения в первые часы после перенесенной черепно-мозговой травмы или инсульта. По мнению ученых, воздействие холодом позволит существенно снизить тяжесть последствий и улучшить прогнозы для больных. Проведенные предварительные исследования показывают: благодаря инновационной разработке показатели смертности можно снизить более чем в два раза.

Шлем избирательно охлаждает отдельные части головы, при этом температуру можно контролировать с высокой точностью. Устройство подходит для применения в самых различных областях медицины: неврологии, наркологии, артрологии, неонатологии, спортивной медицине. К настоящему времени действие охлаждающего шлема испробовали на себе 600 добровольцев.

Аппараты АТГ не только позволяют проводить процедуру краниocereбральной гипотермии оперативно, но и имеют возможность автоматизировать процедуру, настраивая режим и параметры охлаждения. На голову пациента надевается шлем-криоаппликатор с внешней теплоизоляцией и датчиком температуры. Дополнительно возможно подключение датчиков базальной температуры и температуры в слуховом проходе. Аппараты также комплектуются СВЧ-радиотермометрическим датчиком, позволяющим неинвазивно измерять внутричерепную температуру. Постоянный термомониторинг обеспечивает обратную связь для управления тепловыми потоками и снижает риск возникновения осложнений.

Результаты испытаний

Разработчики аппаратов терапевтической гипотермии АТГ-01 (РУ ФСР 2011/11788), АТГ-02 и АТГ-02п (процедура регистрации не завершена) активно работают с врачебным сообществом на конференциях и проводят клинические исследования, результаты которых приведены ниже. В настоящее время 25 аппаратов АТГ-01 работают в режиме коммерческого использования или апробации в различных ЛПУ России и Казахстана, что расширяет перспективы внедрения гипотермии в практику неотложной медицины.

За 18 месяцев 2016–2018 годов разработчиками аппаратов АТГ были проведены масштабные исследования клинической эффективности краниocereбральной гипотермии у пациентов после остановки сердца, с ишемическим и геморрагическим инсультом и тяжелыми ЧМТ. Всего в исследовании приняли участие 620 пациентов, при участии кафедры анестезиологии и реаниматологии Российского университета дружбы народов (ГКБ № 64, Москва), КБ № 1 УДП (Волынская больница, Москва), НИИНХ им. Л. А. Поленова (Санкт-Петербург). Полученные результаты подтверждают тезис об эффективности кра-

ниocereбральной гипотермии и низком риске связанных с ней осложнений.

У пациентов с ишемическим инсультом (без учета локализации), внутригоспитальная летальность снизилась с 35% до 18,2%, у пациентов с субарахноидальными кровоизлияниями летальность составила 47,9% (группа сравнения – 64%), с внутримозговыми кровоизлияниями – 68,8% (группа сравнения – 82). Неврологический дефицит понизился на 34% (шкала NIHSS), летальность к 90-му дню наблюдений составила 20,8% (у пациентов, не получавших краниocereбральную гипотермию – 43,5%), функциональный результат на 90-ый день был лучше на 34% по сравнению с данными у пациентов, не получавших краниocereбральную гипотермию (Rankin Scale). После остановки сердца, развившейся от различных причин, из 35 пациентов при наблюдении до 30 дней выжило 16 пациентов (45,7%), что выше средне-статистических результатов традиционной терапии (~60%).

У пациентов с тяжелой ЧМТ процедура обеспечивала понижение внутричерепного давления, стабилизацию гемодинамики и, как и во всех группах пациентов, способствовала повышению уровня сознания, улучшению вентиляционной функции легких. Время пребывания в отделении реанимации и интенсивной терапии уменьшилась в 1,4 раза.



Опыт применения краниocereбральной гипотермии показал простоту его применения, но что не менее важно, оказался весьма фармакоэкономически эффективным за счет уменьшения применения вазотонических препаратов, снижения числа инфекционных осложнений (пневмонии).

Наркология и спорт

Дополнительно исследовались возможности применения гипотермии в наркологии и спорте.

В исследовании, проведенном в Ре-

спубликанском наркологическом диспансере (Мордовия) показаны эффекты снижения интенсивности симптомов абстиненции, уменьшение артериального давления и улучшение неврологического статуса. Проведение курса гипотермии позволило сократить время пребывания пациента в палатах интенсивной терапии на 32%.

В исследовании, проведенном в Российском государственном университете физической культуры, спорта, молодежи и туризма (ГЦОЛИФК) по итогам применения краниocereбральной гипотермии продемонстрировано уменьшение максимального потребления кислорода, анаэробной и аэробной производительности, а для спортсменов с ЧМТ – снижение тяжести последствий травм и ликвидация очагов гипертермии в головном мозге. Данные результаты не являются открытиями, однако применение полностью контролируемой гипотермии с применением специального оборудования позволяет добиваться максимального эффекта за короткое время.

Возможные области применения

Полученные результаты показывают: с помощью уникальной терапии можно предотвратить гибель нейронов, увеличить длительность периода обратимых изменений, сократить тяжесть повреждения мозговых тканей при нарушениях, сопровождающихся повышением температуры мозга.

Прежде всего речь идет об инсультах, мигрени, черепно-мозговых травмах, алкогольном делирии. Посредством воздействия холодом на головной мозг можно замедлить прогрессирование болезни Альцгеймера.

Российский шлем найдет применение и в области спортивной медицины. В частности, его можно использовать для устранения усталости у тех, кто занимается циклическими видами спорта, а также при лечении травм головы у боксеров.

Разработка аппаратов АТГ 2-го поколения ведется при поддержке Фонда «Сколково». Компания-разработчик ООО «КриоТехноМед» является участником Сколково и в 2016 году получила грантовую поддержку на создание прототипов АТГ-02 и АТГ-02п, а также проведение исследования клинической эффективности краниocereбральной гипотермии.

Задержка нервно-психического развития ребенка раннего возраста: взгляд педиатра

Е.М.Чернова, МАУ «Детская городская клиническая больница №9». г. Екатеринбург, РФ

В.Л.Зеленцова, ФГБОУ ВО «Уральский государственный медицинский университет» г. Уральск, РФ

Актуальность темы. Здоровье детского населения России напрямую определяет здоровье нации и ее потенциал. За последние десятилетия репродуктивные и неонатальные технологии шагнули далеко вперед, что привело к снижению показателей младенческой смертности с 15,3 на 1000 новорожденных в 2000 г. до 5,6 на 1000 новорожденных в 2017 г. С другой стороны, современные технологии позволяют выхаживать как глубоко недоношенных детей, так и вынашивать беременность женщинам с сочетанной соматической патологией, что может неизбежно привести к росту в общей популяции детей с неврологической патологией, учитывая, что осложненное течение беременности и родов по-прежнему является основополагающим фактором влияющим на здоровье ребенка как на первом году жизни, так и в отдаленные периоды развития. При этом варианты исхода перинатальной энцефалопатии очень разнятся: от минимальной дезадаптации и легкого психомоторного дефекта до тяжелой инвалидности. Доля болезней нервной системы в структуре детской инвалидности продолжает расти (с 43,2 в 2010г. до 46,7 в 2017 г. на 10 000 соответствующего населения РФ). Даже среди условно здоровых детей в дальнейшем есть тенденция к формированию различных неврологических синдромов и отставания в психомоторном развитии.

Из вышесказанного следует, что необходимо уделять особое внимание именно ранней диагностике замедленных темпов нервно-психического развития. Наиболее благоприятный возрастной период для развития головного мозга от 0 до 3 лет, когда происходит интенсивное формирование и созревание основных морфологических структур мозга ребенка, что обуславливает сензитивность психики в плане развития ряда важнейших высших психических функций и особенную ее чувствительность к внешнему воздействию.

К сожалению, современные стандартизированные методики диагностики у данной категории детей имеют

ряд недостатков, значительно затрудняющих их внедрение в ежедневную практику, главный из которых – значительная трудоемкость. Например, KID-шкала имеет 252 оценочных пункта, тест Bayley – 274 пункта, шкалы «Денверская» – 105 пунктов, R. Griffiths – 260 пунктов. Используемый же в работе педиатра эмпирический метод оценки нервно-психического развития, как наиболее простой и доступный, также имеет свои недостатки, т.к. является слишком субъективным и берет в расчет преимущественно развитие моторной и сенсорной сфер. Без внимания остается оценка когнитивной, эмоционально-волевой, поведенческой сфер.



К тому же не учитывается комплексная оценка состояния здоровья детей раннего возраста. Согласно данным литературы, всего 15% детей с диагностированным отставанием в нервно-психическом развитии соматически здоровы, что придает данной проблеме не только медико-педагогическую, но и социально-экономическую значимость.

Цель работы: оценить соматический и неврологический статус детей раннего возраста (г. Екатеринбург).

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ данных нейросонографии 3868 детей в возрасте от 1 до 3 месяцев за период 2016-2017 гг.; а также результатов профилактических медицинских осмотров 6375 детей раннего возраста (3012 мальчиков и 3363 девочек) за период с 2014 по 2017 г, посещавших территориальные поликлиники МАУ «Детская городская

больница №9» города Екатеринбурга. Из данной выборки выделены 80 доношенных детей в возрасте 3-х лет с задержкой нервно-психического развития. Для них проведена оценка антенатального периода развития, данных нейросонографии в возрасте 1-3 месяца, соматического и неврологического статуса в возрасте 1 и 3 года.

Результаты и выводы. Анализ данных нейросонографии показал, что из 3868 обследованных (возраст 1-3 месяца) – 2066 детей (53 %) имели нормальные показатели.

По результатам оценки профилактических осмотров за 4 года выявлено, что в структуре заболеваемости детей 1-го и 3-го года жизни преобладали поражения ЦНС (согласно Международной классификации болезней 10-го пересмотра соответствующие классу – G 93.8, другие уточненные поражения головного мозга) без четкой тенденции к снижению; доля прочих нарушений здоровья, включая функциональные отклонения и хронические заболевания, остается стабильной на первом году жизни и выше на третьем году жизни (таблица 1).

Приведенные данные демонстрируют, что три года из четырех к трехлетнему возрасту отмечалось уменьшение количества здоровых детей на 6-14% (за исключением 2015 г.). Однако снижение доли детей, имеющих патологию ЦНС, к трем годам проходило в меньшем проценте случаев – 1-6% (также за исключением одного года – 2014, когда наблюдался даже прирост патологии ЦНС на 5%). Распространенность соматической патологии в 2014-2015 гг. колебалась примерно на одном уровне, но в последующие два года отмечалось увеличение соматической отягощенности на 9-10% у детей в возрасте 3-х лет. Данные о структуре заболеваемости представлены в таблице 2.

Анализ антенатального периода у обследуемых детей с задержкой нервно-психического развития (80) показал, что течение настоящей беременности было отягощенным у 100% женщин. Беременность сопровождалась анемией разной степени у 48% женщин, хронической фетоплацентарной недостаточ-

ностью - 36%, преэклампсией – у 14%, угрозой невынашивания – у 8% женщин. В 23% случаев (18) женщины переносили во время беременности острые респираторные инфекции, у 14% (11) регистрировался гестационный пиелонефрит. Нарушения образования амниотической жидкости (многоводие и маловодие) встречались с частотой 8%.

Роды были самостоятельными в большинстве случаев – 75% (60); операция кесарева сечения была проведена 25% женщин (20). Средняя масса тела при рождении у детей составила 3369,9±39,9 г, длина тела – 51,7±0,2 см. Среднее значение оценки по шкале Апгар на первой минуте – 7,13 баллов, на пятой – 8,13 баллов.

Из родильного дома выписаны здоровыми 36% детей; имели группу риска – 60%, транзиторную гипербилирубинемию – 16%; сочетанную гипоксию легкой степени тяжести – 26%, синдром внутриутробной задержки развития плода – 6% новорожденных.

При этом важно, что в этой группе детей, имеющих в 3 года патологию ЦНС, показатели нейросонографии в возрасте 1-3 месяца в 60% случаев (48) были в пределах нормы. Однако в последующем у этих детей регистрировались различные нарушения нервно-психической сферы, например, синдром гиперактивности, тики, нарушения становления мелкой моторики, различные речевые дефекты и т.д. Структура задержки нервно-психического развития по возрастам представлена в **таблице 3**.

Нами отмечено, что соматическая патология у трехлетних детей с различными нервно-психическими отклонениями не была однородной. Наиболее часто в группе детей с нарушением моторной функции выявлялись заболевания крови (преимущественно анемии) 37% (7), у детей с задержкой эмоционально-волевой сферы – заболевания мочеполовой системы 52% (3), у детей с речевыми нарушениями – болезни уха, горла, носа 42% (15). В целом же выявлена высокая доля отягощенного коморбидного фона (80%) у детей с задержкой нервно-психического развития. Нам кажется, что сочетание неврологической и соматической патологии могут быть взаимосвязаны. В одних случаях подобные комбинации могут иметь общие истоки (например, сочетание дефектов речи и патологии лор-органов как результат морфологических нарушений лицевого черепа), а в других - соматическая патология может поддерживать неврологический дефицит (например, тканевая гипоксия при анемиях может влиять на становление моторной функции различных отделов двигательного аппарата). Данный вопрос, конечно же,

требует дальнейшего изучения.

Таким образом, можно заключить, что высокий процент осложненного течения беременности, наличие сопутствующей соматической патологии создает группу риска среди детей раннего возраста по формированию задержки нервно-психического развития. Осложняется указанная ситуация тем, что происходит более позднее выявление проблем обучения и социальной адаптации детей группы риска, не имеющих грубых отклонений в развитии, (ближе к началу систематического обучения), что неминуемо снижает эффективность коррекционных мероприятий вне сензитивных периодов развития высших психических процессов.

1. Доля неврологической патологии в структуре заболеваемости детей раннего возраста остается высокой.

2. Данные нейросонографии не позволяют врачу-педиатру прогнозировать риск формирования задержки нервно-психического развития в отдаленные периоды развития.

3. Наиболее значимыми факторами риска отставания в формировании высших нервно-психических функций остается патология течения беременности и отягощенный соматический фон ребенка.

4. Для своевременной диагностики расстройств нервно-психической сферы в условиях педиатрического участка наиболее оптимальным представляется разработка скрининг-опросников, способных охватить сразу большое количество детей раннего возраста и первично оценить состояние здоровья и нервно-психического развития.

Таблица 1. Показатели здоровья детей в возрасте 1 и 3 года

Год исследования	Возраст	Всего	Здоровые	Дети с поражением ЦНС (G 93.8)	Прочие нарушения здоровья
2014	1 год	n=1284	529 (41%)	575 (45%)	180 (14%)
	3 года	n=218	59 (27%)	110 (50%)	49 (13%)
2015	1 год	n=1321	537 (40%)	608 (46%)	176(14%)
	3 года	n=490	249 (50%)	194 (40%)	47 (10%)
2016	1 год	n=1356	584 (43%)	608 (45%)	164 (12%)
	3 года	n=105	39 (37%)	44 (42%)	22 (21%)
2017	1 год	n=1063	508 (48%)	413 (38%)	142 (14%)
	3 года	n=538	208 (39%)	196 (37%)	134 (24%)

Таблица 2. Структура соматической патологии у детей с отклонениями нервно-психического развития

Группы заболеваний	1 год, % (абс)	3 года, % (абс)	1 год, % (абс)	3 года, % (абс)	1 год, % (абс)	3 года, % (абс)	1 год, % (абс)	3 года, % (абс)
Болезни крови	37% (56)	-	37% (29)	-	19% (20)	22% (2)	26% (7)	-
Расстройства питания, нарушения обмена веществ	26% (40)	13% (5)	32% (25)	-	15% (16)	-	15% (4)	-
Болезни глаза и его при-даточного аппарата	21% (33)	26% (10)	11% (9)	31% (16)	31% (33)	22% (2)	19% (5)	15% (7)
Болезни мочеполовой системы	-	26% (10)	-	23% (12)	-	-	-	41% (9)
Болезни костно-мышечной системы	-	-	-	10% (5)	-	-	-	-
Болезни уха, горла, носа	-	-	-	-	-	22% (2)	-	20% (9)
Количество наблюдений	1284	218	1321	490	1356	105	1063	538

Таблица 3. Изменение структуры задержки нервно-психического развития с возрастом, сочетание с соматической патологией (n=80)

Выявленные расстройства	1 год	3 года	Ведущая соматическая патология в 3 года
Неврологически здоров	44% (35)		-
Моторная сфера	28% (22)	24% (19)	Заболевания крови 37% (7)
Речевое развитие	12% (10)	45% (36)	Болезни уха, горла, носа 42% (15)
Эмоционально-волевая сфера	16% (13)	31% (25)	Заболевания мочеполовой системы 52% (13)

Патентные споры.

Оспаривание и аннулирование патента

В последние годы все чаще в Республике Казахстан по той или иной причине у предпринимателей в различных сферах деятельности, возникает вопрос либо о необходимости аннулирования, либо восстановления патента на изобретение, полезную модель или промышленный образец (хотя по последнему виду промышленной собственности существенно реже).



Амиреев Дамиржан, старший юрист,
ТОО «Болотов и Партнеры»

Рассматривая шире споры, связанные с патентами (или патентные споры), можно констатировать, что они включают в себя следующие виды и направления:

- нарушения исключительных прав на использование охраняемого объекта промышленной собственности;
- споры, связанные с защитой авторских прав на изобретения, полезные модели, промышленные образцы;
- споры, связанные с необходимостью заключения, изменения либо аннулирования договоров о передаче исключительных прав на объекты промышленной собственности;
- конфликты, возникающие по прежде- и после-пользованию патентов;
- прекращение действия патента или признание патента недействительным (его аннулирование).

В этой статье мы остановимся подробнее на спорах по признанию казахстанских и евразийских патентов на территории Республики Казахстан недействительными полностью или частично, что влечет за собой аннулирование патента со дня подачи заявки на патент.

Необходимость в аннулировании патента возникает, как правило, в связи с невозможностью потенциального производителя запатентованного товара договориться с патентообладателем об использовании его патента на выгодных для себя условиях. Выходом из подобной ситуации является попытка признать такой мешающий патент недействительным.

Какие виды патентов оспариваются в Казахстане?

В настоящее время, в Казахстане можно получить один из двух видов правовой охраны на патентоспособные объекты интеллектуальной собственности: по национальной процедуре и (национальный патент) и по евразийской процедуре (евразийский патент).

Евразийский патент выдается в рамках евразийской региональной патентной системы. Данная патентная система учреждена Евразийской патентной конвенцией (ЕАПК) (г. Москва, 9 сентября 1994 г., ратифицирована в Казахстане 18 июля 1995 года). Участниками данной конвенции являются 8 стран: Республика Казахстан, Туркменистан, Республика Беларусь, Республика Таджикистан, Российская Федерация, Азербайджанская Республика, Кыргызская Республика, Республика Армения (*Республика Молдова денонсировала Конвенцию в 2012 г., но полученные до денонсации патенты имеют охрану). Конвенция провозглашает создание Евразийской патентной организации (ЕАПО), в которой и можно получить единый евразийский патент.

Основные особенности и отличия евразийского патента от национального патента следующие:

1. ЕАПО предоставляет правовую охрану только изобретениям, в то время как национальными патентами также могут быть защищены полезные модели и промышленные образцы.

2. Евразийский патент может иметь охрану во всех (или определенных) государствах-участниках ЕАПК по одной евразийской заявке, поданной на

одном языке (русском), и проходящей одну единую экспертизу в ЕАПО.

3. ЕАПК предоставляет альтернативу по подаче заявки на получение патента как через национальное патентное ведомство страны-участницы ЕАПК (если предусмотрено законодательством государства-участника), так и непосредственно в ЕАПО напрямую. В настоящее время в Казахстане заявку на евразийский патент надо подавать через национальное патентное ведомство.

4. Пошлину за поддержание евразийского патента в силе необходимо оплачивать в каждой стране отдельно (можно определить конкретные Договаривающиеся государства, в которых патент будет продолжать действовать).

Основная схожая черта национального и евразийского патентов в том, что споры в отношении действия патентов или нарушений патентных прав на территории Казахстана рассматриваются национальным судом Республики Казахстан и по казахстанскому законодательству (о чем подробнее ниже).

Где оспаривается патент?

С середины 2018 года, в связи с изменениями в законодательстве Республики Казахстан, признать, что регистрация изобретения, полезной модели или промышленного образца была осуществлена с нарушением норм законодательства, можно только в судебном порядке. Ранее, до изменений патентного законодательства, обязательной досудебной стадией оспаривания патента являлась подача возражения в уполномоченный государственный орган, выдававший национальные охраняемые документы – Министерство юстиции РК (в лице его коллегиального подразделения – Апелляционного совета). И лишь после принятия положительного или отрицательного решения уполномоченным органом, данное решение могло быть оспорено через суд заявителем или патентообладателем.

В настоящее время функция регистрации патентов и выдачи охраняемых документов на объекты промышленной собственности передана Республиканскому государственному предприятию на праве хозяйственного ведения «Национальный институт интеллектуальной собственности» (НИИС), находящемуся в ведении Министерства юстиции.

Таким образом, в настоящее время споры по аннулированию патента подсудны Специализированному Межрайонному Экономическому Суду г. Нур-Султан (СМЭС), то есть по месту нахождения НИИС.

Согласно ч. 1 ст. 30. Патентного закона Республики Казахстан:

«Статья 30. Признание охранного документа недействительным и досрочное прекращение его действия

1. Охраненный документ признается недействительным полностью или частично на основании решения суда.

В случае признания охранного документа недействительным частично на оставшиеся охраноспособный объект изобретения, вариант изобретения, полезной модели или промышленного образца выдается новый патент.

Патент на изобретение, полезную модель или промышленный образец, признанный недействительным полностью или частично, аннулируется со дня подачи заявки на патент.

Лицензионные договоры, заключенные на основе патента, признанного впоследствии недействительным, сохраняют действие в той мере, в какой они были исполнены к моменту вынесения решения о недействительности патента.

Признание патента недействительным означает отмену решения о выдаче патента на изобретение, полезную модель или промышленный образец и аннулирование записи в соответствующем государственном реестре».

Процессуальные особенности подсудности дел по признанию патента недействительным.

Отметим, что если уж аннулирование патента происходит только в судебном порядке, то без привлечения НИИСа в судебный процесс в качестве ответчика/соответчика, рассмотреть иск о признании недействительным патента невозможно. Такая правоприменительная практика образовалась недавно, так как, по нашему мнению, процессуальный статус НИИСа в подобных делах до сих пор законодательно четко не определен. В нашей практике существуют случаи отказа суда в принятии таких исков к НИИС, в связи с неправильными выводами суда о том, что ответчиком по делам по признанию евразийского патента на изобретение недействительным, должен быть только патентовладелец. Однако, учитывая, что патентовладельцем может быть иностранная компания, такие выводы суда автоматически влекут неверное применение принципа территориальной подсудности, и соответственно «отправляют» истца судиться в иностранное государство.

Такие выводы казахстанских судей противоречат нормам международного законодательства: в частности, выдача евразийских патентов и функционирование Евразийской патентной системы законодательно регулируются ЕАПК.

Так, согласно пункту 1 статьи 13 ЕАПК: «Любой спор, касающийся действительности евразийского патента в конкретном Договаривающемся государстве или нарушения евразийского патента в конкретном Договаривающемся государстве, разрешается национальными судами или другими компетентными органами этого государства на основании настоящей Конвенции и Патентной инструкции. Решение имеет силу лишь на территории Договаривающегося государства».

Согласно Правилу 54 (1) Патентной инструкции к ЕАПК: «Евразийский патент в течение всего срока его действия может быть признан недействительным на территории Договаривающегося государства на основании его национального законодательства в соответствии со статьей 13 Конвенции и с учетом правил 52 и 53 Инструкции, полностью или частично в случае... неправомерной выдачи евразийского патента вследствие несоответствия охраняемого им изобретения условиям патентоспособности, установленным Конвенцией и Инструкцией».

В соответствии с вышеуказанными нормами международного закона, рассматриваемая категория дел подсудна только национальным судам, и рассматривается только по национальному законодательству Республики Казахстан.

По нашему мнению, необходимо внесение изменений/дополнений в национальное законодательство Казахстана (например, в виде Нормативного постановления Верховного суда) касательно точного и четкого определения подсудности дел об аннулировании в Казахстане, как национальных патентов, так и евразийских патентов. Также необходимо законодательно разъяснить процессуальный статус уполномоченного органа и патентовладельца по таким делам: кто из них является ответчиком, соответчиком или третьим лицом, не заявляющим собственные требования на предмет иска. В отсутствие таких разъяснений общие нормы процессуального закона РК не позволяют трактовать их однозначно и единообразно:

1. Например, особенности выдачи в Казахстане патентов на полезную модель подразумевают, что экспертная организация не проводит экспертизу заявленного технического решения по существу, а именно, проверку на соответствие условиям патентоспособно-

сти «мировая новизна» и «промышленная применимость». То есть (по мнению некоторых судей) уполномоченный орган формально не является ответчиком, и хотя и проводит регистрацию модели, «не виновен» в возможном отсутствии условий патентоспособности на полезную модель. Патентный закон РК определяет, что «Патент на полезную модель выдается на риск и под ответственность заявителя», следовательно, можно подать иск по месту нахождения патентовладельца, как соответчика, в районный суд, если патентовладелец находится, например, где-нибудь в маленьком региональном городке? Аналогично с изобретениями ниже – что делать если патентовладелец находится за рубежом?

2. В случае с евразийскими патентами на изобретение, казахстанский уполномоченный орган также не проводит экспертизу по существу, не проверяет соответствия условиям патентоспособности, а лишь проводит формальную экспертизу заявки и последующее направление материалов в ЕАПО. И снова национальный орган является «без вины виноватым», и как уже сказано выше, остается только подавать иск в иностранный суд ответчика-патентообладателя?

Еще в начале прошлого года, до принятия вышеуказанных изменений в патентное законодательство Казахстана, такие проблемы не существовали, поскольку при аннулировании патентов было необходимо пройти стадию досудебного рассмотрения спора в апелляционном совете, а далее уже оспаривалось решение Министерства юстиции РК по месту его нахождения – в СМЭС г. Нур-Султан.

Каковы же основания для аннулирования патента?

Законодательством РК установлены следующие основания для оспаривания и признания недействительным патента (аннулирования) полностью или частично по возражению против его выдачи:

1. Запатентованный объект промышленной собственности не является патентоспособным, т.е. не соответствует хотя бы одному из условий патентоспособности, предъявляемых к объекту промышленной собственности:

- для изобретений: промышленная применимость, новизна и изобретательский уровень;
- для полезных моделей: промышленная применимость и новизна;
- для промышленных образцов: новизна и оригинальность.

2. Наличие в формуле изобретения, полезной модели или в совокупности существенных признаков промышлен-

ного образца признаков, отсутствовавших в первоначальных материалах заявки.

3. Выдачи охранного документа при нарушении заявителем положений Правил рассмотрения заявки на объект промышленной собственности в соответствии с Договором о патентной кооперации и ЕАПК.

4. Неправильного указания в охранном документе автора (авторов) или патентообладателя.

Самым часто встречающимся в судебной практике основанием для аннулирования патента является указанное выше в п. 1 несоответствие запатентованного объекта условиям патентоспособности.

Условия патентоспособности:

● Новизна.

В отношении изобретений – является новым, если оно неизвестно из сведений об уровне техники.

В отношении полезных моделей – является новой, если совокупность ее существенных признаков неизвестна из сведений об уровне техники. Однако надо заметить, что сведения о применении полезной модели не в Республике Казахстан в уровень техники не входят.

В отношении промышленных образцов – является новым, если совокупность его существенных признаков, нашедших отражение на изображениях изделия, неизвестна из сведений, ставших общедоступными в мире до даты приоритета промышленного образца. При установлении новизны промышленного образца учитываются ранее поданные в Республике Казахстан другими лицами неотозванные заявки на тождественные промышленные образцы, а также запатентованные в Республике Казахстан промышленные образцы (с даты их приоритета).

● Изобретательский уровень (только для изобретений).

Изобретение имеет изобретательский уровень, если оно для специалиста явным образом не следует из сведений об уровне техники, то есть должна быть неочевидность решения, элемента творчества.

● Промышленная применимость.

В отношении изобретений – является промышленно применимым, если оно может быть использовано в промышленности, сельском хозяйстве, здравоохранении и других отраслях деятельности.

В отношении полезных моделей – является промышленно применимой,

если она может быть практически использована.

● Оригинальность (только для промышленных образцов).

Промышленный образец признается оригинальным, если его существенные признаки определяют творческий характер особенностей изделия.

Несоответствие технического решения или художественно конструкторского решения таким условиям патентоспособности, как «новизна» и «изобретательский уровень» или «оригинальность» устанавливается путем проведения международного патентно-информационного поиска для выявления известных в мире решений, ставших общедоступными до даты приоритета, которые могут порочить «новизну» или «изобретательский уровень» или «оригинальность» запатентованного объекта. Решения, которые будут выявлены в ходе поиска, могут находиться как в патентных, так и в

тельно соответствия изобретения условию патентоспособности «изобретательский уровень».

Выводы специалистов можно использовать как в исковом заявлении, и изложить эти доводы в основе предъявленного возражения против выдачи патента, так и в виде отдельного «процессуального» действия путем подачи ходатайства о привлечении специалиста. Особенностью в рассматриваемых случаях является то, что специалист должен обладать не только знаниями и, желательно, ученой степенью в области техники, к которой относится изобретение, полезная модель, например, в области химии, фармацевтики, но и (хотя и не обязательно) имел патентоведческое образование или был аттестован как патентный поверенный. Таким образом, для того, чтобы суд признал доводы стороны и принял ее сторону в споре, важно привлекать к ведению патентных споров в суде не только опытных юристов, профессиональных патентоведов, но и высококвалифицированных экспертов в различных областях науки и техники, обладающих, в том числе, опытом в патентовании.

Таким образом, для того, чтобы суд признал доводы стороны и принял ее сторону по делу, важно привлекать к ведению патентных споров в суде не только опытных юристов, профессиональных патентоведов, но и высококвалифицированных экспертов в различных областях науки и техники, обладающих, в том числе, опытом патентования.

Вывод

В наше время происходит качественное изменение технологий патентных споров. Значимость, масштаб и инструментарий используемых методов в некоторых делах в данной области могут повлечь большие финансовые, корпоративные и бизнес последствия. Необходимо подходить к подобным делам с ответственностью, организовано и продуманно. Необходимо привлекать профессиональных патентных поверенных, специализирующихся именно в патентной сфере (а не в области товарных знаков или, например, наименований мест происхождения товаров), судебных юристов и экспертов в сфере гражданского, уголовного и антимонопольного законодательства.

Тел. для справок: +7 (727) 357 23 80,
info@BolotovIP.com



«непатентных» источниках информации и должны быть общедоступными до даты приоритета.

Выявления несоответствия объектов промышленной собственности по оспариваемым патентам условиям патентоспособности, особенно «изобретательскому уровню» и «промышленной применимости» зачастую требуют специализированных научных знаний, что подразумевает привлечение для определения данных критериев специалистов в различных сферах научной, технической и иной деятельности.

Из нашего опыта следует, что в случае патентных споров судьи склонны привлекать в судебный процесс специалистов (экспертов) для дачи заключения по делу, как по ходатайству сторон, так и по собственной инициативе. К примеру, в одном сложном деле, касающемся оспаривания патента на фармацевтическое изобретение, судья привлек в процесс трех специалистов, и соответственно, приобщил к материалам дела три заключения (с довольно противоречивыми выводами) относи-

Атамекен рассмотрел вопросы ввода частных аптек в систему ОСМС

На площадке «Атамекена» начали точечную работу по вопросам развития электронного здравоохранения в рамках внедрения системы ОСМС.



В ходе заседания поднимались вопросы минимальных требований к МИСам и подключения частных аптечных организаций к электронному здравоохранению. Ранее в Казахстане действовало 16 модулей с требованиями к медицинским системам. Сегодня Минздрав предложил упростить требования и разбить их по профилям.

«Мы решили в корне пересмотреть подход и не делать акцент на модули и их функционал. Фокус внимания сместился на национальные профили», – рассказала специалист департамента развития электронного здравоохранения МЗ РК Жания Нурғалиева.

В министерстве предлагают создать 7 профилей, включающие обязательные и желательные требования. Например, общие требования, поликлиника и стационар. Также появились профили аптека и лаборатория.

В свою очередь Советник Председателя Президиума НПП РК «Атамекен» Юлия Якумбаева акцентировала, что бизнес-сообщество обеспокоено системой контроля по профилям.

«Требования по профилям разделены на обязательные и желательные. Но мы знаем, что как правило, при проверке уполномоченным органом все желательное становится обязательным. Также у бизнеса есть обеспокоенность процессом контроля за новыми требованиями к МИС и насколько это затратно для бизнеса», – поинтересовалась Юлия Якумбаева.

Директор департамента цифровизации здравоохранения МЗ РК Бейбут Есенбаев пояснил, что вопрос оценки пока не разработан. Однако в проекте нового кодекса предусмотрена норма сертификации информационных систем.

«Мы готовы обсуждать данный вопрос. У нас есть несколько вариантов осуществления сертификации: прово-

дить сертификацию по разработанной нами концепции или отдать данный процесс рынку, где саморегулируемая организация будет проверять, и выдавать заключения», – рассказал Бейбут Есенбаев.

Подробнее участники остановились на внедрении коммерческих аптек в систему электронного здравоохранения.



«На сегодняшний день к системе подключены аптеки при медицинских учреждениях, которые оказывают услуги в рамках ГОБМП. Вместе с тем, подключение коммерческих аптек к отпуску по электронным рецептам повысит доступность к лекарственному обеспечению населения, упростит работу медицинского персонала в медучреждениях, фармацевтов, а также решит вопрос по обязательному хранению рецептов», – отметила заместитель Председателя Правления НПП «Атамекен» Алена Романова.

«Коммерческие аптеки остались за бортом. Поэтому у частных аптек назрел вопрос, когда они смогут подключиться к системе, что необходимо и как ускорить данный процесс», – по-

интересовалась Президент ОЮЛ «Ассоциация поддержки и развития фармацевтической деятельности Республики Казахстан» Марина Дурманова.

По словам Бейбута Есенбаева ввести в существующую систему рецепты на платные лекарства пока невозможно.

«Мы проводили тестирование, и программа показала, что если в ИСЛО мы начнем учитывать платные рецепты, то система не выдержит. Поэтому мы изучаем ряд решений, которые позволят вести учет платных рецептов. У нас есть несколько вариантов. Первое, это создать единую систему, где собирались бы и платные, и бесплатные рецепты. Некоторые поставщики предлагают решения, которые учитывают только платные рецепты. Также были варианты, нацеленные на фиксацию отпуска лекарств, где можно учитывать предельные цены и многое другое. Но мы четко говорим, что аптеки самостоятельно определяют, какую систему использовать, –

пояснил Бейбут Есенбаев. – Если в аптеке есть своя информационная система, она будет интегрирована с системой Минздрава РК, чтобы видеть выписанный рецепт. Это позволит фармацевту при предъявлении документа, удостоверяющего личность, увидеть рецепт покупателя. Аптека же делает в системе отметку, что данные препараты были выданы».

Марина Дурманова отметила, что в системе необходимо учесть частичный отпуск по рецепту. Также участники подчеркнули, что врачу необходима информация о наличии лекарства в аптеках.

«Тема важная, поэтому мы отдельно рассмотрим вопросы по электронному паспорту здоровья, МИС-поликлинике и поправкам в новый Кодекс о здоровье. Кроме того, нужно понять, как правильно прописать желательные меры и необходимо подробнее рассмотреть упрощения по каждому профилю», – резюмировала Юлия Якумбаева.

Напомним, что с 1 января 2020 года внедряется система обязательного социального медицинского страхования. Важным инструментом для ее запуска является информационная система, которая должна обеспечить оперативный обмен информацией между участниками системы ОСМС и системный контроль над рациональным использованием финансовых средств Фонда ОСМС.

atameken.kz

ВЫСТАВКА ПО ЗДРАВООХРАНЕНИЮ

16-я КАЗАХСТАНСКАЯ МЕЖДУНАРОДНАЯ



 **Astana**
ZDOROVIE

30 октября - 1 ноября 2019

Казахстан, Нур-Султан, Выставочный Центр "Корме"

www.astanazdorovie.kz



ОРГАНИЗАТОРЫ | Тел: +7 (7172) 580255/ 580455; E-mail: zdorovie@iteca.kz





Взаимодействие врачей и фармацевтов

18



Здоровье пациента зависит от слаженной работы фармацевта и врача. Как они взаимодействуют? Статистика. ▶

Полипрагматизация. Как с ней бороться?

24



Выписывание пациентам, часто необоснованное, большого количества лекарственных средств – бич современной медицины. Есть ли пути решения этой проблемы? ▶

Клетчатка: консультируем покупателя

26



Продаем отруби. Только факты о ценной составляющей здорового питания, которую раньше считали отходами. ▶

Нормативно-правовые акты

28



Приказ № 138-НҚ от 10.07.19 г.
Приказ № 139-НҚ от 11.07.19 г.
Приказ № 142-НҚ от 11.07.19 г.
Приказ № 158-НҚ от 24.07.19 г. ▶

Сложный выбор для немецких аптек

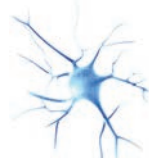
30



С июля в рамках ОМС фармацевты Германии должны соблюдать условия нового рамочного договора. ▶

История изучения нервной системы

32



От истории зарождения нейробиологии до современных болезней нервной системы. ▶

Комитет контроля качества и безопасности товаров и услуг МЗ РК подводит первые итоги

На площадке Службы Центральных Коммуникаций (СЦК) Комитет контроля качества и безопасности товаров и услуг Министерства здравоохранения Республики Казахстан (далее - ККБТУ МЗ РК) подвел итоги своей работы за первое полугодие 2019 года.

В мероприятии приняли участие Председатель ККБТУ МЗ РК Людмила Бюрабекова, исполняющий обязанности председателя правления ТОО «СК-Фармация» Берик Шарип.

Национальный центр экспертизы лекарственных средств и медицинских изделий (далее - НЦЭЛС) является государственной экспертной организацией в сфере обращения лекарственных средств и медицинских изделий.

На сегодняшний день, в Казахстане зарегистрировано 7770 лекарств, из них 1754 препарата можно приобрести без рецепта.

За 7 месяцев 2019 года на этапе специализированной экспертизы ЛС поступило 2659 заявок, из них выдано 2511. Также за истекший период от заявителей поступило 10872 заявок, из них сертификат соответствия получили 28057, отказано более 400 заявителям. Кроме того, за первое полугодие 2019 года в НЦЭЛС поступило 1492 спонтанных карт-сообщений, так называемых «желтых карт».

В рамках ежемесячного мониторинга безопасности продукции контрольным закупом было охвачено более 32 тысяч пищевых продуктов и товаров народного потребления, из них 19,6 процентов не соответствовали требованиям технических регламентов, в 2018 году данный показатель составлял 28,3%.

В целом в рамках мониторинга отбором охвачены максимально все группы пищевой продукции, в том числе молочная и мясная продукция, мясо птицы, рыбная продукция, кондитерские, кулинарные и хлебобулочные изделия, фрукты и овощи, алкогольные и безалкогольные напитки и т.д.

Комитетом были внесены изменения в некоторые законодательные акты по таким вопросам, как регулирование цен на все лекарства, усиление мер по рецептурному отпуску лекарств и борьбы с фальсификатами.

Данные изменения позволят обеспечить доступность качественных лекарств для граждан, а внедрение регулирования цен приведет к единой ценовой политике во всех регионах республики.

Вместе с тем для упрощения процедур выписывания рецептов и получения препаратов в аптеке, с 2020 года планируется переход на полный электронный формат работы в информационных системах Министерства. В рамках перехода на «безбумажные больницы» отдельные регионы (Караганда, Атырау, ВКО) уже перешли на электронный формат по выписыванию рецептов.

Одной из эффективных системных мер контроля над фальсификатами и обращению лекарств на внутреннем рынке является система фармаконадзора или сбор так называемых «желтых карт». Данная система является международной и признанной ведущими регуляторными органами США и Европейского союза.

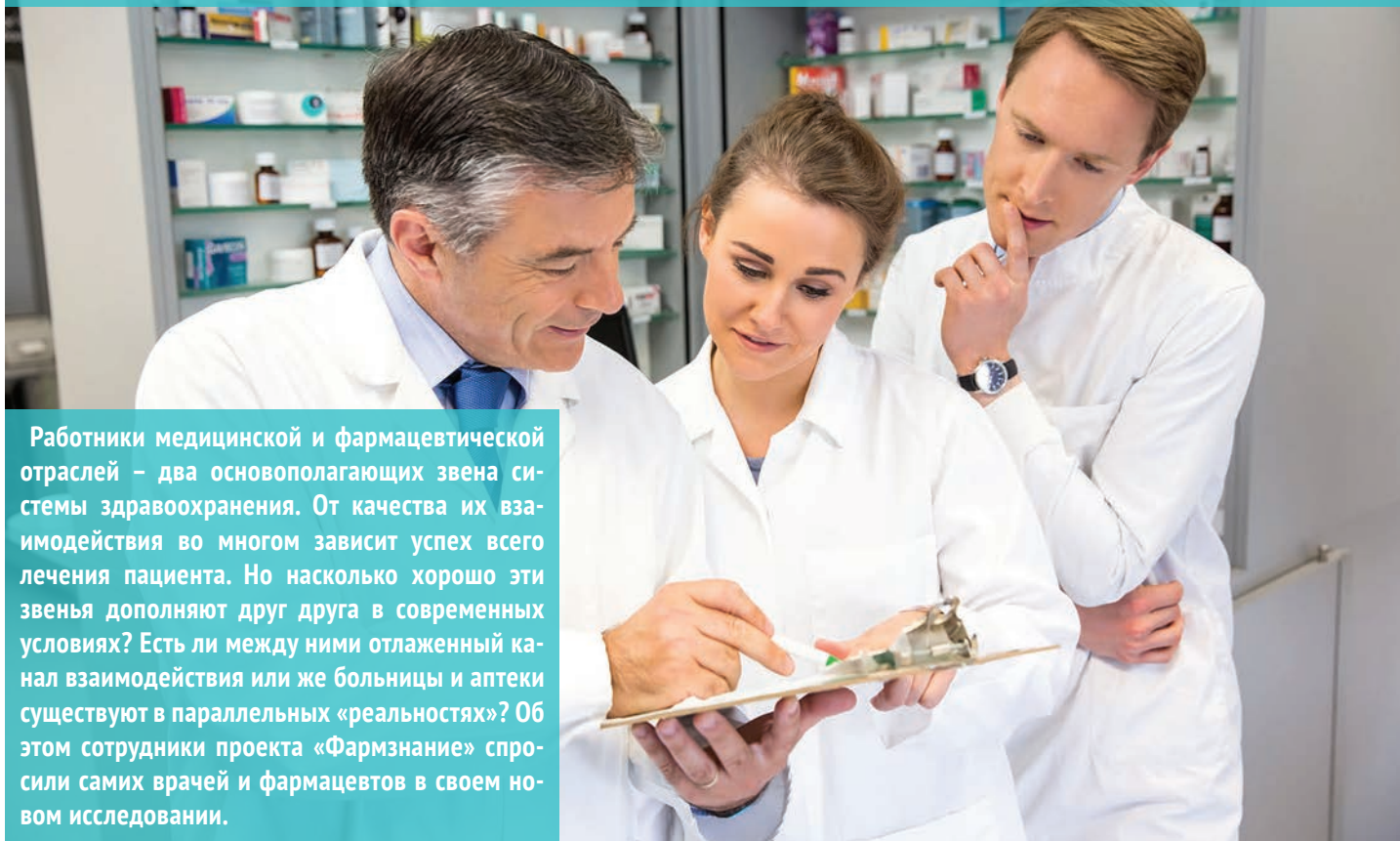
Так за 6 месяцев приостановили реализацию у 19 препаратов, а у 54 лекарственных средств внесены изменения в инструкцию по медицинскому применению вновь выявленного побочного действия.

Наряду с этим запущен Call-центр для получения информации о рецептурном отпуске препаратов и по вопросам бесплатного амбулаторного лекарственного обеспечения. В Call-центр можно дозвониться по короткому бесплатному номеру 1439 из любой точки страны



Пресс служба ККБТУ

Взаимодействие врачей и фармацевтов



Работники медицинской и фармацевтической отраслей – два основополагающих звена системы здравоохранения. От качества их взаимодействия во многом зависит успех всего лечения пациента. Но насколько хорошо эти звенья дополняют друг друга в современных условиях? Есть ли между ними отлаженный канал взаимодействия или же больницы и аптеки существуют в параллельных «реальностях»? Об этом сотрудники проекта «Фармзнание» спросили самих врачей и фармацевтов в своем новом исследовании.

В опросе приняли участие свыше 1300 работников фармации и около 200 медиков разных профилей. 60% первой группы респондентов составили провизоры и фармацевты, 13% – менеджеры по закупкам, еще 23% – заведующие аптеками и 4% – руководители. 88% опрошенных медиков оказались непосредственно докторами, 6% работает в качестве младшего медицинского персонала и еще 6% выполняет административные функции (заведующие больничными отделениями).

В одной упряжке

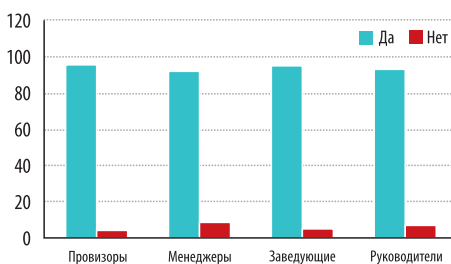
С давнего времени медицина и фармация, подобно сестрам-близнецам, развивались рука об руку. И это неудивительно, ведь цели первой невозможно достичь без продукции второй. Разные эпохи выводили на авансцену представителей то одной, то другой специальности, но до сих пор необходимость и важность обоих фронтов борьбы за здоровье человечества ни у кого не вызывает сомнений.

Первые вопросы исследования были посвящены тому, как работники современных аптек и больниц оценивают собственную роль в системе здравоохранения. Начнем с фармацевтов.

Согласны ли вы с тем, что, заболев, половина населения в первую очередь обращается в аптеку, т.к. считает, что фармацевтические ра-

ботники компетентны в вопросах рекомендации лекарственных препаратов?

Положительно на этот вопрос ответило абсолютное большинство (95%) сотрудников фармацевтической отрасли. Разброс между представителями разных профессиональных групп здесь практически отсутствует. С тем, что современная аптека по сути стала филиалом больницы, согласились 96% провизоров, 95% заведующих, 93% руководителей и 92% менеджеров по закупкам.



При этом в комментариях к ответам респонденты отметили, что такое положение дел в первую очередь связано не с высоким профессионализмом фармацевтов (хотя и с ним тоже), а с проблемами россиян при получении медицинской помощи.

В наших реалиях талона к узкому специалисту в поликлинике можно дожидаться неделями, а потом еще и стоять в длинной очереди на прием. Попасть день в день сложно даже к те-

рапевту, поэтому те, кому не требуется срочное вмешательство, зачастую предпочитают идти сразу в аптеку. Люди знают, что могут получить там консультацию в рамках ответственного самолечения.

И все же ситуации, в которых работники аптек просто обязаны направить страждущего клиента к врачу, совсем не редкость. Вопрос, делают ли они это, был адресован участникам исследования из числа медиков.

Как часто вы сталкиваетесь с ситуацией, когда пациент приходит на прием по рекомендации фармацевтического работника?

О том, что в их практике были такие случаи, заявили чуть более половины опрошенных врачей (58%). При этом к 15% из них пациенты «из аптеки» приходят регулярно, к 43% – изредка. Оставшиеся 42% респондентов никогда не слышали от пациентов подобного объяснения их визита. Правда, не исключено, что об этом просто не заходила речь.

С другой стороны, и некоторые провизоры признались, что иногда берут на себя функцию врачей и вопреки стандартам рекомендуют препараты даже при серьезных заболеваниях. В этом можно увидеть не только сочувствие к поставленному в трудные условия пациенту, но и уверенность насчет собственной компетентности в данных вопросах.

Однако готовы ли признать это сами доктора? Видят ли они в сотрудниках аптек подкованных профессионалов или считают их слепыми исполнителями собственной воли? Здесь ситуация оказалась не столь однозначной. На вопрос: «**можно ли назвать современного фармацевтического работника «продавцом лекарственных препаратов?»**» – положительный ответ дали 45% опрошенных медиков (а непосредственно среди врачей – 47%). Таким образом, примерно половина респондентов из числа врачей уверена, что главное для фармацевтов сегодня продать как можно больше лекарств.

При беспристрастном взгляде на ситуацию в такой позиции можно увидеть рациональное зерно. В одном из предыдущих наших опросов сами фармацевты жаловались, что в век коммерческих аптек во главе угла стоит план продаж. Не секрет, что в фармации активно используются маркетинговые технологии, а сотрудников целенаправленно учат максимизировать прибыль с каждого посетителя.

Вопрос профессионализма

Однако от мнения, что для работы в аптеке не нужны специальные знания, медицинское сообщество все-таки далеко. 53% опрошенных врачей помнят, что помимо продаж фармацевтические работники информируют и консультируют покупателей по вопросам профилактики и лечения заболеваний.

А на вопрос: «**Знаете ли вы, что сотрудники аптек должны проводить фармацевтическое консультирование?»**, – дало положительный ответ подавляющее большинство респондентов-медиков: 92% медсестер, 83% врачей, 97% заведующих отделениями.

Теперь выясним, как на квалификацию врачей смотрят фармацевты. О том, что медиков без диплома не бывает, разумеется, знают все. Как и о том, что любой назначающий лекарства доктор, должен знать основы фармакологии. Тому, насколько качественны такие знания, был посвящен следующий вопрос нашего исследования, адресованный сотрудникам аптек.

Приходится ли вам сталкиваться с ошибками в назначениях медицинских работников?

Как признались 42% опрошенных фармацевтов, ошибки в назначениях им встречаются достаточно часто. Об этом заявило 40% провизоров и руководителей, 35% менеджеров по закупкам и 46% заведующих аптеками.

Судя по комментариям к вопросу, это весьма болезненная для сотрудников фармации тема. Нюансы применения лекарств – поле, на котором они чувствуют себя сильнее докторов, и многих респондентов беспокоит, что те зачастую хромают

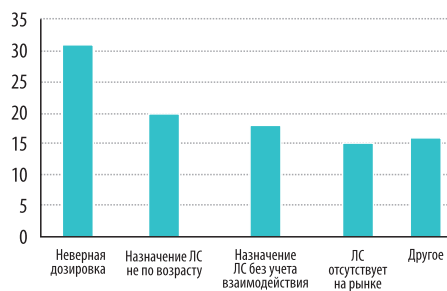
в вопросах фармакологии.

Однако не все так плохо. Еще 40% респондентов сообщили, что с подобными огрехами врачей сталкиваются редко. Вариант «очень редко» выбрало 15% сотрудников аптек. 3% заявило, что подобных случаев в их практике не было никогда.

Какие ошибки при назначении лекарственных препаратов медицинские работники допускают чаще всего?

Как показал опрос, наиболее распространенной ошибкой во врачебных назначениях фармацевты считают неверную дозировку лекарств. Такой ответ дал 31% от общего числа респондентов (39% руководителей, 33% заведующих, 31% провизоров и 25% менеджеров по закупкам).

На втором месте с 20% голосов оказалось назначение пациенту лекарственного препарата, не разрешенного в данном возрасте. (Этот вариант выбрали 16% руководителей и менеджеров по закупкам, 21% провизоров и 16% заведующих аптеками).



Третьим по популярности ответом (18%) стало назначение лекарственных препаратов без учета их взаимодействия с другими лекарствами (с таким сталкивались 24% менеджеров по закупкам, 18% заведующих, 17% первостольников и 14% руководителей).

Закрывает четверку самых распространенных ошибок (15%) назначение лекарственного препарата, который по тем или иным причинам отсутствует на фармрынке.

Среди других, встречающихся в их практике промахов врачей, некоторые участники опроса назвали использованные конкретное торговое название лекарства вместо международного непатентованного.

А так можно? (Или о границах полномочий)

Вопрос фармацевтам: **Предлагаете ли вы отличные от назначенного медицинским работником препараты / дозировку/схему приема, если считаете свой вариант верным?**

В том, что дают посетителям советы относительно лекарств в рамках своей компетенции, даже если они отличаются

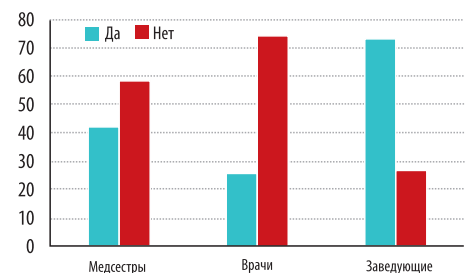
от назначения врача, признались 67% опрошенных (так ответили 76% руководителей, 68% менеджеров по закупкам, 67% провизоров, 65% заведующих). Правда, делается это лишь в том случае, когда выписанный медиком препарат или нужная дозировка отсутствуют в аптеке – то есть не наперекор, а в дополнение.

Нарушением такие действия аптечных работников не назовешь: несмотря на все ограничения, закон не запрещает фармацевтам рекомендовать клиентам тот или иной препарат, если на него не требуется рецепт. Правда, и без дамочки меча над головой, некоторые респонденты советов давать не спешат. 27% опрошенных (29% менеджеров, 28% заведующих, 27% руководителей и 21% провизоров) считают, что нужно отпускать посетителям лишь то лекарство, которое назначено врачом.

К чести профессии, самым непопулярным вариантом оказалась забота не о людях, а о прибыли. Ответ «советую, если это выгодно аптеке» выбрало всего 2% участников опроса. Впрочем, у этой медали есть и другая сторона: в комментариях некоторые фармацевты признавались, что не просто советуют клиентам препарат, но и консультируют их, на что, как мы уже отмечали, по закону не имеют права. Но что сами доктора думают о компетентности фармацевтов и их полномочиях?

Вопрос врачам: Знаете ли вы, что фармацевтические работники могут рекомендовать безрецептурные лекарственные препараты в рамках концепции ответственного самолечения?

Выяснилось, что большинству опрошенных (75%) об этом хорошо известно. Не в курсе оказались лишь 27% врачей и 17% младшего медперсонала. Однако при этом компетентными в подборе лекарственных препаратов провизоров и фармацевтов считает меньшая часть участников опроса. Положительно на соответствующий вопрос ответили только 29% медиков (73% заведующих отделениями, 42% медсестер и всего 26% врачей). Остальные респонденты, судя по всему, считают это исключительной прерогативой собственной профессии.



Сталкивались ли вы с ситуацией, когда фармацевтический работник изменял назначенную схему лечения?

Как показали ответы на этот вопрос, с вмешательством фармацевтов во врачебные дела периодически сталкивается большая часть медиков. 12% опрошенных сообщили, что наблюдают это регулярно, 44% – изредка. Но, с другой стороны, еще 44% респондентов никогда не встречались с такими ситуациями в своей практике. Сопоставляя эти данные с ответами фармацевтов, можно сделать вывод, что в большинстве случаев речь идет о корректировке назначения в соответствии с инструкцией к выписанному препарату.

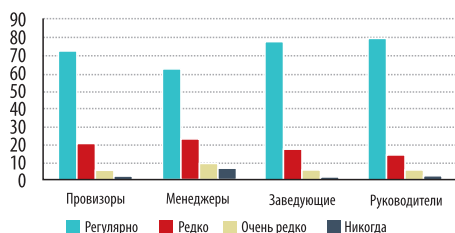
Рецепты преткновения

Отвечая на заданный ранее вопрос об ошибках во врачебных назначениях, многие фармацевты сетовали, что этим проблема не исчерпывается. Точно такую же картину работники аптек наблюдают, беря в руки, выписанные медиками рецепты. Этой проблеме в опросе был посвящен отдельный пункт.

Приходится ли вам сталкиваться с ошибками в оформлении рецептурных бланков?

Судя по полученным ответам, с ошибками в рецептах большинство фармацевтов сталкивается регулярно. О том, что они встречаются очень часто, заявили 79% руководителей, 77% заведующих, 72% провизоров и 62% менеджеров по закупкам, а всего 72% опрошенных работников аптек.

Как редкие такие ситуации оценили 22% менеджеров, 21% первостольников, 17% заведующих и 14% руководителей, или 20% от общего числа респондентов. Еще 6% опрошенных заявили, что видят ошибки в рецептах крайне редко. Ну, а ответ «никогда», дали всего 2% респондентов.



Однако увидеть ошибку – это только половина дела. По закону, дефективные рецепты считаются недействительными и подлежат регистрации в специальном журнале. Также работники аптеки должны известить о случившемся руководство допустившего неточность медика. Готовы ли современные фармацевты заниматься этой нужной, но все-таки бюрократической процедурой? И как они обойдутся с пациентом, который принес неправильный рецепт?

Как вы поступите, обнаружив ошибку в оформлении рецептурного бланка?

Готовность соблюсти предусмотренную законодательством процедуру выявили 66% опрошенных сотрудников аптек (69% руководителей, 68% заведующих и менеджеров по закупкам и 65% провизоров). Еще 10% респондентов не хотят заниматься бумагомаранием, но готовы сообщить об ошибке самому покупателю (12% менеджеров, 11% работников первого стола, 7% руководителей и 5% заведующих).

Наконец, 15% опрошенных (26% заведующих, 24% руководителей, 22% провизоров и 19% менеджеров по закупкам) заявили, что, несмотря на ошибку, отпустят клиенту лекарство, если оно не подлежит предметно-количественному учету.

Стоит отметить, что сочувствие к больным людям проявило большинство участников опроса. В комментариях многие фармацевты писали, что продают неподучетные лекарства вне зависимости от выбранной линии поведения, так как не хотят делать посетителей заложниками бюрократии.

Приходится ли вам сталкиваться с ситуацией, когда медицинские работники назначают пациентам рецептурный лекарственный препарат, но не оформляют назначение на рецептурном бланке?

Еще одна ситуация из аптечной практики – это отсутствие надлежащим образом оформленного рецепта на препарат. Ошибкой такое назвать уже сложно, речь здесь скорее идет о грубом нарушении инструкций. Но, судя по данным опроса, происходит такое весьма часто: 78% опрошенных фармацевтов (85% заведующих, 79% руководителей и провизоров, 63% менеджеров по закупкам) заявили, что регулярно сталкиваются с этим во время работы.

Редкими такие происшествия назвали всего 19% респондентов. Ну а о том, что врачи всегда соблюдают правила и не присылают в аптеки пациентов без рецептов, заявило лишь 3% участников опроса.

Причины такого положения дел – предмет для отдельного исследования. Но, согласно распространенному мнению, избегая рецептов на официальных бланках, медики пытаются снять с себя ответственность за лечение пациента, если что-то вдруг пойдет не так.

Ответы фармацевтов вполне соответствуют обратной связи с другой стороны. На вопрос: **информируют ли их в случаях ошибок в рецептурных бланках?** – положительно ответили 57% опрошенных врачей. Очевидно, что в большинстве ситуаций эта информация может исходить только от аптечных работников, но вот каналы ее получения все-таки бывают разными.

Так, 21% респондентов из этой группы сообщили, что сведения о допущен-

ной ошибке поступили от пациента, которому не продали лекарство или как минимум поставили на вид некорректность рецепта.

Примерно столько же – 22% опрошенных – получали информацию о нарушении непосредственно от фармацевтических работников, которые выходили с ними на прямой контакт. Еще 10% узнавали об ошибке от своего руководителя, которому позвонили из аптеки.

Вместе с тем, 45% ответили, что никогда с подобным не сталкивались, и это можно трактовать двояко: как безобидную работу или же (что вероятнее) отсутствие обратной связи. Такой вариант совсем не исключен: в комментариях некоторые заведующие аптеками писали, что, несмотря на инструкции, не поощряют ведение журнала учета неправильно выписанных рецептов, дабы не отвлекать сотрудников от работы.

Оставшиеся 2% медиков своего мнения по данному поводу не выразили, указав, что не выписывают рецептов.

Сталкиваетесь ли вы с ситуацией, когда фармацевтический работник не предоставлял никакой информации при отпуске назначенного лекарственного препарата?

Вопрос об ошибках представителей фармацевтической отрасли мы, разумеется, задали и врачам, которые могут говорить об этом не только по рассказам пациентов, но и исходя из личного опыта покупки лекарств. И судя по полученным ответам, сотрудники аптек тоже не без греха. 27% опрошенных сообщили, что регулярно сталкиваются с «молчаливыми» работниками первого стола, еще 48% наблюдают такое поведение изредка. И только 25% респондентов всегда привыкли взаимодействовать со знающими свое дело провизорами.

Забота или выгода?

В ходе исследования обеим группам респондентов был задан вопрос: **замечают ли они склонность представителей соседней группы к продвижению конкретного лекарственного препарата в ущерб другим?**

Не секрет, что в современных реалиях и на работу аптек, и на деятельность врачей, так или иначе, влияют маркетинговые технологии. С обеими системами здравоохранения активно работают представители фармацевтического бизнеса, которые нередко добиваются больших успехов в деле продвижения своих препаратов.

Совсем недавно на то, что аптеки и производители подписывают между собой маркетинговые договоры, в Минпромторг пожаловалась Национальная фармацевтическая палата. После этого начались разговоры о том, чтобы запретить провизорам

рекомендовать конкретное лекарство. Врачей данное табу уже коснулось, но, несмотря на это, сложившаяся практика взаимовыгодных договоренностей с медпредами продолжает существовать. Что подтверждают и результаты исследования.

Подобные склонности за докторами замечали 79% опрошенных работников фармы. 33% из них (35% провизоров, 33% заведующих, 31% руководителей и 28% менеджеров по закупкам) назвали такую практику регулярной. Еще 46% респондентов (57% руководителей, 50% менеджеров, 48% заведующих и 44% провизоров) встречали заинтересованных в конкретном ЛС медиков время от времени.

О том, что никогда не сталкивались с ангажированностью врачей, в ходе опроса заявили 20% участников (по 21% провизоров и менеджеров, 18% заведующих аптеками, 12% руководителей).

Еще 1% респондентов такое поведение медработников объяснил не влиянием со стороны бизнеса, а личными практическими наработками – убежденностью, что именно это лекарство лучше всего подойдет конкретному пациенту.

Спуску фармацевтам не дали и опрошенные врачи. С заинтересованностью аптек в продаже конкретного препарата, так или иначе, сталкивались 74% респондентов этой группы. 32% при этом заявили, что наблюдают подобное регулярно, еще 44% – время от времени. Беспристрастной работу провизоров назвали только 23% участников опроса.

При этом среди врачей тоже нашелся 1% с особым мнением, которое они высказали в комментариях. Эти респонденты также отрицают коммерческую подоплеку ситуации и считают, что работники аптек чаще всего советуют посетителям препарат подешевле, например, отечественный аналог импортного лекарства.

Проверка связи

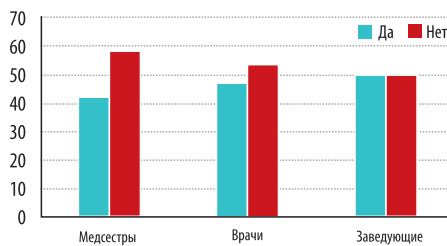
Несмотря на все нюансы взаимоотношений, в конечном итоге врачей и фармацевтов объединяет общая цель: забота о здоровье пациентов. Добиться этого можно только работая во взаимодействии. Не случайно профессиональные стандарты возлагают на сотрудников аптек обязанность информировать врачей о текущем положении дел на фармацевтическом рынке: новых лекарствах, нюансах их применения, аналогах и т.п.

Однако отлаженного и контролируемого канала для обмена такой информацией в России сейчас нет. В основном это происходит по личной инициативе сторон, в неформальном общении или на совместных профессиональных мероприятиях. Очевидно, что эти меры не

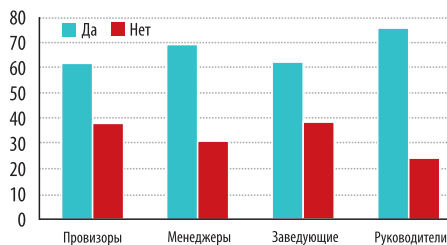
позволяют на 100% достичь желаемого эффекта. Как показал опрос, значительная часть работников обеих отраслей здравоохранения даже не подозревает о существовании такого обмена опытом.

Знаете ли вы о том, что фармацевтические работники должны информировать врачей о новых современных лекарственных препаратах, синонимах и аналогах, о возможных побочных действиях лекарственных препаратов, их взаимодействии?

Отрицательно на этот вопрос ответили 54% от общего числа опрошенных медиков (58% медсестер, 53% врачей и 50% заведующих).



Среди фармацевтов осведомленность о собственных обязанностях, разумеется, оказалась выше. О необходимости держать врачей в курсе последних достижений фармы знает 62% респондентов (76% руководителей, 69% менеджеров, 62% заведующих и 62% работников первого стола).



Еще 2% честно признались: все знают, но ничего не делают. Причин для бездействия несколько:

1. В современных аптеках упразднена должность провизора-информатора, который раньше отвечал за такой обмен опытом. С исчезновением должности исчезло и взаимодействие, т.к. другим работникам аптеки некогда этим заниматься.

2. Врачи сами не идут на контакт из-за нехватки времени или желания.

3. Сейчас информационная функция возложена на медицинских представителей, которые активно взаимодействуют с докторами и удовлетворяют их потребность в новых знаниях.

4. Часть опрошенных считает, что фармацевтические знания медики должны получать самостоятельно, в процессе профессионального совершенствования, а не возлагать ожидания на других профессионалов.

Бездействует в этом вопросе, впрочем, вовсе не 2% фармацевтов, а боль-

шая их часть. На вопрос: «Есть ли у вас возможность информировать медицинских работников о наличии товаров аптечного ассортимента, предоставлять им сведения о препаратах?», – отрицательно ответили 62% участников опроса (67% работников первого стола, 64% руководителей, 56% менеджеров, 49% заведующих аптеками).

После всего сказанного трудно ставить это им в укор, особенно, если учесть, что большинство аптек сегодня – коммерческие организации. Вместе с тем исследование показало, что, несмотря на все сложности, обмен информацией между врачами и фармацевтами все-таки происходит.

25% аптечных работников заявили, что при необходимости связываются с врачами для передачи им каких-либо сведений, а еще 10% сообщили, что делают это часто.

Чуть более позитивно картина взаимодействия выглядит со стороны медиков. Об отсутствии возможности проконсультироваться с фармацевтическим работником по интересующим вопросам заявили только 44% опрошенных. При этом еще 46% указали, что при необходимости могут выйти на связь с сотрудниками аптек и задать им интересующие вопросы. Наконец, 10% респондентов-врачей сообщили, что занимаются этим регулярно. Таким образом, на связи с фармацевтами, так или иначе, находится 54% опрошенных докторов.

Параллельные, но пересекающиеся

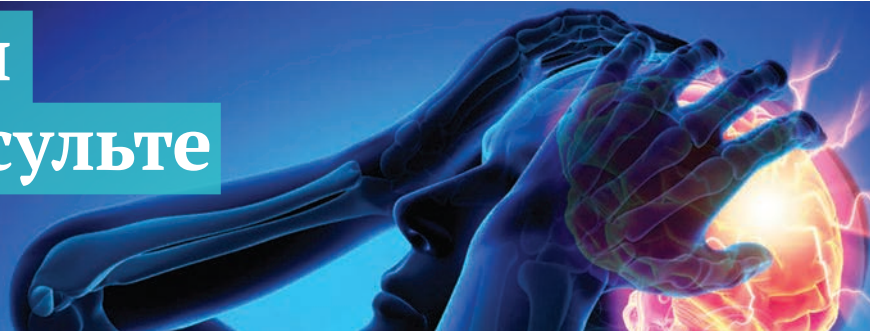
Обобщая полученные в ходе опроса ответы, можно прийти к выводу, что медицина и фармацевтика сегодня по большей части развиваются обособленно друг от друга. Каждая из отраслей имеет свои специфические задачи, пусть и связанные с общей целью охраны здоровья людей.

Современные аптеки – это в первую очередь коммерческие организации, и уделять слишком много времени взаимодействию с больницами для них – непозволительная роскошь. Вместе с тем, и врачи в наши дни далеко не всегда готовы отвлекаться от лечения больных ради менее важных в тактическом плане занятий.

Однако работа на благо здоровья пациентов все же заставляет медиков и фармацевтов взаимодействовать. Но при этом предусмотренные еще с советских времен каналы связи сегодня работают не так эффективно, как хотелось бы. И все же, если такая необходимость появляется, сотрудники обеих ветвей здравоохранения всегда находят общий язык.

«Фармзнание»

Мифы об инсульте



Предлагаем вашему вниманию наиболее распространенные мифы об инсульте и возможные ответы при работе с пациентами.

Инсульт – это кровоизлияние в мозг

Это распространенное мнение. Но кровоизлияние в мозг – это только одна разновидность инсульта – геморрагического. Самым же распространенным инсультом, который часто приводит к инвалидизации, является ишемический инсульт. Он связан с блокировкой поступления крови в мозг, в результате которой клетки мозга гибнут из-за недостатка кислорода. В 5 раз чаще ишемическим инсультам подвержены пациенты с фибрилляцией предсердий. У людей с этим диагнозом тромб может образоваться в результате неритмичных сокращений предсердий, а потом попасть в кровеносную систему и мозг.

Если человек восстановился после инсульта, это осложнение ему уже не страшно

Риск повторного происшествия особенно велик в течение первого года после перенесенного инсульта. Но и в течение последующих 5 лет около 50% людей, столкнувшихся с инсультом, снова переживают эту проблему. Поэтому для снижения риска повторного инсульта пациентам обязательно назначается антикоагулянтная терапия.

У мужчин инсульты случаются чаще, чем у женщин

По статистике, инсульт случается одинаково часто у мужчин и женщин.

При этом мужчины в возрасте 40–50 лет погибают от инсульта в полтора раза чаще женщин того же возраста. А вот у женщин с фибрилляцией предсердий инсульт случается чаще, чем у мужчин с той же мерцательной аритмией. Гипертоники-женщины также сталкиваются с инсультом чаще, чем мужчины с тем же заболеванием.

Инсульт случается только с очень больными людьми и довольно редко, меня он никогда не коснется, мне не о чем беспокоиться

Инсульт может случиться с каждым. Даже относительно здоровый человек может с ним столкнуться. Причиной тому могут стать стрессы, неправильный образ жизни и даже неправильный отдых в выходные, способный спровоцировать так называемый «инсульт выходного дня». По данным Всемирной организации инсульта, 15 млн человек в год переносят инсульт. Из них 3 млн – пациенты с фибрилляцией предсердий. И количество инсультов с годами растет.

Защититься от инсульта можно с помощью периодического приема препаратов, назначенных врачом

К сожалению, это не так. Пациенты с повышенным риском инсульта должны постоянно принимать назначенные

врачом препараты. Антикоагулянтная терапия при риске инсульта назначается пожизненно. Фибрилляция предсердий или инсульт в анамнезе являются теми факторами особого риска, при наличии которых постоянная антикоагулянтная терапия обязательна. Когда у человека повышенный уровень холестерина, он должен постоянно придерживаться особой диеты и по назначению врача принимать статины, когда гипертония – то гипотензивные препараты.

Нарушенные после инсульта функции организма никак не восстановит

Это не совсем так. Пациенту, которого доставили в больницу в течение 4,5 ч после инсульта, проводят процедуру тромболизиса. Она восстанавливает кровоток в тех сосудах, которые пострадали. При условии попадания в это временное окно 80% людей восстанавливаются полностью. Раньше данная цифра была не выше 30%. Но, когда после инсульта прошло более 6 ч, особенных улучшений достичь уже не удастся. Второй важный момент для восстановления – новые достижения в области реабилитации. Сейчас существует множество тренажеров и новых техник восстановления утраченных двигательных функций.

Литература: Connolly SJ et al. Dabigatran versus Warfarin in Patients with Atrial Fibrillation. N Engl J Med 2009; 361: 1139–51.2. Hart RG, Benavente O, McBride R, Pearce LA. Antithrombotic therapy to prevent stroke in patients with atrial fibrillation: a meta-analysis. Ann Intern Med 1999; 131: 492–501.



Выписка сердечно-сосудистых препаратов врачами Казахстана. Динамика долей компаний-производителей по данным компании Ipsos



Компания Nobel возглавила рейтинг фармпроизводителей по доле рынка в назначениях врачей амбулаторно-поликлинического звена в Казахстане в сегменте лекарственных препаратов для терапии сердечно-сосудистых заболеваний, увеличив свою долю в сегменте с 6,4% в 2017 году до 12,7% весной 2019 года (Рис. 1). Компания занимает лидирующую позицию с весны прошлого года, когда ей удалось обойти по этому показателю компанию Servier.

По данным весенней волны 2019 г. исследования PrIndex «Мониторинг назначений лекарственных препаратов» в Казахстане, на рынке назначений в этом сегменте ССС отмечена разная динамика темпов совокупного среднегодового роста

(CAGR с 2017 г.), при этом лидерами по этому показателю являются компании Nobel (25,8%), Santo (11,9%) и Servier (7,1%).

Компания Servier удерживает второе место по доле в назначениях – 11,3% (Рис. 2), у занимающей третью позицию компании KRKA – 9%.

На ТОП-10 лидирующих по доле в назначениях компаний приходится 59% всех назначений в сегменте, при этом только пять компаний имеют долю выше 5%. Наибольший рост среди ТОП-10 игроков отмечается в категориях С09А – Ангиотензин-конвертирующего фермента ингибиторы, С08С – Блокаторы «медленных» кальциевых каналов селективные, С09С – Ангиотензина II антагонисты (Рис. 3). Одновременно замедляется темп

роста доли лидеров в категории С03В – Нетиазидные диуретики. Наиболее заметное изменение – снижение доли лидирующих компаний в назначениях по категории С07А.

В целом отмечается существенное перераспределение вклада целевых аудиторий в назначение категории С09А: доля назначений врачей общей практики увеличилась с 51% осенью 2018 года до 58% осенью 2019 года, терапевтов – уменьшилась с 35% до 29% за аналогичный период (Рис. 4).

При этом, вклад кардиологов в течение последнего года остается стабильным на уровне 12%, однако ранее он демонстрировал снижение с 16% (осень 2017 г.) до 11% (весна 2018 г.).

Рис.1. Темпы роста ТОП-10 компаний в сегменте сердечно-сосудистых средств, MS%

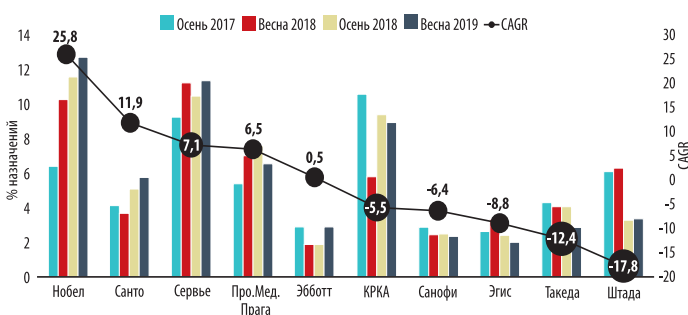


Рис.3. Динамика назначений основных АТС категорий компаний-лидеров в сегменте сердечно-сосудистых препаратов, MS%

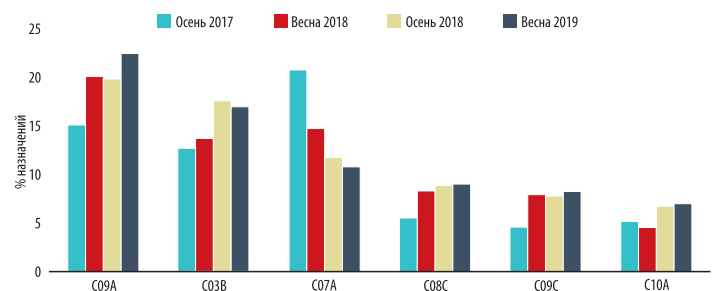


Рис.2. Динамика доли назначений ТОП компаний в сегменте сердечно-сосудистых препаратов, MS%

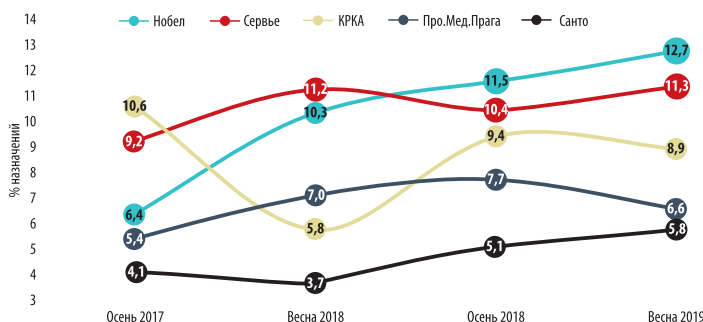
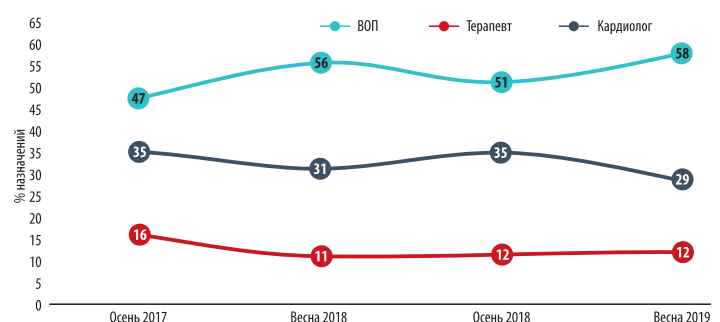


Рис.4. Перераспределение назначений категории С09а среди целевых аудиторий, MS%



Полипрагмазия. Как с ней бороться?

Любое лекарственное средство взаимодействует с различными продуктами химической природы, одновременно или раздельно поступающими в организм. Возможность физического или химического взаимодействия делает многие лекарственные вещества несовместимыми, их одновременный прием ведет к инактивации или образованию токсических соединений. Полипрагмазия (одновременное назначение, нередко неоправданное, многих лекарственных средств, иногда с одинаковым действием) – острейшая проблема фармакотерапии. Она имеет место у 56% пациентов моложе 65 лет и у 73% – старше 65 лет.

Согласно Государственной программе развития здравоохранения «Денсаулық» на 2016-2019 годы, в настоящее время большое значение придается рациональному использованию лекарственных средств.

Применение чрезмерного числа препаратов при лечении одного пациента имеет серьезные последствия как для пациента, так и для системы здравоохранения. Клиническим проявлением полипрагмазии является снижение эффективности фармакотерапии, развитие нежелательных побочных реакций, которые значительно увеличивают расходы здравоохранения. В последнее время наблюдается тенденция к росту числа пациентов с полипрагмазией, это подтверждают научные работы, изучающие данную проблему. Лекарственные схемы становятся все более сложными и потенциально опасными, и ведение пациентов с полипрагмазией нуждается в регулярном мониторинге за состоянием и проведении коррекции лечения.



Заместитель руководителя центра рационального использования лекарственных средств и медицинских технологий Республиканского центра развития здравоохранения (РЦРЗ) Гульзира Жусупова рассказала о необходимости контроля за количеством применяемых лекарств и важно-

сти сокращения использования инъекционного введения препаратов.

Нередко случается так, что пациенты, имея показания, получают рецепты на определенные группы лекарств. Однако в то же время они могут принимать и другие препараты, которые выписаны ранее другим врачом, или по собственной инициативе.

Прием и сочетание лекарств, а также способ их употребления, вплоть до того, чем запивать таблетку и какие лекарства не следует сочетать в одном приеме, как правило, строго прописаны в назначении врача.

«Иногда количество используемых пациентом лекарств может достигать нескольких десятков! Одновременное назначение нескольких препаратов определяется термином «полипрагмазия». Но точно обозначить количество различных используемых лекарств, подпадающих под этот термин, нельзя, большинство говорят про цифру пять или больше», – поясняет Жусупова.

При таком количестве лекарств сложно прогнозировать вредные побочные эффекты от взаимодействия активных и вспомогательных составляющих.

Свое воздействие оказывают не только безрецептурные или ранее назначенные лекарства. Даже употребление биологически активных добавок или трав может привести к серьезным последствиям.

«Зачастую пациент самостоятельно принимает травяные сборы, и этот факт остается «за кадром» в процессе подбора необходимой терапии. Например, можно взять траву зверобоя. Она является мощным индуктором одного из семейства цитохромов, что приводит к снижению концентрации оральных контрацептивов, циклоспорина, симvastатина и ряда других препаратов. То есть, из-за травяных сборов, в составе которых есть зверобой, снижается терапевтический эффект», – предупреждает замглавы РЦРЗ.

Более серьезные препараты могут сказаться на итогах лечения еще хуже.

Кроме того, каждый второй пациент принимает лекарства неправильно.

Под понятие проблемной полипрагмазии подпадают потенциально опас-

ные взаимодействия лекарств, неприемлемые для пациента. А также общие требования к приему лекарств, применение препаратов для лечения побочных эффектов от других лекарств. И даже отсутствие фактического основания для методов лечения.

Всемирная организация здравоохранения провела анализ практики использования лекарственных средств в мире и получила следующие результаты.

«По данным ВОЗ, более 50% всех лекарств назначаются, отпускаются или продаются ненадлежащим образом, и каждый второй пациент принимает лекарства неправильно. Чрезмерное, недостаточное или неправильное использование лекарств наносит вред людям», – приводит данные эксперт.

Кроме того, более 50% всех стран не проводят основную политику по стимулированию рационального использования лекарств.

В развивающихся странах менее 40% пациентов государственного сектора и 30% пациентов частного сектора проходят лечение в соответствии с клиническими руководящими принципами.

Чтобы улучшить ситуацию, важно системное сочетание образования и контроля поставщиков медицинских услуг, просвещения потребителей, правильных поставок лекарств, считает Гульзира Жусупова. При этом каждая из этих мер по отдельности оказывает ограниченное воздействие.

Неправильное использование лекарственных средств имеет место во всех странах, приводя к вредным последствиям для людей.

Как решают проблему полипрагмазии в Казахстане

«Изучением данной ситуации в Казахстане занимался наш РЦРЗ. Мы провели исследование практики назначения лекарственных средств на амбулаторном уровне по индикаторам ВОЗ в медицинских организациях, оказывающих первичную медицинскую помощь и в аптечных учреждениях с 2011 по 2015 годы», – рассказывает Жусупова.

Сбор данных проводился в поликлиниках по амбулаторным картам, которые были отобраны методом случайной выборки в регистратура за год.

Параллельно сотрудники центра проводили опросы медработников и фармацевтов. Также опрашивались сами пациенты, получающие первичную медицинскую помощь.

«По результатам исследования выяснилось, что в среднем пациенту назначается около трех лекарственных

средств, из которых в среднем 27,1% назначается по международному непатентованному наименованию, 23,9% являются антибиотиками и 17,8% препаратами парентерального применения, при этом наблюдается увеличение назначений антибактериальных лекарственных средств и инъекционных препаратов», – отмечает представитель РЦРЗ.

Более половины опрошенных провизоров и фармацевтов указали на то, что врачи назначают инъекционные средства каждому пятому пациенту. При этом 16% провизоров указали на то, что в аптеках препараты для инъекций продают каждому второму пациенту.

«Таким образом, в сравнении с рекомендуемыми международными нормами, имеются признаки полипрагмазии. Назначение инъекционных препаратов и антибактериальных средств превышает рекомендуемые нормы», – заключает Жусупова.

Сколько казахстанцев занимаются самолечением?

По данным РЦРЗ за 2017 год 28% опрошенных пациентов принимают лекарства самостоятельно без назначения врача и 21% опрошенных применяют антибиотики без назначения врача.

«Мы считаем, что это недостаточная лекарственная грамотность населения и доступность рецептурных препаратов без рецепта врача», – констатирует Жусупова.

ВОЗ уже признала чрезмерное назначение лекарств, злоупотребление антибиотиками и инъекционным введением лекарственных средств одними из наиболее важных проблем здравоохранения во многих странах. Во всем мире более половины препаратов назначаются и отпускаются ненадлежащим образом, и каждый второй пациент принимает их неправильно.

Чем грозит самолечение

По словам Гульзиры Жусуповой, самолечение, или халатное отношение к назначениям врача, становятся причиной неправильного применения антибактериальных средств.

Бесконтрольный прием препаратов делает лечение сложнее и дороже.

«Это неадекватные дозы, прекращение лечения или лечение инфекционных заболеваний небактериальной этиологии. Это приводит к уменьше-



нию эффективности препаратов и развитию устойчивых штаммов бактерий к антибиотикам. ВОЗ определила 12 классов приоритетных патогенов, которые становятся все более резистентными к существующим антибиотикам. Угроза состоит в том, что со временем возникнут инфекции, возбудители которых будут устойчивы ко всем имеющимся в арсенале антибиотикам и пациентов нельзя будет спасти от простых инфекционных болезней», – поясняет она.

ВОЗ уже признала чрезмерное назначение лекарств, злоупотребление антибиотиками и инъекционным введением лекарственных средств одними из наиболее важных проблем здравоохранения во многих странах

Что касается инъекций, специалист считает, что их применение целесообразно только при наличии показаний, если, например, пациент не

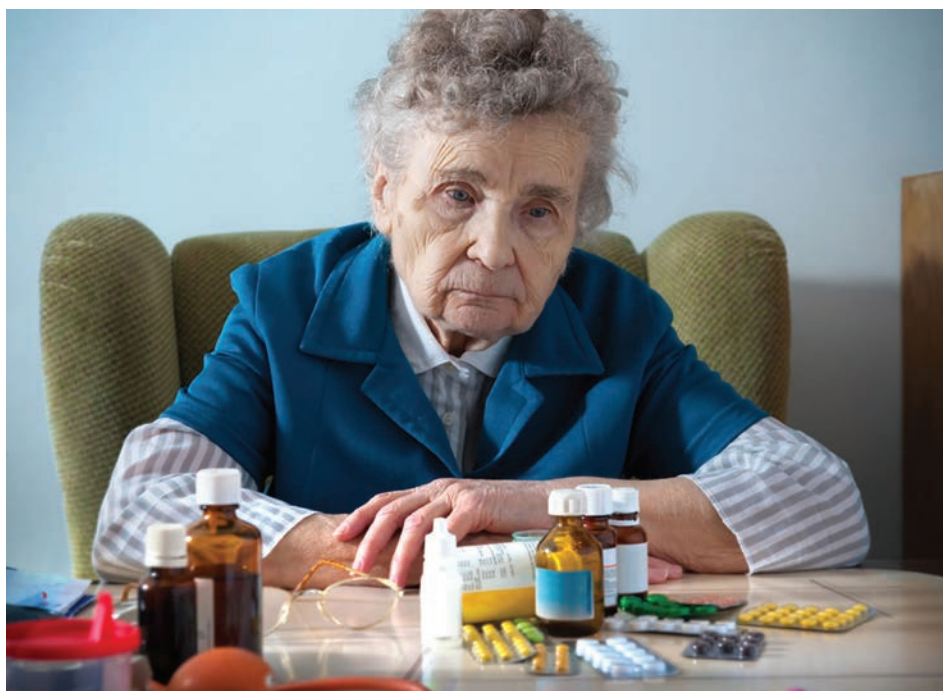
может принимать лекарства в форме таблеток.

«Внутримышечные или внутривенные инъекции могут привести к неприятным, а в особых случаях и опасным последствиям – абсцесс, сепсис, повреждения надкостницы, сосудов, нервов, поломка иглы, гематомы, пирогенные реакции. А инъекция без надлежащих условий носит риски появления аллергических реакций и занесения заражения. Да и в экономическом плане применение таблеток зачастую обходится дешевле», – говорит эксперт РЦРЗ.

По рекомендациям ВОЗ, среди назначенных лекарственных средств доля инъекционных препаратов не должна превышать 10%.

В Казахстане эта цифра по результатам опроса фармакологов и врачей составляет около 17%.

sputniknews.kz



Клетчатка: консультируем покупателя



25 фактов о ценной составляющей здорового питания, которую раньше считали отходами

Поговорим о нутриенте, польза которого для здоровья стала очевидной относительно недавно, – а именно о нерастворимой клетчатке. Рассмотрим ее свойства на примере пшеничных отрубей, так как именно они чаще всего встречаются в аптечном ассортименте в качестве дополнительного источника клетчатки. Также мы немного поговорим об овсяных и рисовых отрубях. Что же такое отруби, какими они бывают, как «работают» в организме и кому могут навредить – находим ответы.

● Историю отношения к клетчатке показывают справочники вековой давности. В энциклопедическом словаре Брокгауза и Ефрона отруби называются отбросом, который получают при перемолке хлебных зерен. Также в главе, посвященной отрубям, говорится, что примесь клетчатки в отрубях понижает их питательное значение, и чем ее меньше, тем выше их качество.

● Ядро зерновых состоит из нескольких частей: снаружи толстый алейроновый слой – источник ферментов, далее околоплодник, затем эндосперм, содержащий крахмальные зерна (источники энергии для прорастания), и, собственно, сам зародыш. Отруби – это внешняя часть ядра, состоящая из околоплодника и алейронового слоя. Во время измельчения зерен отруби отделяются от ядра и становятся побочным продуктом переработки. Отруби бывают пшеничными (самые популярные), овсяными, рисовыми, гречневыми, ржаными и др. В исследованиях хорошо изучены свойства первых трех видов отрубей.

● Пшеничные отруби – богатый источник «концентрированной» нерастворимой клетчатки, минералов, витаминов группы В (В₁, В₂, В₆, В₉), витамина Е, натрия, железа, магния, фосфора, цинка, меди, селена и марганца. В 100 граммах пшеничных отрубей содержится 42,8 г клетчатки, большей частью нерастворимой.

● Такая клетчатка не растворяется в воде и пищеварительных жидкостях, сохраняется практически в неизменном состоянии при прохождении через ЖКТ и не является источником калорий. Пшеничные отруби, будучи богатыми именно нерастворимой клетчаткой, способствуют увеличению объема кишечного содержимого и ускорению его пассажа через толстую кишку. Другими словами, они помогают нормализовать перистальтику кишечника и предотвратить развитие запоров.

● Результаты исследования с участием 156 пациентов показали, что пшеничные отруби могут уменьшать вздутие и дискомфорт в эпигастрии. Доказано, что в отношении увеличения объема кишечного содержимого они более эффективны, чем другие источники пищевых волокон, например овес, некоторые фрукты и овощи.

● Пшеничные отруби содержат олигосахариды, которые действуют как пребиотики. Они становятся источником пищи для полезных кишечных бактерий и таким образом вносят вклад в нормализацию работы кишечника.

● По всей видимости, пшеничные отруби способны предупреждать некоторые виды рака, в том числе третий по распространенности во всем мире рак кишечника. Результаты исследований на животных и нескольких эпидемиологических исследований свидетель-

ствуют, что их прием позволяет снизить риск этого заболевания. В этом отношении пшеничные отруби превосходят продукты из других видов зерна, например, овсяные.

● Пшеничные отруби – источник антиоксидантов. Доказано, что фракция пшеничных отрубей (алеироновый слой пшеничного зерна) обладает максимальной антиоксидантной способностью среди всех фракций пшеницы. Около 60 % антиоксидантов, содержащихся в отрубях, приходится на производное фенольной кислоты – феруловую кислоту.

● Антиоксиданты, содержащиеся во фракциях пшеничных отрубей, способны предупреждать окислительное повреждение биологически важных молекул – ДНК, белков, мембранных липидов. Предположительно, этот механизм играет роль в обеспечении противоракового эффекта продукта.

● Потребление пшеничных отрубей значительно увеличивает уровень короткоцепочечных жирных кислот (SCFAs) в кишечнике, которые являются основным источником питания для клеток толстой кишки. Предположительно, SCFAs помогают предотвратить рост опухоли и способствуют гибели раковых клеток в толстой кишке.

● Пшеничные отруби также способны снижать риск рака молочной железы за счет содержания в них фитиновой

кислоты и фенольных соединений – лигнанов, которые в эксперименте *in vitro* и на животных ингибировали рост злокачественных клеток. Кроме того, нерастворимая клетчатка способствует уменьшению уровня циркулирующего в организме эстрогена. Эстрогены выводятся из организма с калом, однако в некоторых случаях, попадая в кишечник, они могут вновь проникать в кровоток через кишечную стенку. Нерастворимая клетчатка подавляет поглощение эстрогенов в кишечнике и увеличивает таким образом выведение гормона. Это может приводить к снижению риска гормонозависимого рака молочной железы.

● Результаты масштабного наблюдательного исследования с участием 42 850 человек демонстрируют связь между диетой с высоким содержанием пшеничных отрубей и снижением риска сердечно-сосудистых заболеваний. Предположительно, связь может быть обусловлена гипохолестеремическими свойствами пищевой клетчатки. Так, ежедневный прием пшеничных отрубей на завтрак в течение 3 недель обеспечивал значительное снижение уровня общего холестерина. В другой работе продемонстрировано снижение уровня триглицеридов на фоне диеты, богатой продуктами с высоким содержанием пищевой клетчатки.

● Пшеничные отруби содержат глютен, который повреждает ворсинки тонкого кишечника у больных целиакией. Глютен или клейковина входит в состав пшеницы и ряда других злаков, в частности, ржи и ячменя. Следы глютенсодержащих злаков могут обнаруживаться и в овсе вследствие технологических особенностей переработки. Поэтому людям с повышенной чувствительностью к глютену следует исключить пшеничные, ржаные и овсяные отруби из рациона. Исключение могут составлять продукты, на упаковке которых указано, что они не содержат глютена.

● В состав некоторых видов отрубей входят олигосахариды фруктаны, которые при ферментации в толстой кишке выделяют газ. Это может приводить к развитию побочных эффектов – отрыжки, дискомфорта в животе, диареи, особенно у людей с синдромом раздраженного кишечника. Пшеница – один из самых богатых источников фруктанов. Небольшие количества этих олигосахаридов содержатся также и во ржи. А вот овес фруктанов не содержит.

● Содержащаяся в отрубях фитиновая кислота может препятствовать усвоению цинка, магния, кальция и железа. Особенно много фитиновой кислоты в пшеничных отрубях. Однако при соблюдении сбалансированной диеты фитиновая кислота не представляет серьезной угрозы.

● Данные исследований свидетельствуют об обратной зависимости между потреблением пищевых волокон и увеличением массы тела (и ожирением). Предположительно, введение в рацион растительной клетчатки увеличивает сытость при низкой общей калорийности продукта, что и способствует снижению веса. Этот эффект свойственен и отрубям как щедрым источникам пищевых волокон.

● Результаты Кокрановского обзора показали, что добавление в рацион клетчатки в составе пшеничных отрубей (23 г отрубей в день) эффективно облегчает запоры во время беременности. В выводе обзора рекомендуется отдавать

предпочтение этому продукту перед стимулирующими слабительными средствами, которые могут проявлять нежелательные побочные эффекты.

● Овсяные отруби содержат меньше клетчатки, чем пшеничные: в одной их чашке (219 г) около 6 граммов пищевых волокон, а также углеводы, жиры и белки. Наряду с ними овсяные отруби содержат витамины В₁, В₂, магний, фосфор, железо, цинк, натрий, небольшое количество фолатов, кальция. В их состав также входят антиоксиданты.

● Клетчатка в составе овсяных отрубей растворима – при прохождении через ЖКТ она превращается в желеподобную субстанцию. Последняя служит источником пищи для кишечной микробиоты, и в ходе ее расщепления выделяется газ. Растворимая клетчатка, в отличие от нерастворимой, частично всасывается в кишечнике и является источником калорий.

● Овсяные отруби считаются источником бета-глюканов, которые снижают уровень холестерина, а также уменьшают систолическое и диастолическое давление. Влияние этого продукта на сердечно-сосудистую систему связано и с содержанием в них уникальной группы антиоксидантов, которые в комбинации с витамином С предотвращают окисление ЛПНП. Напомним, окисленные ЛПНП играют критическую роль в прогрессировании атеросклероза.

● Бета-глюкан в составе овсяных отрубей помогает снизить абсорбцию углеводов в пищеварительном тракте, стабилизируя уровень глюкозы в крови. Ревью 10 исследований с участием больных сахарным диабетом 2 го типа показало, что потребление 6 граммов бета-глюкана в день на протяжении 12 недель позволило снизить содержание сахара в крови на 46%. Количество бета-глюкана в составе овсяных отрубей зависит от технологических особенностей производства.

● В 12 недельном исследовании с участием больных язвенным колитом было показано, что включение в рацион 60 граммов овсяных отрубей в день обеспечивает уменьшение боли в желудке и рефлюкса и повышает уровень короткоцепочечных жирных кислот. Последние, в свою очередь, способствуют снижению выраженности воспаления в кишечнике.

● Рисовые отруби – побочный продукт помола риса, образующийся в ходе превращения коричневого риса в белый. Основная фракция рисовых отрубей



содержит 12–13 % масла, пищевые волокна (бета-глюкан, пектин, камедь) и феруловую кислоту. Один из компонентов рисовых отрубей, гамма-оризанол, обладает мощными антиоксидантными свойствами, сравнимыми со свойствами токоферола.

● Доказано, что потребление рисовых отрубей, так же как и отрубей других зерен, снижает риск рака кишечника и сердечно-сосудистых заболеваний (за счет улучшения липидемического профиля). Есть у рисовых отрубей и уникальные свойства. Их компонент оризанол защищает организм от действия УФ-лучей и может использоваться как санскрин.

Правда, для достижения эффекта, наносить отруби придется наружно.

● Нормы потребления пищевых волокон, разработанные НИИ питания РАМН, составляют 20 г/сутки для взрослого и 10-20 г/сутки – для ребенка. Содержание отрубей в дневном рационе следует соотносить с уровнем клетчатки в них.

Марина Поздеева



**Министерство здравоохранения Республики Казахстан
Комитет контроля качества и безопасности товаров и услуг
Приказ № 138-НҚ от 10 июля 2019 года**

О снятии приостановления применения и реализации лекарственных средств

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, горо-

дов 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: 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 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.	Мизопростал, 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

Результаты согласования

09.07.2019 16:41:45: Утеев Р.А. (Управление контроля фармацевтической деятельности и интеграции) - согласовано без замечаний

09.07.2019 17:29:59: Имамбекова М.Б. (Управление административно-правового обеспечения и государственных закупок) - согласовано без замечаний

09.07.2019 18:23:48: Тилесова А.Ш. (Управление административно-правового обеспечения и государственных закупок) - согласовано без замечаний

**Министерство здравоохранения Республики Казахстан
Комитет контроля качества и безопасности товаров и услуг
Приказ № 139-НҚ от 11 июля 2019 года**

Об отзыве регистрационных удостоверений некоторых медицинских изделий

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. Отзывать 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 кон-

троля качества и безопасности товаров и услуг Министерства здравоохранения Республики Казахстан от 28 июня 2019 года № 18-16-642/И.
 И.о. Председателя Ж. Бекшин

Результаты согласования

- 10.07.2019 16:15:04: Сабиев А.Н. (Управление административно-правового обеспечения и государственных закупок) - согласовано без замечаний
- 10.07.2019 16:16:28: Утеев Р.А. (Управление контроля фармацевтической деятельности и интеграции) - согласовано без замечаний
- 10.07.2019 16:16:29: Тилесова А.Ш. (Управление административно-правового обеспечения и государственных закупок) - согласовано без замечаний
- 10.07.2019 16:23:03: Ордабекова Ж.К. (Управление фармацевтического инспектората) - согласовано без замечаний

**Министерство здравоохранения Республики Казахстан
 Комитет контроля качества и безопасности товаров и услуг
 Приказ № 142-НҚ от 11 июля 2019 года**

О снятии приостановления применения и реализации лекарственных средств

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-5N°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 форме) местных орга-

нов 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

Результаты согласования

- 11.07.2019 17:43:17: Утеев Р.А. (Управление контроля фармацевтической деятельности и интеграции) - согласовано без замечаний
- 11.07.2019 17:45:30: Сабиев А.Н. (Управление административно-правового обеспечения и государственных закупок) - согласовано без замечаний
- 11.07.2019 17:47:46: Тилесова А.Ш. (Управление административно-правового обеспечения и государственных закупок) - согласовано без замечаний
- 11.07.2019 17:51:22: Ордабекова Ж.К. (Управление фармацевтического инспектората) - согласовано без замечаний

**Приказ председателя Комитета контроля качества
 и безопасности товаров и услуг МЗ РК № 158-НҚ от 24 июля 2019 года
 О приостановлении применения, реализации и изъятии
 из обращения серий лекарственного средства**

В целях защиты здоровья и жизни граждан страны, в соответствии с подпунктом 5) 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, ПРИКАЗЫВАЮ:

1. Приостановить применение, реализацию и изъять из обращения серию № 1628 лекарственного средства «Вакцина лиофилизированная глютамат БЦЖ для внутрикожного введения», производства Japan BCG Laboratory, Япония в комплекте с растворителем серии № I-1526, номер регистрационного удостоверения РК-БП-5N°013466.

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 лекарственных средств, указанных в пункте 1 настоящего приказа;
- 4) в течение трех календарных дней представление в Комитет контроля качества и безопасности товаров и услуг Министерства здраво-

охранения Республики Казахстан сведений об исполнении мероприятий, предусмотренных подпунктами 1), 2) и 3) настоящего пункта.

3. Субъектам, имеющим в наличии указанные серии лекарственных средств, приостановленных к применению, реализации и подлежащих изъятию из обращения согласно пункту 1 настоящего приказа, в течение пяти календарных дней со дня получения уведомления о необходимости возврата сообщить территориальному подразделению Комитета по месту расположения соответствующую информацию с приложением подтверждающих документов.

4. РГП на ПХВ «Национальный центр экспертизы лекарственных средств и медицинских изделий» Комитета контроля качества и безопасности товаров и услуг Министерства здравоохранения Республики Казахстан обеспечить транспортировку приостановленных лекарственных средств согласно пункту 1 настоящего приказа с соблюдением условий хранения и транспортирования в КГУ «База специального медицинского снабжения», находящаяся по адресу: г. Нур-Султан, Алматинский район, пр. Тауелсиздик 11/2.

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 Комитета по финансовому мониторингу Министерства финансов Республики Казахстан от 19 июля 2019 года № ДДР-3СУ-10/3255-И.

Председатель Л. Бюрабекова

Результаты согласования

- 24.07.2019 16:11:40: Утеев Р.А. (Управление контроля фармацевтической деятельности и интеграции) - согласовано без замечаний
- 24.07.2019 16:25:18: Тилесова А.Ш. (Управление административно-правового обеспечения и государственных закупок) - согласовано без замечаний
- 24.07.2019 16:46:32: Имамбекова М.Б. (Управление административно-правового обеспечения и государственных закупок) - согласовано без замечаний
- 24.07.2019 16:49:31: Асылбеков Н.А. (Руководство) - согласовано без замечаний Результат подписания
- 24.07.2019 16:58:59 Бюрабекова Л.В. Подписано



Сложный выбор для немецких аптекарей

Немецкие аптеки, предоставляющие услуги в рамках общеобязательного медицинского страхования, с 1 июля должны соблюдать условия нового рамочного договора. После 5 лет интенсивных переговоров, договор несколько разочаровал фармацевтов, которым все сложнее становится оправдывать ожидания пациентов и врачей. Виной тому «узкие места в поставках», строгие настройки программного обеспечения и множество нормативных документов по ограничению расходов.

Когорты импорта и генериков: о чем речь?

Одним из главных нововведений в новом рамочном соглашении является различие между генерической и импортной когортами (немцы называют их «markt» – рынок, но буквальный перевод внесет путаницу – прим. ред.), так как от выбора той или другой зависит налогообложение. Важно: когорты являются взаимоисключающими, и выбор (с помощью программного обеспечения) следует делать только в одной из них. В первой можно выбрать между оригинальным, генерическим и импортными препаратами. Во второй – между оригинальным и импортным.

К импортной когорте обращаются, если:

- нет другого препарата, кроме импортного;
- рецепт с отменой aut-idem;
- препарат находится в списке исключений замены, лекарство производят биотехнологически и у него нет биологической идентичности с другими.

Выбор в генерической когорте осуществляют в двух случаях:

- препарат назначен под международным непатентованным наименованием;
- в рецепте указано торговое на-

именование, но отсутствует отметка, отменяющая замену «aut-idem» (или то же самое, лат.).

Область выбора

Препарат, относительно которого заключен договор о поставках со скидкой, всегда в приоритете, как козырная карта. Если такое соглашение отсутствует или продукт со скидкой не может быть доставлен, осуществляют выбор из четырех самых доступных по цене лекарств (в предыдущем рамочном договоре разрешали выбирать из трех самых дешевых).

Пример 1. Исходя из действующего вещества, формы выпуска, дозировки и размера упаковки, в ассортименте имеются:

- 5 лекарств по 20,00 евро;
- 3 лекарства по 21,00 евро;
- 3 лекарства по 22,00 евро;
- 2 лекарства по 23,00 евро.

Тогда для выбора доступны только пять препаратов за 20 евро.

Пример 2. Если в самом низком ценовом диапазоне – менее 4 лекарств, диапазон выбора распространяют на все лекарства второго ценового уровня, даже если в общей сложности препаратов – более четырех.

- 1 лекарство по 20,00 евро;
- 4 лекарства по 21,00 евро;
- 3 лекарства по 22,00 евро;

- 2 лекарства по 23,00 евро.

Выбирают между препаратом за 20 и всеми четырьмя – за 21 евро.

Пример 3. Если на первых двух уровнях цен – менее 4 лекарств, диапазон выбора будет увеличен на все лекарства третьего уровня цен, даже если в общей сложности препаратов становится более 4. Также если из первых трех градаций доступно менее 4, будут добавлены все препараты четвертой.

- 1 лекарство по 20,00 евро;
- 1 лекарство по 21,00 евро;
- 1 лекарство по 22,00 евро;
- 6 лекарств по 23,00 евро.

Выбирают среди всех лекарств за 20–23 евро.

Можно ли не включать в выбор назначенное лекарство?

Также новым является – и это, вероятно, одно из самых серьезных изменений в повседневной практике – лекарство, назначенное по торговому наименованию, больше не включают в выбор автоматически, а только в том случае, если оно относится к четырем наименее дорогим. Если это так, то отпустить более дорогое лекарство, чем назначенное, нельзя. Назначенное лекарство устанавливает «цену привязки» или «якорь», как и раньше, но теперь его можно не включать в выбор, если не отменен aut-idem.

Пример 4. По торговому наименованию выписан препарат за 21,00 евро. Назначенный препарат устанавливает привязку цены, поэтому может случиться, что выбрать придется менее чем из 4 лекарств. Так, в аптеке имеются:

- 1 лекарство по 20,00 евро;
- 2 лекарства по 21,00 евро (цена привязки);
- 1 лекарство по 22,00 евро;
- 5 лекарств по 23,00 евро.

Так как все остальные препараты, кроме 3 самых дешевых, дороже выпущенного (21 евро – цена привязки), то выбор только ими и ограничен. При этом цена привязки может быть повышена только после консультации с врачом.

Если самые дешевые в аптеке отсутствуют, нужно последовательно расширять диапазон выбора (указав идентификатор причины отсутствия), пока не будет достигнута цена привязки.

Получается, что «дорогие» генерики имеют шанс быть отпущенными по рецепту только в отсутствие действующих договоров о скидках, когда не доступны ни один из 4 самых дешевых и все последующие, а у этого «дорогого» нет альтернативы.

Как доказать отсутствие?

Для этого достаточно двух зарегистрированных онлайн-запросов, адресованных двум дистрибьюторам. Если у аптеки оптовый поставщик только

один, достаточно, чтобы запросы к нему о наличии были сделаны в «разумное время». Рекомендуют, чтобы между двумя запросами прошло минимум 2 ч, то есть обслужить пациента быстро не получится.

Если в наличии есть только дорогие препараты, цена которых выше «цены привязки», аптека должна связаться с врачом, потому что именно он отвечает за экономическую эффективность назначения. Если этого сделать не удалось, аптека имеет право отложить отпуск по рецепту.

Ценовой «якорь» — лишний инструмент?

Проблема в том, что «узкие места» в поставках обычно касаются препаратов, которые назначают чаще всего — иными словами, фигурирующих в контрактах со скидкой, пишет «DAZ.online». Рамочное соглашение подсказывает, что в таких случаях отпускают одно из 4 наименее дорогих лекарств. Даже если таковые недоступны, продолжают выбирать в направлении повышения цены вплоть до указанного в рецепте препарата, так называемого «якоря», цену которого превышать нельзя.

Но на деле все гораздо сложнее. Сертифицированное программное обе-

спечение, рекомендуемое врачам тем же Рамочным контрактом, изначально отсылает к самым дешевым генерическим лекарствам. Поэтому «привязку» цены осуществляют на низком уровне, и аптекам все труднее находить альтернативу недопоставляемому лекарству со скидкой. При этом все более дорогие варианты, даже если разница в цене составляет всего несколько центов, должны быть уточнены и задокументированы при участии врача.

Одним из решений, размышляет редактор «DAZ.online», было бы рекомендовать врачам устанавливать «якорь» цены как можно выше и таким образом увеличивать пространство для маневра в аптеке. Но среди врачей может возникнуть массовое недопонимание: им покажется, что фармацевты ищут для себя материальных выгод. «Гораздо лучшим решением будет отмена правила привязки цены!», — подчеркивает автор. Слишком много инструментов сдерживания затрат, очевидно, не ведут к лучшему уходу за пациентом, и в конечном итоге это может не отвечать интересам врачей.

*По материалам
www.deutsche-apotheker-zeitung.de;
www.deutschesapothekenportal.de,
AnmeKa*

Пять новых лекарственных средств рекомендованы ЕМА для регистрации

Комитет по лекарственным средствам для человека (Committee for Medicinal Products for Human Use – CHMP) Европейского агентства по лекарственным средствам (European Medicines Agency – EMA) рекомендовал утвердить пять лекарственных средств.

Рекомендовано

Комитет рекомендовал предоставить условное маркетинговое разрешение на применение Vitrakvi (ларотретинол), первого препарата в Европейском союзе для лечения солидных опухолей со слиянием генов нейротрофной рецепторной тирозинкиназы (NTRK). Слияние генов NTRK, как правило, часто встречается при некоторых редких видах рака.

CHMP также дал положительное заключение по препарату Epidyolex (каннабидиол) для лечения судорог при синдроме Леннокса-Гасто или синдроме Драве. Epidyolex содержит активное вещество, полученное из конопли, и является первым подобным препаратом, получившим положительное заключение в рамках централизованной процедуры ЕС.

Inbrija (леводопа) получил положительное заключение Комитета для лечения симптомов «периодов выключе-



ния» при болезни Паркинсона, положительное заключение получил и препарат Trogarzo (ибализумаб) для лечения ВИЧ-инфекции.

Наряду с этим, CHMP рекомендовал одобрить дженерик Deferasirox Mylan (деферасирокс), предназначенный для лечения хронической перегрузки железом из-за переливаний крови у пациентов с большой бета-талассемией, нетрансфузионно-зависимыми синдромами талассемии и другими анемиями.

Начало пересмотра рекомендаций по новому лекарству

Комитет получил заявку на пересмотр отрицательного заключения по препарату Evenity (romosozumab), принятое на совещании в июне 2019 года. CHMP пересмотрит свое мнение и вынесет окончательную рекомендацию.

Положительные заключения по расширению терапевтических показаний

Комитет рекомендовал расширить показания у следующих препаратов:

Empliciti, Keytruda, Lonsurf, Lucentis, Soliris, Stelara, Tecentriq и Zerbaxa.

Начало пересмотра рекомендаций по расширению терапевтических показаний

В Комитет поступило требование о пересмотре отрицательного заключения CHMP по препаратам Revolade (эльтромбопар) и Translarna (аталурен), принятые на совещании в июне 2019 года. CHMP повторно изучит заключение и публикует окончательные рекомендации.

Новые ограничения при применении препарата Gilenya

CHMP рекомендовал, чтобы лекарство от рассеянного склероза Gilenya (финголимод) не использовалось у беременных женщин и у женщин, способных иметь детей, которые не используют эффективную контрацепцию. Если женщина забеременеет во время прохождения курса Gilenya, прием препарата необходимо прекратить, а пациентку поместить под тщательный контроль лечащего врача. CHMP выдал рекомендацию в связи с тем, что активное вещество препарата Gilenya может нанести вред плоду и стать причиной развития врожденных дефектов.

gmpnews.ru

История изучения нервной системы

Все наши мысли, слова, осознанные и неосознанные действия контролирует Его Величество МОЗГ с помощью нервной системы, пронизывающей тело тончайшей паутиной. Удивительную сеть из миллиардов нейронов за ее возможности ученые часто сравнивают с настоящей Вселенной.



Гиппократ



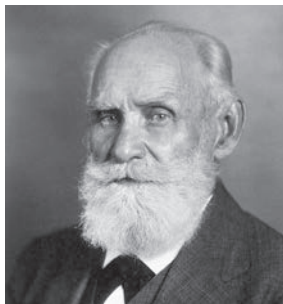
Гален



Декарт



И.М. Сеченов



И. П. Павлов

Основы нейрофизиологии

Как и в любом сложнейшем механизме, бывают перебои в работе и нашей нервной системы. В папирусах, которым более трех тысячелетий, ученые-египтологи нашли упоминания параличей, нарушений чувствительности в конечностях и других проблем нервной системы. В древнеиндийской книге Аюрведа сообщается о судорожных припадках, обмороках, головных болях. В трудах древнейших врачей описаны клинические проявления разнообразных неврологических заболеваний, методы их диагностики и лечения. Уже в то время отдельные состояния четко обозначались как болезни головного мозга (эпилепсия, мигрень и др.). Ну, а если знаний не хватало, непонятные проявления компенсировались отвлеченными умозаключениями. Так, например, древние китайцы и вавилоняне за 2000-1000 лет до н.э. считали печеньместилищем души, а индийцы центром жизни считали пупок.

В Европе начало изучения нервной системы человека связано с Древней Грецией. Врач Алкмеон из Кротона еще в V в. до н.э. пришел к выводу, что для изучения анатомии необходимо вскрывать трупы людей. Он нашел нервы, которые связывают с мозгом ухо и глаз, и пришел к выводу, что мозг – это орган, вызывающий ощущения и мысли.

Гиппократ на основании различий в темпераменте выделил и подробно описал четыре типа темперамента: сангвинический, холерический, флегматический и меланхолический. Он решил, что в основе темперамента лежит соотношение четырех основных жидкостей организма – крови, желчи, слизи и черной желчи. И несмотря на ошибочные предположения, определение темперамента по Гиппократу используется до настоящего времени для определения характерологических особенностей личности.

В те времена вскрытия людей запре-

щались религиозными и гражданскими законами, что значительно тормозило развитие анатомии и медицины. Так, величайший древнеримский врач Гален писал свои сочинения, опираясь на исследования тела животных (свиней, собак, обезьян) и перенося полученные факты на человека, что приводило к ряду ошибок и неточностей. Тем не менее вклад Галена в анатомию трудно недооценить: он первым описал важные образования в центральной нервной системе, в частности четверохолмие, имеющее непосредственное отношение к зрению и слуху. Он описал также блуждающий и другие черепные нервы. Гален экспериментально доказал, что не сердце, как считали до этого, а центральная нервная система является средоточием движений, чувств и душевной деятельности. До Галена мозг считали железой, просто выделяющей слизь.

Что в имени твоём?

В средние века Д. Морганьи и Т. Виллизий смогли связать определенные неврологические нарушения с соответствующими структурами мозга. Важный вклад в развитие учения о морфологии нервной системы был сделан учеными А. Везалием и К. Варолием. Р. Декарт предложил механистическую теорию для объяснения боли, голода, жажды, зрения, памяти. Научное же значение сохраняет разработанная Декартом теоретическая схема условного рефлекса. Изложения ученого послужили созданию новой концепции, которая позволила по-иному посмотреть на мир психологических проблем. Психика стала рассматриваться как внутренний мир человека, который полностью поддается самонаблюдению, однако при этом является абсолютно самостоятельной субстанцией, отдельной от внешнего мира. В наши дни в названиях многих нервных структур человека присутствуют имена их первооткрывателей,

например, «ильвиев водопровод» (мозговой водопровод, названный по имени французского врача Я. Сильвия, учителя Везалия), «евстахиева труба» (слуховая труба, по имени итальянца Б. Евстахия, XVI в.), «ганглий Скарна» (вестибулярный ганглий, открытый итальянцем А. Скарна, XVIII в.), «пучок Вик д'Азира» (сосцевидно-таламический пучок, названный по имени французского врача Ф. Вик д'Азира, XVIII в.), ядро «Дейтерса» (латеральное вестибулярное ядро, по имени немца О. Дейтерса, XIX в.), «клетки Беца» (гигантские пирамидные нейроны коры больших полушарий и т.д., названные по имени киевского анатома В. А. Беца, XIX в.) и др. Первый нейрон был описан чешским анатомом и физиологом Я. Э. Пуркинью в середине XIX в. Это была крупная клетка в коре мозжечка, которую в честь ее первооткрывателя сегодня называют клеткой Пуркинью.

Физиологическое направление

Самый интенсивный период изучения структуры и функции нервной системы наступил в XIX веке. Были систематизированы патологоанатомические исследования. Появилась возможность фиксировать и окрашивать нервную ткань, получать серийные срезы, осуществлять микроскопические исследования нервной системы. Разрабатываются методы химического исследования мозга. Большой след в медицине оставила деятельность выдающегося французского врача Ж. Шарко, выделившего неврологию из терапии в качестве самостоятельной дисциплины. Он подробно описал целый ряд заболеваний нервной системы (рассеянный склероз, гипертрофический шейный пахименингит, боковой амиотрофический склероз, истерию и т.д.), установил ее трофические функции, создал всемирно известную неврологическую школу.

Русский естествоиспытатель И. М. Сеченов явился основоположником рефлекторной теории психической деятельности человека; он показал, что рефлекс – универсальный способ реакции мозга на самые разнообразные внешние воздействия. Просветитель выступил против веками сложившегося убеждения в том, что работа мозга не подчиняется законам материального мира и недоступна для объективного изучения. Однако гениальное предположение могло стать научной теорией только в результате открытия конкретных форм рефлекторной деятельности головного мозга. Эта задача была решена И. П. Павловым и его школой, разработавшими учение о высшей нервной деятельности. Предложенный И. П. Павловым термин «условный рефлекс», по его определению, означает временную, изменчивую, гибкую связь любой вариации сигналов с ответной деятельностью организма. Под влиянием этих трудов окончательно сформировались представления о нервной системе и ее вегетативно-эндокринном отделе как важнейших системах связи, регуляции и управления всеми функциями организма, о тесной взаимосвязи нервной системы и внутренних органов в норме и патологии.

В этот период было описано большинство известных нам болезней нервной системы. В 1891 году Г. Квинке произвел первую спинно-мозговую пункцию с извлечением ликвора для снижения внутричерепного давления. На рубеже XIX и XX столетий крупный вклад в создание ряда разделов неврологии и нейрохирургии внесли В.К. Рот, Л.С. Минор, В.М. Бехтерев, М.И. Аствацатуров, Л.В. Блуменау, В. Эрб, Г. Оппенгейм, С. Вильсон, Г.И. Россолимо, Л.О. Даркшевич, М.Б. Кроль, М.С. Маргулис, Е. К. Сепп, М.А. Захарченко, А.М. Гринштейн, И.Н. Филимонов, С.Н. Давиденков, Б.Н. Маньковский, Н.И. Гращенко, Н.В. Коновалов, Н.К. Боголепов, Е.В. Шмидт и многие другие ученые.

Они явились методологической основой прогресса в изучении физиологии нервной системы, но не обходилось, конечно, и без ошибок.

Великие заблуждения

Галь – австрийский анатом и врач, автор капитального труда «Анатомия и физиология нервной системы», основал френологию, которая исходила из того, что духовный мир человека имеет специальные центры в мозге. По размерам и форме черепа можно якобы определить склонности и характер человека. Эти предположения Галья были опровергнуты наукой и оказались несостоятельными, однако, они заложили начало учения о локализации функций в головном мозге.

Английский антрополог и физиолог Ф. Гальтон, двоюродный брат Чарльза



Дарвина, один из основоположников биометрии, а также близнецового метода исследования, явился одним из основателей евгеники – науки об улучшении человеческого рода. Хотя евгенические идеи оказались несостоятельными, труды Гальтона послужили толчком для развития медицинской генетики, а также роли наследственности в процессах обучения и воспитания. Этим вопросам уделялось большое внимание в 20-30-е годы прошлого столетия. Выпускались специальные издания, предпринимались попытки количественного определения интеллектуального развития у близнецов, приемных детей и т. д. Однако методические трудности и методологические заблуждения не привели к ожидаемым результатам и не позволили этим направлениям внедриться в практику.

Как она работает

Достигнутые в области неврологии успехи создали предпосылки для выделения учения о заболеваниях нервной системы в самостоятельную отрасль научной медицины. Эта отрасль получила название невропатологии. Невропатология обогатилась новыми данными из области патологической анатомии, электрофизиологии, а также данными при изучении клинических симптомов болезней. Учеными из многих стран мира было описано большое количество

самостоятельных форм патологии. Разрабатывались методы их диагностики и лечения. Было установлено, что ни один процесс в организме человека не происходит без участия нервной системы. Развитие нервной системы у различных классов животных, прежде всего у позвоночных, показывает, что самое позднее в эволюционном и высшее в функциональном отношении образование центральной нервной системы – это кора головного мозга. Чем более низкую ступень эволюционной лестницы занимают позвоночные животные, тем слабее развита у них кора головного мозга и тем менее ее участие в приспособлении к изменчивым условиям окружающей среды, и, наоборот, чем более высокую ступень эволюционной лестницы занимает животное, тем более развита кора его головного мозга, тем большее участие принимает она в приспособлении животного к окружающей среде. Влияние всех факторов внешней и внутренней среды преобразуется с помощью нейронных структур в процессы, которые формируют ответную реакцию на постоянно изменяющиеся условия. Заболевание нервной системы вызывает разрыв связей между воспринимаемой психикой афферентной импульсацией, двигательной активностью и регуляторными механизмами, что проявляется в виде обширного перечня симптомов. **Самые распространенные болезни нервной системы, это:**

- болезнь Альцгеймера;
- бессонница;
- эпилепсия;
- воспаление седалищного нерва;
- рассеянный энцефаломиелит;
- детский церебральный паралич;
- мигрень;
- вегето-сосудистая дистония;
- паркинсонизм;
- невриты;
- невралгии;
- нейропатии;
- неврозы;
- миалгия;
- энцефалит;
- менингит;
- дегенеративные изменения позвоночника;
- аутизм.

Подготовила Елена Томилова





- Прайс-листы – автоматическое обновление 5 раз в день
- Универсальный справочник лекарственных средств
- Остатки товара на складе поставщиков
- Индивидуальные акции и скидки
- С нами более 2,5 тыс. аптек
- МНН – аналоги препаратов
- Оптимизированный заказ
- Централизованный закуп
- Аналитика и отчеты



**НАС ВЫБИРАЮТ
ПРОФЕССИОНАЛЫ с 2013 г.!**

Тел.: +7 (727) 35 271 35, 385 85 69, +7 747 480 25 66

В день памяти...



10 августа 2018 года ушел из жизни один из заслуженных провизоров СССР и КазССР.

Садыков Сайын Садыкович по воле судьбы родился в 1942 году в Колхозобатском районе, в совхозе им. Карла Маркса в Республике Таджикистан.

Родители - уроженцы Актюбинской области, Байганинского района.

По окончании школы в 1962 году, он поступил в Алматинский государственный медицинский институт (АГМИ, г. Алма-Ата).

В 1967 году успешно его окончил. В августе того же года Сайын Садыкович был назначен фармацевтическим инспектором в Алматинское аптечное управление Алматин-

ской области.

Через 2 года, в августе 1969 года, за добросовестный труд он переведен на должность управляющего аптеки «Фабричный» №31.

В июне 1977 года за честный и принципиальный труд был избран председателем исполкома фабричного поселкового Совета народных депутатов Алматинской области, Джамбульского района.

В 1979 году он был назначен на должность заместителя начальника Аптечного управления Алматинского областного исполнительного Комитета.

В 1981 году, 20 мая Приказом № 233-Н Министра здравоохранения СССР за отличную и безупречную работу, и являясь образцом честного труда в области фармации, был награжден значком «Отличник здравоохранения» Министерства СССР.

В 1983 году за достигнутые успехи награжден «Почетной грамотой» Министерства здравоохранения Казахской ССР и Республиканского Комитета профсоюза медицинских работников.

В 1988 году за безупречный труд был переведен на должность коммерческого директора Алма-Атинского областного производственного объединения «Фармация».

В 1990 году в декабре назначен директором подсобного хозяйства «Тонкерис» областного производственного объединения «Фармация».

В 1991 году работал в должности директора фирмы «Табигат».

1998 году организовал свой маленький бизнес и честно работал, параллельно вел общественную работу в поселке Калкаман Каскеленского района Алматинской области, был организатором и заместителем Совета ветеранов поселка «Каменка» до конца жизни.

Приносим искренние соболезнования супруге Балташ Абухаировне, детям и родственникам.

В семье остались трое детей, семь внуков и 2 правнука.

С уважением, Е.С. Космаганбетов.

Big pharma: кто больше платит?



Расследование некоммерческой организации Center for Responsive Politics (CRP) показало, что индустрия фармацевтики и товаров для здоровья «неизменно находится на вершине» американского рейтинга отраслей по объему расходов на федеральные рекламные кампании. На своем сайте OpenSecrets.org CPR отслеживает соответствующие расходы, пользуясь финансовой поддержкой в форме различных институциональных грантов, индивидуальных взносов и т.д.

Как выяснил Center for Responsive Politics, в 2018 году фарминдустрия потратила на лоббирование рекордные 283 млн долларов. В первой половине 2019 года Big pharma уже потратила на продвижение собственных интересов более 150 млн долларов. В лидерах рейтинга, как и в прошлом году, крупнейшая биофармацевтическая компания мира Pfizer.

В рейтинге среди фармацевтических производителей по расходам на лоббирование в 2018 году лидируют:



- Pfizer Inc – \$11,450,000
- Amgen Inc – \$10,960,000
- Bayer AG – \$8,640,000
- MSD – \$6,800,000
- Eli Lilly & Co – \$6,770,000
- Johnson & Johnson – \$6,660,000
- Roche Holdings – \$6,462,279
- AbbVie Inc – \$6,100,000
- Novartis AG – \$5,950,000

gmpnews.ru



ПОДПИШИСЬ НА КФВ

г. Алматы, БЦ «Навои Тауэрс»,
6 этаж, ул. Жандосова, 98,
тел.: 8 (727) 393 67 45, 352 72 93/94
E-mail: podpiska@pharmnews.kz; www.pharmnews.kz

<p>КАЗАХСТАНСКИЙ ФАРМАЦЕВТИЧЕСКИЙ ВЕСТНИК №16 (569), август 2019 г.</p> <p>СОБСТВЕННИК: ТОО «Казахстанский фармацевтический вестник»</p> <p>ГЕНЕРАЛЬНЫЙ ДИРЕКТОР И ГЛАВНЫЙ РЕДАКТОР Наиля Чередиенченко</p> <p>ШЕФ-РЕДАКТОР +7 707 392 20 70 Ирина Климова editor@pharmnews.kz</p> <p>РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ:</p> <table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td>Гунько Наталья</td> <td>Локшин Вячеслав</td> </tr> <tr> <td>Датхаев Убайдулла</td> <td>Пичхадзе Гурам</td> </tr> <tr> <td>Каманова Мария</td> <td>Степкина Елена</td> </tr> <tr> <td>Садыкова Айжан</td> <td>Сыбанкулова Зурият</td> </tr> <tr> <td>Кузденбаева Раиса</td> <td>Дурманова Марина</td> </tr> </table>	Гунько Наталья	Локшин Вячеслав	Датхаев Убайдулла	Пичхадзе Гурам	Каманова Мария	Степкина Елена	Садыкова Айжан	Сыбанкулова Зурият	Кузденбаева Раиса	Дурманова Марина	<p>КОРРЕСПОНДЕНТЫ: +7 701 727 83 47 Елена Томилова lredactor@pharmnews.kz</p> <p>ОТДЕЛ РЕКЛАМЫ: А.Сарсенбай +7 707 160 30 45 reklama01@pharmit.kz М.Ибраимова +7 747 409 77 56 reklama02@pharmit.kz +7 (727) 352 71 35</p> <p>ОТДЕЛ ПОДПИСКИ: Анна Пышкина +7 707 836 48 67 podpiska@pharmnews.kz</p> <p>КОНТЕНТ-РЕДАКТОР САЙТА Елена Фоменко +7 777 363 07 66 elena@pharmnews.kz</p> <p>ДИЗАЙН, ВЕРСТКА Арсений Копачевский +7 777 834 40 04 arseniy@pharmnews.kz</p>	<p>Издается с ноября 1995 г.</p> <p>Зарегистрирована в Министерстве печати и массовой информации РК.</p> <p>Свидетельство №2424-Г от 31 октября 2001 г.</p> <p>Выходит 2 раза в месяц.</p> <p>Территория распространения: Казахстан Распространяется по подписке среди фармацевтов и врачей</p>
Гунько Наталья	Локшин Вячеслав											
Датхаев Убайдулла	Пичхадзе Гурам											
Каманова Мария	Степкина Елена											
Садыкова Айжан	Сыбанкулова Зурият											
Кузденбаева Раиса	Дурманова Марина											
<p>АДРЕС РЕДАКЦИИ: 050042, г. Алматы, БЦ «Навои Тауэрс», 6 этаж, ул. Жандосова, 98, офис 603 тел.: +7 (727) 385-85-69 www.pharmnews.kz e-mail: vestnik@pharmnews.kz</p> <p> ПОДПИСНОЙ ИНДЕКС ПО КАТАЛОГУ АО «КАЗПОЧТА» 65949</p> <p>АНАЛИТИЧЕСКАЯ ПОДДЕРЖКА</p> <p> +7 (727) 385-85-69 viortis.kz</p>												

РЕДАКЦИЯ НЕ ВСЕГДА РАЗДЕЛЯЕТ МНЕНИЕ АВТОРОВ. ОТВЕТСТВЕННОСТЬ ЗА СОДЕРЖАНИЕ РЕКЛАМЫ НЕСУТ РЕКЛАМОДАТЕЛИ. РЕКЛАМОДАТЕЛИ ПРЕДУПРЕЖДЕНЫ ОБ ОТВЕТСТВЕННОСТИ ЗА РЕКЛАМУ НЕЗАРЕГИСТРИРОВАННЫХ, НЕ РАЗРЕШЕННЫХ К ПРИМЕНЕНИЮ МЗ РК ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ И ИЗДЕЛИЙ МЕДИЦИНСКОГО НАЗНАЧЕНИЯ. ПРИ ПЕРЕПЕЧАТКЕ МАТЕРИАЛОВ ССЫЛКА НА ГАЗЕТУ «КФВ» ОБЯЗАТЕЛЬНА.

26-я Международная специализированная выставка

аптека



2019



2-5

ДЕКАБРЯ

Москва
ЦВК «Экспоцентр»
павильон №7

МЕЖДУНАРОДНЫЙ ДЕЛОВОЙ МЕДИКО-ФАРМАЦЕВТИЧЕСКИЙ ФОРУМ



Международный форум-выставка

Традиционные медицинские системы мира

Организатор:

ЕВРОЭКСПО



16+

РЕКЛАМА

www.aptekaexpo.ru