

СІМБРИНЗА®

ВІДКРИЙТЕ БІЛЬШЕ МОЖЛИВОСТЕЙ ДЛЯ ТЕРАПІЇ ГЛАУКОМИ



► **СІМБРИНЗА® знижує ВОТ на 10 мм рт. ст. або 37 % від вихідного рівня¹**

► **СІМБРИНЗА® — фіксована комбінація, без бета-блокатора**

СІМБРИНЗА®
10 мг/мл + 2 мг/мл
краплі очні
(бринзоламід/бримонідину тартрат)

ОДИН ФЛАКОН, БАГАТО МОЖЛИВОСТЕЙ

Препарат Симбринза №UA/15669/01/01 от 22.12.2016. Перед назначением препарата обязательно ознакомьтесь с полной инструкцией к применению.

СІМБРИНЗА. Важливо: перед призначення лікарського засобу слід ознайомитись із Інструкцією для медичного застосування лікарського засобу. **Склад:** діючі речовини: 1 мл суспензії містить бринзоламід 10 мг та бримонідину тартрату 2 мг; **Лікарська форма.** Краплі очні. **Фармакотерапевтична група.** Засоби, що застосовуються в офтальмології. Антиглаукомні препарати та міотичні засоби. Інгібітори карбоангідрази. Код АТХ S01E C54. **Показання.** Зниження підвищеного внутрішньоочного тиску (ВОТ) у дорослих пацієнтів з відкритокутовою глаукомою або очною гіпертензією, у яких монотерапія не призвела до достатнього зниження внутрішньоочного тиску. **Дози. Застосування дорослим, включаючи пацієнтів літнього віку.** Рекомендована доза становить одну краплю препарату Симбринза® в уражене око (очі) 2 рази на добу. **Протипоказання.** Підвищена чутливість до діючих речовин або до будь-якого з компонентів препарату. Застосування інгібіторів моноаміноксидази (МАО). Застосування антидепресантів, що впливають на норадренергічну передачу (наприклад, трициклічних антидепресантів та міансерину). Порушення функцій нирок тяжкого ступеня. Гіперхлоремічний ацидоз. Новонароджені та немовлята віком до 2 років. **Особливості застосування.** Цей лікарський засіб не призначений для парентерального введення. Пацієнтів слід попередити, що препарат Симбринза® не можна застосовувати внутрішньо. **Застосування окремим групам пацієнтів.** Досліджень з метою визначення дії препарату Симбринза® залежно від віку, раси, а також при порушенні функцій нирок та печінки не проводилось. **Застосування дітям.** Фармакокінетичні властивості системного характеру бринзоламід та бримонідину при застосуванні дітям окремо або у комбінації не досліджувалися. **Взаємодія з іншими лікарськими засобами та інші види взаємодій.** Спеціальних досліджень взаємодії препарату Симбринза® з іншими лікарськими засобами не проводили. **Застосування у період вагітності або годування груддю. Вагітність.** Дані щодо застосування препарату Симбринза® вагітним жінкам відсутні або їх кількість обмежена. При системному застосуванні було виявлено тератогенний вплив бринзоламід на щурів, але у кролів подібного впливу не спостерігалось. Результати дослідження перорального застосування бримонідину у тварин не виявили прямого шкідливого впливу на репродуктивну функцію. Дослідження на тваринах продемонстрували, що бримонідин проникає крізь плаценту та потрапляє у кровообіг плода в обмеженій кількості. Тому препарат не рекомендується призначати у період вагітності та жінкам репродуктивного віку, які не застосовують контрацептивні засоби. **Годування груддю.** Невідомо, чи виділяється препарат Симбринза® у грудне молоко при місцевому застосуванні. Наявні дані щодо фармакодинамічних властивостей та результати токсикологічних досліджень у тварин вказують на проникнення мінімальної кількості бринзоламід у грудне молоко після перорального застосування. Бримонідин при пероральному застосуванні проникає у грудне молоко. Препарат Симбринза® не рекомендується застосовувати жінкам у період годування груддю. **Репродуктивна функція.** Будь-якого впливу бринзоламід або бримонідину на репродуктивну функцію під час доклінічних досліджень не виявлено. Дані щодо впливу препарату Симбринза® на репродуктивну функцію людини при його місцевому застосуванні відсутні. **Побічні реакції.** Під час клінічних досліджень препарату Симбринза® при застосуванні двічі на день найбільш частими побічними реакціями були гіперемія ока та реакції алергічного типу з боку органів зору, які виникали приблизно у 6–7% пацієнтів, та дизгевзія (гіркий або незвичний присмак у роті після закапування препарату), яка спостерігалась у 3% пацієнтів. **Упаковка.** По 5 мл у флаконах-крапельницях «Дроп-Тейнер®». По 1 або 3 флакони у картонній коробці. **Категорія відпуску.** За рецептом.

Информация для специалистов сферы здравоохранения. Эта информация подлежит передаче лично зарегистрированным/идентифицированным специалистам сферы охраны здоровья в рамках специализированных семинаров, конгрессов/или симпозиумов по медицинской тематике. Распространение данной информации какими-либо способами, которые дают доступ к ней к неопределенному кругу лиц, запрещено.

Новартис Фарма Сервисез АГ, Представительство в Украине. Украина, 61001, г. Киев, пр. С.Бандеры, 28а. Тел. +380 44 3893930. Факс +380 44 3893933.

ID code 818608 /SIM/A4/10/17/33 000

1. Gandolfi SA, et al. Randomized trial of brinzolamide/brimonidine versus brinzolamide plus brimonidine for open-angle glaucoma or ocular hypertension. Adv Ther. 2014;21(12):1213-1277.

Применение бринзоламида и бримонидина в лечении больных с глаукомой и повышенным внутриглазным давлением

25-26 мая в Одессе состоялась научно-практическая конференция с международным участием «Филатовские чтения 2017». В рамках научного симпозиума «Патология роговицы. Кератопластика» были представлены доклады, характеризующие современное лечение глаукомы с помощью комбинации бринзоламида и бримонидина (глазные капли Симбринза® компании «Новартис»).



В частности, обоснованию применения бринзоламида и бримонидина в комплексном лечении больных глаукомой было посвящено выступление **доктора медицинских наук, профессора С.К. Дмитриева** (г. Одесса).

— В наше время глаукома является второй по распространенности причиной слепоты во всем мире (Resnikoff S. et al., 2004). Согласно статистическим данным, около 7

из 67 млн всех случаев слепоты обусловлено именно глаукомой (Quigley H., 1996). Только в США на лечение первичной открытоугольной глаукомы (ПОУГ) ежегодно расходуется около 2,86 млрд долларов (Rein D. et al., 2006). По прогнозам, до 2020 г. количество больных с глаукомой в мире возрастет до 80 млн, из которых 11 млн ослепнут в связи с глаукомным поражением. Ситуация осложняется также тем, что около половины лиц с глаукомой не знают о своей патологии, а следовательно, не обращаются к врачу и не начинают лечение своевременно (Квигли Х., Броман А.Т., 2006).

ПОУГ — хроническое прогрессирующее заболевание, поражающее зрительный нерв и отличающееся развитием специфической оптической нейропатии и характерных изменений полей зрения. В некоторых случаях ПОУГ сопровождается периодическим или стойким повышением внутриглазного давления (ВГД). ПОУГ является наиболее частой формой глаукомы среди жителей Украины. По данным 2009 г., распространенность глаукомы в Украине среди лиц >15 лет составляет 443,5 на 100 тыс. населения, из которых на диспансерном учете состоят 396,9 на 100 тыс. Глаукома занимает 2-е место в структуре причин первичной инвалидности в связи с офтальмопатологией (ее доля — 16% всех случаев).

Процесс развития ПОУГ является односторонним и имеет отрицательный вектор прогрессирования (Куликова Н.К. и соавт., 2012). Согласно данным литературы, средняя продолжительность заболевания от начальной стадии до полного развития составляет около 7 лет. В условиях декомпенсированного процесса глаукоматозная экскавация диска зрительного нерва развивается в течение 1-2 лет, субкомпенсированного — 3-8 лет, а при компенсированном течении заболевания это осложнение может возникнуть через 4-24 года (Шевалева Л.Н., Леонова А.Г., 1968).

Согласно приказам МЗ Украины (от 15.03.2007 г. № 117, характеризующего принципы диагностики и лечения глаукомы, и от 24.11.2011 г. № 816, в котором указаны алгоритмы профилактики, диагностики, лечения и наблюдения пациента с глаукомой на первичном (семейные врачи) и вторичном (офтальмологи) звене медицинской помощи), диагностика глаукомы в учреждениях, обеспечивающих первичную медицинскую помощь, предусматривает сбор жалоб и анамнеза (генетическая склонность, травмы зрительного анализатора, воспалительные процессы и сосудистые катастрофы глаза, прием препаратов, способных повышать ВГД), а также проверку остроты зрения; желательное определение ВГД (тонометрия).

Список диагностических методов для учреждений вторичного звена медицинской помощи является более широким и включает рефрактометрию, биомикроскопию, в т. ч. ультразвуковую, офтальмоскопию, осмотр зрительного нерва, суточную тонометрию, тонографию, периметрию, гониоскопию, кератопахиметрию, ультразвуковую биометрию, при необходимости — оптическую когерентную томографию; ультразвуковую доплерографию сосудов головы, шеи, глазного яблока.

Наиболее эффективным лечением ПОУГ является хирургическое вмешательство, обеспечивающее стабильное (т. е. без выраженных суточных колебаний) ВГД (Курышева Н.И., 2004). Поскольку основное сопротивление оттоку внутриглазной жидкости (ВГЖ) наблюдается со стороны внутренней стенки шлеммова канала, с 1968 г. золотым стандартом фильтрационной хирургии глаукомы выступает трабекулэктомия — иссечение небольшого участка его стенки (Ethier C.R., 2002; Johnson M., 2006).

Что касается медикаментозного лечения ПОУГ, оно предусматривает моно- или комбинированную терапию, в первую

очередь направленную на достижение толерантного уровня ВГД. Показано, что снижение показателей ВГД на 1 мм рт. ст. сопровождается снижением риска прогрессирования глаукомы на 10% (Курышева Н.И., 2004). Так называемое давление цели определяется эмпирически, с учетом всех факторов риска, имеющихся у конкретного больного. Целевое давление, как и толерантное, не должно оказывать повреждающее действие на глазное яблоко. В среднем давление цели предусматривает снижение исходных показателей на 20-30%.

Противоглаукомные фармакопрепараты прошли эволюцию от холиномиметиков (пилокарпин) до аналогов простагландинов (травопрост, латанопрост, биматопрост, тафлупрост), β-блокаторов (тимолол, бетаксолол), ингибиторов карбоангидразы (ИКА; бринзоламид, дорзоламид, ацетазоламид, дихлорфенамид, метазоламид) и адреномиметиков (бримонидин). Современные противоглаукомные средства должны выполнять две основные функции: снижать ВГД и улучшать кровоток в сосудах сетчатки и зрительного нерва.

Гипотензивными средствами первого выбора являются синтетические аналоги простагландина F_{2α} (травопрост, латанопрост) и β-блокатор тимолол. Первые снижают ВГД путем усиления оттока ВГЖ по увеосклеральному пути, однако их применение ограничивается длинным перечнем побочных действий, среди которых гиперемия слизистой оболочки глазного яблока, обострение увеитов, гиперпигментация радужной оболочки, отек макулы, усиленный рост ресниц. Что касается тимолола, его инстилляцией способны привести к нежелательной вазоконстрикции как в переднем, так и в заднем отрезке глаза.

Гипотензивные средства второй линии представлены пилокарпином, бетаксололом, бринзоламидом, дорзоламидом, клонидином, проксодололом.

Бринзоламид — представитель группы ИКА. Карбоангидраза (КА) — это цинксодержащий металлофермент, который катализирует превращение углекислого газа и воды в ионы гидрокарбоната, участвующие в транспорте ВГЖ. Блокада КА ведет к замедлению поступления натрия и, соответственно, воды в переднюю камеру глаза.

В свою очередь, бримонидин является высокоселективным α₂-адреномиметиком. α₂-Агонисты через активацию рецептора G-белка ингибируют активность аденилатциклазы. Это снижает концентрацию циклического аденозинмонофосфата и, следовательно, секрецию ВГЖ цилиарным телом. Максимальное снижение ВГД при применении бримонидина достигается через 2 ч, длительность действия препарата составляет 12 ч. Гипотензивный эффект бримонидина реализуется за счет двойного механизма действия и обеспечивается не только посредством снижения образования ВГЖ, но и путем повышения ее оттока по увеосклеральному пути.

Фиксированная комбинация бринзоламида и бримонидина (глазные капли Симбринза® компании «Новартис») усиливает глазное кровообращение и обеспечивает нейропротекцию. Кроме того, эта комбинация снижает уровень ВГД приблизительно на 37% от исходного уровня (т. е. примерно на 10 мм рт. ст.) на фоне отсутствия побочных эффектов, свойственных β-блокаторам и аналогам простагландинов.

Согласно Европейскому руководству по лечению глаукомы (2014), при отсутствии достижения целевого ВГД следует назначать фиксированные комбинации, являющиеся более предпочтительными, чем свободные. Таким образом, современным подходом к медикаментозной терапии глаукомы является применение оригинальной фиксированной комбинации бринзоламид/бримонидин.



Доклад доктора медицинских наук, профессора П.А. Бездетко (г. Харьков) также фокусировался на современной фармакотерапии глаукомы, ее акцентах и перспективах.

— В настоящее время около 10-15% пациентов с глаукомой даже в условиях адекватного лечения обречены на слепоту. В серии недавних крупных многоцентровых

рандомизированных клинических исследований была получена информация о том, что достижение целевого ВГД не является синонимом стабилизации течения глаукомы.

Наряду с повышением ВГД пусковым звеном патогенеза глаукомной оптической нейропатии служит ишемия, а именно постепенное нарастание сосудистой недостаточности диска зрительного нерва (Hayreh S.S., 2001).

Возможности выбора лекарственных средств для стартовой фармакотерапии повышенного ВГД очень широки, однако различные противоглаукомные гипотензивные препараты существенно отличаются по действию на гидро- и гемодинамику глаукомных глаз. В настоящее время их классифицируют на препараты первого выбора и средства второй линии.

Препараты первого ряда, влияющие на уровень ВГД, можно разделить на две группы: вещества, уменьшающие выработку ВГЖ (симпатомиметики, β-блокаторы, ИКА), и средства, стимулирующие увеосклеральный отток (синтетические простагландины, α-агонисты). Однако сохранения зрительной функции не гарантирует ни огромный арсенал современных гипотензивных препаратов, ни успешное проведение новейших микроинвазивных хирургических операций, особенно если они выполняются на продвинутых стадиях заболевания.

Глаукома — наиболее распространенная оптическая нейропатия, характеризующаяся патологической дегенерацией ганглионарных клеток сетчатки и структурными повреждениями диска зрительного нерва. Согласно современным научным взглядам, идеальный фармакопрепарат для лечения глаукомы должен сочетать в себе мощный гипотензивный эффект, нейропротекторное влияние и способность улучшать гемодинамику зрительного нерва.

Бринзоламид — высокоспецифичный неконкурентный ингибитор карбоангидразы II (КА II), основного изофермента в отростках цилиарного тела, который регулирует образование ВГЖ в задней камере глаза. Селективное угнетение КА II бринзоламидом блокирует образование бикарбоната, что ведет к уменьшению транспорта натрия через ресничные эпителии и подавлению продукции ВГЖ.

Важно, что ИКА характеризуются благоприятным воздействием на перфузию глаза. Применение препаратов этой группы сопровождается развитием метаболического ацидоза с последующей вторичной вазодилатацией и улучшением кровотока (Weiser J.S. et al., 2007). В крупном метаанализе было установлено, что ИКА эффективно усиливают глазное кровообращение (Tielsch J.M. et al., 2002). Согласно более позднему метаанализу B. Siesky и соавт. (2009), в 76% проанализированных публикаций было отмечено улучшение глазного кровотока под влиянием местных средств этой группы.

Предложенный в 1996 г. бримонидина тартрат 0,2% в настоящее время применяется для снижения ВГД у пациентов с офтальмогипертензией и глаукомой. Бримонидин является α₂-агонистом, ингибирующим аденилатциклазу, что сопровождается подавлением цАМФ-зависимого образования водянистой влаги. Инстилляцией бримонидина активно снижают ВГД, достигая пика гипотензивного действия через 2 ч. Снижение ВГД под действием бримонидина происходит за счет двойного механизма: уменьшения продукции водянистой влаги цилиарным телом в сочетании с усилением увеосклерального оттока. Переносимость препарата обычно хорошая, в единичных случаях отмечаются гиперемия конъюнктивы, ощущение жжения в глазу, сухость ротовой полости, сонливость. Бримонидин в концентрациях 0,15% и 0,2% одинаково результативно снижает ВГД, при этом различий в частоте и интенсивности побочных эффектов не наблюдается. Важно, что бримонидин можно также отнести к препаратам прямого нейропротекторного действия за счет способности повышать уровень BDNF (нейротрофического фактора мозга) и антагонистического влияния на NMDA-рецепторы. В основе защиты бримонидином ганглионарных клеток сетчатки лежит несколько основных механизмов: торможение высвобождения глутамата и сокращение его содержания в стекловидном теле, модуляция вышеупомянутых NMDA-рецепторов с последующим уменьшением потока ионов кальция и натрия внутрь ганглионарных клеток, а также не прямое влияние на другие клетки сетчатки (Donello J.E. et al., 2001). В свою очередь, повышение уровня BDNF под действием бримонидина ведет к активации химических медиаторов и сигнальных путей, задействованных в регуляции клеточного роста, пролиферации и выживания.

Следует более детально остановиться на механизме глутаматзависимой нейропротекции. На мембране нейронов

Продолжение на стр. 22.

Применение бринзоламида и бримонидина в лечении больных с глаукомой и повышенным внутриглазным давлением

Продолжение. Начало на стр. 21.

сетчатки, включая биполярные и ганглионарные клетки, присутствуют α_2 -адренорецепторы, регулирующие выброс нейромедиаторов (в первую очередь глутамата). Активация этих рецепторов бримонидином сопровождается как пресинаптическим торможением высвобождения глутамата, так и постсинаптическим подавлением активности NMDA-рецепторов. В экспериментальной модели глаукомы у крыс бримонидин показал выраженное нейропротекторное действие (Dong C.J. et al., 2008).

Современные рекомендации указывают, что для достижения более выраженного гипотензивного эффекта, чем результат монотерапии, возможны два пути: применение 2-3 препаратов или использование фиксированной комбинации противоглаукомных средств. Второй вариант является более предпочтительным, поскольку, во-первых, при использовании фиксированных комбинаций требуется меньшее количество инстилляций препарата, чем в условиях применения нескольких средств; во-вторых, более удобный режим использования сопровождается более высокой степенью соблюдения врачебных рекомендаций (комплаенса); в-третьих, комбинированные формы, как правило, обладают большей гипотензивной активностью. В связи с этим для повышения эффективности медикаментозного лечения глаукомы и улучшения качества жизни больных был разработан ряд комбинированных препаратов, содержащих вещества, обладающие различным механизмом гипотензивного действия, при совместном назначении которых наблюдается аддитивный эффект.

В большинство противоглаукомных комбинированных средств входят β -блокаторы в сочетании с другими веществами, снижающими ВГД (пилокарпин, селективные α -агонисты, синтетические простагландины, ИКА). Однако представители класса β -блокаторов противопоказаны при некоторых сердечно-сосудистых заболеваниях и бронхиальной

астме, а также приводят к вазоконстрикции, в т. ч. сосудов диска зрительного нерва.

В апреле 2013 г. компания Alcon начала выпуск фиксированной комбинации бринзоламида и бримонидина, не содержащей β -блокатор. Это одобренное FDA сочетание обеспечивает устойчивое снижение ВГД до 37% (прежде всего путем подавления образования ВГЖ цилиарным телом глаза). Механизмы действия бринзоламида и бримонидина различны: как уже упоминалось, первый угнетает КА цилиарного тела, снижая выработку камерной влаги, а второй — ингибирует аденилатциклазу, также уменьшая продукцию ВГЖ и стимулируя увеосклеральный отток.

Эффективность комбинации бринзоламид/бримонидин (глазные капли Симбринза® компании «Новартис») изучалась в целом ряде рандомизированных исследований. Так, в работе T. Aung и соавт. (2014) было продемонстрировано убедительное преимущество этого сочетания перед монотерапией одним из действующих веществ. Более того, S.A. Gandolfi и соавт. (2014) показали, что фиксированное комбинированное средство бринзоламид/бримонидин обеспечивало столь же хороший результат и также хорошо переносилось, как и сочетанная терапия этими же активными компонентами, снижая при этом лекарственную нагрузку. V. Kozobolis и соавт. (2016), сравнивавшие бринзоламид/бримонидин с дорзоламидом/тимололом, указывают на то, что первая комбинация может использоваться как эффективная и безопасная альтернатива схемам с β -блокаторами, особенно у пациентов с сопутствующей патологией.

Во время клинических исследований комбинации бринзоламид/бримонидин (глазные капли Симбринза® компании «Новартис») при применении 2 р/день наиболее частыми побочными реакциями были гиперемия глаза и реакции аллергического типа со стороны органа зрения, которые возникали примерно у 6-7% пациентов, а также дисгевзия — горький или необычный привкус во рту после инстилляций препарата (3% больных). В целом профиль безопасности

комбинированного средства был подобен таковым его отдельных компонентов.

Таким образом, сочетание бринзоламид/бримонидин снижает ВГД на 10 мм рт. ст. (или 37% стартового уровня), являясь единственной фиксированной комбинацией без β -блокатора (Gandolfi S.A. et al., 2014; Proxima Research, 2017). На фиксированную комбинацию бринзоламид/бримонидин следует переводить тех пациентов, состояние которых не контролируется с помощью аналогов простагландинов (латанопрост), монотерапии (бринзоламид, дорзоламид, бримонидин) или сочетанного использования бринзоламида и бримонидина.

Согласно высказыванию главы подразделения неврологии и офтальмологии аналитической компании GlobalData Катерины Дали, после 2016 г. наблюдается стремительное развитие рынка противоглаукомных препаратов, связанное с выходом в продажу новых лекарственных средств. Одним из таких инновационных средств является препарат Симбринза® компании «Новартис».

СПРАВКА «ЗУ»

Препарат Симбринза®, который производится компанией «Новартис», является комбинированным противоглаукомным средством, не включающим β -блокатор. 1 мл суспензии Симбринза® (глазные капли) содержит 10 мг бринзоламида и 2 мг бримонидина тартрата. Эти два компонента изучены в большом количестве клинических исследований. Различные механизмы их действия обеспечивают мультифакторное влияние на развитие глаукомы, снижая ВГД как путем уменьшения выработки ВГЖ, так и путем усиления ее оттока. Согласно инструкции по применению препарата, среднее снижение ВГД после курса Симбринзы достигало 37% (по данным контролируемого 6-месячного клинического исследования, n=890).

Важно отметить, что применение фиксированных комбинаций характеризуется значительно более высокими показателями приверженности к лечению, чем использование монотерапии, что дополнительно обуславливает целесообразность назначения Симбринзы. Препарат показан для снижения повышенного ВГД у взрослых пациентов с открытоугольной глаукомой или офтальмогипертензией, у которых монотерапия не обеспечила достаточного снижения ВГД.

Подготовила **Лариса Стрильчук**



Громадська організація
"Всеукраїнське
об'єднання захисту
медичних працівників"

Громадська організація «Всеукраїнське об'єднання захисту медичних працівників»

На запитання читачів відповідає юрист громадської організації «Всеукраїнське об'єднання захисту медичних працівників» (ГО «ВОЗМП»).

Чи має право особа, яка закінчила медичне училище за спеціальністю «Сестринська справа», 4 роки обіймала посаду медичної сестри, потім перекваліфікувалася (курси спеціалізації та вдосконалення, 1-ша категорія) на статистика медичного (стаж 5 років), працювати медичною сестрою? За яких умов це можливо?

Відповідно до статті 74 Основ законодавства України про охорону здоров'я (далі — Основи) медичною і фармацевтичною діяльністю можуть займатися особи, які мають профільну спеціальну освіту і відповідають єдиним кваліфікаційним вимогам.

Наказом Міністерства охорони здоров'я України від 25.12.1992 № 195 затверджено перелік вищих і середніх спеціальних навчальних закладів, підготовка й отримання кваліфікації в яких дають право займатися медичною і фармацевтичною діяльністю. Так, особи, які набули спеціальність «Сестринська справа» в середньому спеціальному медичному навчальному закладі, мають право обіймати посаду медичної сестри всіх найменувань в установах охорони здоров'я.

Відповідно до довідника кваліфікаційних характеристик професій працівників, затвердженого та впровадженого в дію наказом Міністерства охорони здоров'я України (МОЗ) від 29.03.2002 № 117, встановлені мінімальні кваліфікаційні вимоги до медичної сестри, зокрема, і щодо освіти, проте останньою ці вимоги не вичерпуються.

У медичної сестри має бути неповна вища (молодший спеціаліст) або базова вища (бакалавр) освіта за напрямом підготовки «Медицина», спеціальністю «Сестринська справа», «Лікувальна справа» або «Акушерська справа».

Зверніть увагу на такий момент. Відповідно до статті 201 Кодексу законів про працю України забезпечується професійне навчання та підвищення кваліфікації працівників. Відповідно до статті 78 Основ медичні і фармацевтичні працівники зобов'язані постійно підвищувати рівень професійних знань і майстерності. Аналогічна норма міститься

і в Законі України «Про професійний розвиток працівників» від 12.01.2012 № 4312-VI, який визначає обов'язок роботодавця забезпечити професійний розвиток працівників не рідше одного разу на 5 років.

Положення про атестацію молодших спеціалістів з медичною освітою (далі — Положення) затверджене наказом МОЗ України від 23.11.2007 № 742, зареєстрованим у Міністерстві юстиції України 12.12.2007 за № 1368/14635. Цим Положенням передбачається право середнього медичного персоналу проходити атестацію для отримання (підтвердження) кваліфікаційної категорії. Згідно із зазначеним Положенням право на атестацію мають молодші спеціалісти з медичною освітою всіх спеціальностей, які отримали освітньо-кваліфікаційний рівень «молодший спеціаліст» або «бакалавр» у вищих навчальних закладах I-IV рівня акредитації.

Підлягають атестації особи, які:

- мають стаж роботи за спеціальністю, за якою атестуються, не менше 5 років;
- закінчили протягом останніх 5 років у закладі (підрозділі) післядипломної освіти курси підвищення кваліфікації молодших спеціалістів з медичною освітою;
- виявили бажання атестуватися на присвоєння (підтвердження) кваліфікаційної категорії.

До стажу роботи для проходження атестації зараховується виключно період роботи на посадах фельдшерів та акушерок усіх найменувань, сестер медичних операційних та сестер медичних — анестезистів усіх типів медичних закладів.

Враховуючи вищевикладене, чинними нормативно-правовими актами не визначені підстави, що забороняли б особам, які мають освіту за спеціальністю «Сестринська справа», працювати на посаді медичної сестри, проте у випадку виявлення бажання атестуватися для присвоєння кваліфікаційної категорії стаж на посаді статистика медичного не зараховуватиметься.

Чи може лікар-стоматолог працювати рентгенолаборантом? Які документи для цього потрібні?

На жаль, із запитання не зрозуміло, про діяльність в установах охорони здоров'я якого профілю йдеться, тож по суті можна зазначити таке.

Стаття 74 Основ визначає, що медичною і фармацевтичною діяльністю можуть займатися особи, які мають відповідну спеціальну освіту і відповідають єдиним кваліфікаційним вимогам. Згідно з довідником кваліфікаційних характеристик професій працівників, затвердженим та впровадженим у дію наказом МОЗ від 29.03.2002 № 117 (випуск 78. Охорона здоров'я), встановлені кваліфікаційні вимоги до рентгенолаборанта, зокрема, і щодо освіти, проте останньою ці вимоги не вичерпуються.

Рентгенолаборант повинен мати неповну вищу (молодший спеціаліст) або базову вищу (бакалавр) освіту за напрямом підготовки «Медицина», спеціальністю «Лабораторна діагностика», спеціалізацію за фахом «Рентгенологія». Для вищої, I, II кваліфікаційних категорій фахівця має також проходити підвищення кваліфікації (курси вдосконалення тощо).

Наказом МОЗ України від 25.12.1992 № 195 затверджено перелік вищих і середніх спеціальних навчальних закладів, підготовка й отримання кваліфікації в яких дають право займатися медичною і фармацевтичною діяльністю. Відповідно до пункту 3 розділу I Переліку лікар-стоматолог має право обіймати такі посади в установах охорони здоров'я:

- посади лікаря-стоматолога всіх найменувань, у тому числі лікаря — керівника установи охорони здоров'я, крім санітарно-епідеміологічних установ;
- лікаря — анестезіолога-реаніматолога і лікаря-фізіотерапевта установи або підрозділу стоматологічного профілю;
- лікаря-статистика, в тому числі лікаря — керівника підрозділу обліку і медичної статистики;
- лікаря-рентгенолога установ стоматологічного профілю;
- лікарські посади всіх найменувань у лабораторії, в тому числі лікаря-керівника.

Таким чином, лікар-стоматолог має право працювати лікарем-рентгенологом виключно в установах стоматологічного профілю за умови проходження спеціалізації за фахом «Рентгенологія» й отримання сертифіката лікаря-спеціаліста.

Підготувала **Олександра Меркулова**

