

тоту субклинической и латентно протекающей инфекции, женщинам группы риска следует производить типирование вируса папилломы человека с применением полимеразной цепной реакции.

Литература

1. Адашкевич В.П. Инфекции, передаваемые половым путем. – Н. Новгород - НГМА – 1999. – С. 219.
2. Кожные и венерические болезни. Руководство для врачей / Под редакцией Ю.К. Скрипкина М 1995. – С. 309.
3. Козлова В.И., Пухнер А.Ф. Вирусные, хламидийные и микоплазменные заболевания гениталий. Руководство для врачей. М 1997. – С. 268.
4. Мазуренко Н.Н. Роль вирусов папиллом в канцерогенезе шейки матки // Актуальные вопросы клинической онкологии. Том 05/№ 1/2003.
5. Минкина Г.Н., Манухин И.Б., Франк Г.А. Предрак шейки матки. – М. Аэрограф-Медиа – 2001. – С. 76 – 79.
6. Bodner K, Bodner-Adler B, Wierrani F, et al. Is therapeutic conization sufficient to eliminate a high-risk HPV infection of the uterine cervix? A clinicopathological analysis. // *Anticancer Res* 2002 Nov-Dec; 22(6B): 3733-6.

Ю.А. Пищенко

Витебский государственный ордена дружбы народов медицинский университет, г. Витебск.

Оценка использования лекарственных средств в акушерстве

В статье обсуждается проблема использования лекарственных средств во время беременности, обоснованность их использования и некоторые фармакоэкономические аспекты терапии беременных. Исследования центров по контролю заболеваемости показали, что 80 - 90% обследованных беременных женщин использовали лекарственные средства (ЛС), относящиеся к 48 классам и приобретенные как по предписанию врача, так и без рецепта. Перед врачом, назначающим ЛС беременной, всегда существует выбор: с одной стороны, ЛС само по себе может оказать нежелательное действие на организм матери или плода. С другой — несвоевременно скорректированная патология или неадекватная лекарственная терапия матери может привести к более печальным последствиям.

Реакция эмбриона и плода на действие фармакологических препаратов определяется следующими основными моментами: 1) сроком гестации; 2) скоростью и степенью трансплацентарного перехода лекарственного препарата; 3) стадией внутриутробного развития в момент лечения; 4) химической структурой, общей токсичностью и тератогенными свойствами применяемого препарата; 5) особенностями ме-

таболизма фармакологического агента в организме матери, плода и в плаценте.

В работе обсуждаются периоды риска использования лекарственных средств у беременных.

Исследования центров по контролю заболеваемости показали, что 80 - 90% обследованных беременных женщин использовали лекарственные средства (ЛС), относящиеся к 48 классам и приобретенные как по предписанию врача, так и без рецепта [1, 9]. Перед врачом, назначающим ЛС беременной, всегда существует выбор: с одной стороны, ЛС само по себе может оказать нежелательное действие на организм матери или плода. С другой — несвоевременно скорректированная патология или неадекватная лекарственная терапия матери может привести к более печальным последствиям.

Реакция эмбриона и плода на действие фармакологических препаратов определяется следующими основными моментами: 1) сроком гестации; 2) скоростью и степенью трансплацентарного перехода лекарственного препарата; 3) стадией внутриутробного развития в момент лечения; 4) химической структурой, общей токсичностью и тератогенными свойствами применяемого препарата; 5) особенно-

стями метаболизма фармакологического агента в организме матери, плода и в плаценте [9].

Периоды риска: 1. ЛС могут влиять на сперматогенез и овогенез, вызывая гаметопапию.

2. Критические периоды эмбриогенеза (от зачатия до 13 недель), наиболее существенный признак которых - высокая чувствительность клеток зародыша к действию окружающей среды, в том числе и к действию лекарственных средств.

3. Период фетогенеза (с 14 недель до конца беременности) - развиваются основные органы плода. Лекарства приводят к повреждению их функций, не вызывая уродств.

4. В перинатальном периоде лекарства также могут неблагоприятно влиять на плод.

5. Период грудного вскармливания [20].

Необходимо различать 2 вида воздействий ЛС:

Непосредственные воздействия и побочные эффекты, оказывающие влияние на организм плода.

Косвенные воздействия на плод главным образом посредством изменений в материнско – плацентарном взаимодействии.

Решающая роль в ответной реакции организма плода на фармакологическое воздействие отводится стадии внутриутробного развития и типу ЛС [9]:

Эмбриолетальный эффект.

Тератогенный эффект (возникают аномалии развития плода - анатомические пороки развития, поздние нарушения поведенческих реакций, метаболических процессов и общего развития ребенка). Полагают, что в 2 – 7% врожденные пороки могут быть связаны с влиянием лекарств, принимаемых беременными [6, 16, 20]

Эмбрио- и фетотоксический эффекты (морфофункциональные нарушения отдельных клеточных систем эмбриона и плода).

Нарушение роста.

Нарушение адаптационной способности [16].

Категории лекарств. Лекарственные вещества могут быть разделены на три группы:

1. ЛС, не проникающие через плаценту, и поэтому не причиняющие непосредственного вреда плоду;

2. ЛС, проникающие через плаценту, но не оказывающие вредного воздействия на плод;

3. ЛС, проникающие через плаценту и накапливающиеся в тканях плода, при этом существует опасность повреждения плода.

Эффективность проникновения препаратов через плаценту зависит от размера лекарственных частиц, от растворимости в липидах,

степени ионизации и связывания с белком, а также от толщины плацентарной мембраны и скорости кровотока в плаценте. В целом при увеличении срока беременности прохождение лекарств через плаценту в кровоток плода и амниотическую жидкость увеличивается [6].

Таким образом, определяющими возможностью использования ЛС в акушерстве являются безопасность для матери, для течения беременности, для плода, безопасность отдаленных эффектов (состояние органов и систем; физическое и психическое развитие ребенка; влияние на будущее потомство). Поэтому проведение рациональной фармакотерапии необходимо как для здоровья беременной, так и для состояния плода и здоровья будущего ребенка [8, 18].

Согласно определению международных экспертов, "рациональное использование лекарств требует, чтобы больные получали медикаменты, соответствующие их клиническим нуждам, в дозах, отвечающих их индивидуальным потребностям, на протяжении адекватного промежутка времени и по наименьшей стоимости для них и для общества" (ВОЗ 1985 г.) [8]. Рациональные принципы применения лекарств у беременных основаны на учете: 1) особенностей метаболизма медикаментов в организме беременной; 2) трансплацентарного перехода фармакологических антигенов и их метаболизма в плаценте; 3) эмбриотоксического и тератогенного действия и особенностей фармакокинетики в организме плода; 4) диффузии лекарственных веществ в околоплодные воды [9].

Нерациональное использование лекарств не только оказывает неблагоприятное воздействие на организм матери и плода, но и приводит к значительным затратам, особенно в условиях ограниченного бюджета здравоохранения, так как ЛС составляют одну из наиболее затратных его статей. При этом закупаются порой мало- и неэффективные, устаревшие ЛС, производятся закупки дорогостоящих лекарств при наличии на рынке более дешевых генерических замен. Кроме того, в стационарах и амбулаторно-поликлинических учреждениях ЛС назначаются необоснованно, зачастую назначения врачей базируются на исторически сложившихся традициях, личных алгоритмах и устаревших сведениях, используется неточная и устаревшая информация, данные, носящие рекламный характер. Большим пробелом в образовании практических врачей является недоста-

точная подготовка по клинической фармакологии [4].

Для повышения эффективности затрат на медикаменты внедряются новые технологии лекарственного обеспечения: рационализация отбора лекарственных препаратов, научно обоснованный подход к выбору ЛС при централизованных закупках, введение формулярной системы и системы оценки использования ЛС.

Общие ошибки в фармакотерапии.

Необоснованное назначение препаратов (несоответствие по диагнозу).

Назначение препаратов по типу проб и ошибок ("фармакологическая рулетка").

Назначение лекарственной терапии в случаях, когда в ней нет необходимости.

Назначение препарата, приводящего к улучшению состояния больного, но не позволяющего достигнуть основных целей лечения.

Применение чрезмерного числа препаратов (полипрагмазия).

Несоблюдение положений клинических руководств при назначении ЛС.

Несоответствие знаний врачей современным представлениям об этиологии и лечении заболеваний.

Неправильное применение антибактериальных средств.

Неоправданное применение парентерального пути введения препаратов в тех случаях, когда предпочтительно использование лекарственных форм для перорального приема.

Использование неадекватных доз препаратов.

Одновременное использование ЛС одного терапевтического класса.

Назначение дополнительных доз ЛС раньше или позднее, чем это необходимо.

Использование неэффективного препарата в случае, когда есть более эффективная альтернатива. Отказ от применения новых и эффективных препаратов.

Назначение более дорогостоящего ЛС, когда доступен менее дорогой.

Недостаточный учет фармакодинамических свойств ЛС, особенностей их фармакокинетики и дозирования, результатов лекарственного взаимодействия.

Использование потенциально токсичных препаратов, когда существуют аналоги, более эффективные и менее токсичные.

Продолжение использования препарата после выявления у него значимых токсических эффектов [5].

Методы оценки использования ЛС. Чтобы локализовать проблему нерационального использования медикаментов, необходимо

проводить регулярный мониторинг их назначения, отпуска и применения пациентами, акцентируя внимание на:

видах нерационального использования ЛС, чтобы сосредоточить стратегии на решении конкретных проблем;

количестве случаев нерационального использования ЛС, чтобы, зная масштаб проблем, иметь возможность контролировать эффективность используемых стратегий;

причинах нерационального использования медикаментов, чтобы иметь возможность избрать приемлемые, эффективные и осуществимые стратегии. К причинам нерационального использования относятся: недостаток знаний, навыков или независимой информации, неограниченная доступность ЛС, чрезмерная загруженность медицинского персонала, неприемлемые методы продвижения медикаментов и стремление к получению прибыли от реализации препаратов [5].

Поиск эффективной лекарственной терапии с наименьшими затратами включает в себя целый комплекс мероприятий: анализ ассортимента ЛС; выявление наиболее эффективных и безопасных ЛС методом экспертных оценок, классификацию их по категориям жизненной важности; определение экономических затрат на лекарственное обеспечение пациента в зависимости от тяжести заболевания и нозологической формы; фармакоэкономический анализ стоимости; формирование наиболее рациональных схем лечения; определение потребности ЛС и финансовых ресурсов.

Разработаны специальные протоколы оценки рациональности использования лекарств с учетом индикаторов назначения ЛС Всемирной организации здравоохранения:

Адекватность медикаментозной терапии (соответствие нозологии (диагнозу), тяжести состояния, сроки назначения, доза, кратность приема, режим приема, лекарственная форма, пути введения, замена препарата);

Своевременность начала и окончания терапии, замены препарата;

Взаимодействие препаратов (синергичное, допустимое, нежелательное, недопустимое);

Оценка эффекта лечения (улучшение, без перемен, ухудшение);

Своевременное выявление и правильная оценка побочных эффектов (прогнозируемых, непрогнозируемых);

Случаи лечения осложнений фармакотерапии;

Мониторинг использования дорогостоящих средств.

Для определения проблем, связанных с применением конкретных ЛС для лечения

конкретных заболеваний, особенно в условиях стационара, можно проводить целевую оценку использования медикаментов (анализ потребления ЛС). Для выяснения причин, приводящих к нерациональному использованию ЛС, можно применять качественные методы социологических исследований (дискуссии, тематические интервью, структурированные наблюдения, структурированные опросники) [13].

Ретроспективная оценка качества фармакотерапии проводится по результатам анализа историй болезни стационарных больных или амбулаторных карт. При проведении анализа медицинской документации необходимо обратить внимание на наличие лекарственного анамнеза, что включает в себя не только аллергологический анамнез, но и сведения об объеме, эффективности, побочных эффектах лекарственной терапии до настоящей госпитализации. В дневниках наблюдения должны быть указания на наличие и отсутствие побочных эффектов, особенно в случае назначения препаратов с высоким риском развития последних, а также регистрация параметров, необходимых для выявления возможных побочных явлений. Экспертному контролю обязательно подлежат:

- случаи летальных исходов;
- случаи развития осложнений лекарственной терапии;
- случаи внутрибольничного инфицирования и осложнений;
- случаи полипрагмазии;
- случаи, сопровождающиеся жалобами пациентов или их родственниками.

Возможно проведение оценки качества фармакотерапии по отдельным нозологиям с дополнительным выделением как клинически значимых моментов (сроки госпитализации, точность диагноза и др.), так и анализом отдельных групп ЛС [13].

Некоторые показатели использования ЛС, разработанные ВОЗ/INRUD* 1993 г.

Показатели назначения лекарственных средств:

- среднее число препаратов, назначаемых одному пациенту;
- % препаратов, назначенных по генерическому названию;
- % пациентов, которым были назначены антибиотики;
- % пациентов, которым лекарственные средства были назначены парентерально;
- % назначенных препаратов, входящих в перечень основных лекарственных средств или формулярный перечень основных лекарственных средств.

Показатели лечения пациентов:

- среднее время врачебного приема;
- среднее время отпуска лекарственных средств;
- % фактически отпущенных лекарственных средств;
- % адекватно маркированных лекарственных средств;
- % пациентов, осведомленных о надлежащей дозе препарата.

Показатели работы учреждения:

наличие в распоряжении врачей перечня основных лекарственных средств или формулярного перечня основных лекарственных средств;

- наличие клинических руководств;
- % имеющихся в наличии важнейших медикаментов.

Дополнительные показатели использования лекарственных средств:

- средняя стоимость медикаментов из расчета на 1 пациента (из числа опрошенных);
- % назначений, сделанных согласно положениям клинических руководств [10, 11].

АВС – анализ – метод оценки рационального использования денежных средств, метод распределения ЛС по трем группам в соответствии с их годовым потреблением. Класс А: 10-20% препаратов, на которые расходуется 75-80% бюджета больницы на лекарственные средства; Класс В: 10-20% препаратов, на которые расходуется 15-20% бюджета; Класс С: 60-80% препаратов, на которые в сумме расходуется не более 5-10% лекарственного бюджета. АВС-анализ позволяет пересмотреть структуру закупок препаратов за счет бюджета в сторону увеличения доли жизненно важных и необходимых. Проведение подобного анализа не требует значительных финансовых затрат и позволяет лечебному учреждению рационально использовать имеющиеся средства.

Результаты АВС-анализа можно использовать как для определения стратегии закупок препаратов, так и для формирования их оптимальных запасов в аптеке.

VEN – анализ – метод оценки эффективности использования ЛС, проводится параллельно с АВС – анализом и позволяет установить приоритеты отбора закупок ЛС в соответствии с их делением на жизненно важные, необходимые и второстепенные.

Жизненно важные (V) ЛС — необходимые для спасения жизни пациента, постоянно необходимые для поддержания жизни, и лекарственные препараты, после прекращения приема которых развивается синдром отмены.

Необходимые препараты (E) применяются для лечения пациентов с менее опасными для жизни заболеваниями, второстепенные (N) —

для лечения неопасных заболеваний, с неустановленной эффективностью и применяемые для симптоматического лечения.

Используя методологию АТC/DDD (Anatomical Therapeutic Classification/Defined Daily Dose — Анатомотерапевтическая классификационная/установленная суточная доза), можно сравнить потребление ЛС между различными учреждениями, регионами или целыми странами [4].

Выявление и регистрация побочных эффектов ЛС. Для практического врача назначение лекарства беременной женщине может перерасти в целую проблему, если он будет ориентироваться на единичные, порой не вполне обоснованные сообщения о наличии у какого-либо препарата тератогенных свойств. Врачам должны быть внимательно изучены и неукоснительно соблюдаться все официальные данные о препарате. Иногда имеющаяся информация независимых источников не совпадает с рекомендациями фирмы-изготовителя, зарегистрированными в Фармакологическом комитете Министерства здравоохранения Республики Беларусь. Причины подобных несоответствий кроются, по видимому, в отсутствии достаточного опыта применения препарата при беременности либо в том, что производитель не желает брать на себя определенную ответственность за возможные негативные последствия его применения.

Во всем мире широко пользуются следующими категориями риска применения лекарств при беременности, разработанными Американской администрацией по контролю за лекарствами и пищевыми продуктами — FDA (Food and Drug Administration) [5, 7].

Несмотря на очевидный прогресс в понимании врачами основных целей лечения, патологии у беременных, реальная клиническая практика остается далекой от идеала. Низкий уровень терапии объясняется не только объективными факторами (дефицит фармацевтического бюджета, неупорядоченность лекарственного обеспечения), но и субъективными (груз стереотипов лечащих врачей, не соответствующих требованиям доказательной медицины, страх перед развитием побочных эффектов, низкая комплаентность пациентов, высокая стоимость ЛС).

Приверженность к лечению (**комплаентность**) — это степень соответствия поведения больного (в отношении приема препаратов, соблюдения диеты и других мер изменения образа жизни) рекомендациям, полученным от врача. В узком смысле под комплаентностью в лечении понимают корректный прием лекарственных препаратов (не менее 80% должно-

го). Прием некорректной дозы рекомендованных препаратов или их прием в некорректное время, пропуски в приеме и/или отказ от лечения представляют собой различные формы нарушения приверженности [21].

Категория	Определение
A	Отсутствие риска для плода.
B	В эксперименте на животных обнаружен риск для плода, но при адекватных исследованиях у людей он не выявлен, или если при отсутствии риска в эксперименте изучение у человека было недостаточным.
C	Ожидаемая польза от приема препарата может оправдывать его назначение, несмотря на потенциальный риск для плода.
D	Убедительные доказательства риска. Однако ожидаемая польза препарата для матери может превысить потенциальный риск для плода.
E	Применение у беременных не может быть оправданным. Риск для плода превышает возможную пользу для матери.

Изучение представлений акушеров об этиологии и лечении патологии во время беременности в амбулаторных и стационарных условиях, оценить существующие стереотипы назначения ЛС позволяет анализ историй болезни пациенток, анонимное анкетирование.

В настоящее время наряду с эффективностью и безопасностью лекарственной терапии придается значение ее **фармакоэкономическим аспектам**. Главная задача фармакоэкономики — это экономическая оценка различных медицинских программ, схем лечения и отдельных фармакологических препаратов, а также выработка рекомендаций по наиболее оптимальному использованию ресурсов здравоохранения.

Анализ "затраты - выгода" — тип клинико-экономического анализа, при котором как затраты, так и результаты представлены в денежном выражении. Это дает возможность сравнивать экономическую эффективность различных вмешательств с результатами, выраженными в различных единицах (например, программу вакцинации против гриппа с организацией системы интенсивной неонатальной

помощи для выхаживания детей, рожденных с низкой массой тела).

Анализ "затраты - эффективность" - тип клинико - экономического анализа, при котором проводят сравнительную оценку результатов и затрат при двух и более вмешательствах, эффективность которых различна, а результаты измеряются в одних и тех же единицах (миллиметры ртутного столба, число предотвращенных осложнений, годы сохраненной жизни и т.п.).

Анализ "затраты - полезность (утилитарность)" - вариант анализа "затраты - эффективность", при котором результаты вмешательства оцениваются в единицах "полезности" с точки зрения потребителя медицинской помощи (например, качество жизни); при этом наиболее часто используется интегральный показатель "сохраненные годы качественной жизни" (QALY).

Анализ "минимизации затрат" - частный случай анализа "затраты - эффективность", при котором проводят сравнительную оценку двух и более вмешательств, характеризующихся идентичной эффективностью и безопасностью, но разной стоимостью. Рекомендуется применять при сравнительном исследовании разных форм или разных условий применения одного ЛС или одной медицинской технологии.

Анализ "стоимость болезни" - метод изучения всех затрат, связанных с ведением больных с определенным заболеванием как на определенном этапе (отрезке времени), так и на всех этапах оказания медицинской помощи, а также с нетрудоспособностью и преждевременной смертностью. Анализ не предполагает сравнения эффективности медицинских вмешательств, может применяться для изучения типичной практики ведения больных с конкретным заболеванием и используется для планирования затрат, определения тарифов для взаиморасчетов между субъектами системы здравоохранения [2, 12].

12 основных мер для содействия рациональному использованию ЛС (ВОЗ, 2002 г).

1. Национальный уполномоченный мультидисциплинарный орган по координации вопросов, связанных с использованием лекарственных средств.

2. Стандартизованные клинические руководства. Они служат эталоном надлежащей диагностики и лечения, с которым можно сравнить проводимую терапию. Также являются испытанным методом содействия более рациональному использованию ЛС [14].

В настоящее время важнейшей задачей отечественного здравоохранения становится внедрение стандартов диагностики и лечения

основных заболеваний человека. Основой стандартизации в здравоохранении многих стран являются **формуляры ЛС**. Формулярная система позволяет ограничить количество постоянно применяемых препаратов неким перечнем ЛС, что значительно облегчает процесс закупки медикаментов, уменьшает расходы ЛПУ и оптимизирует лекарственную терапию [3, 7].

3. Перечень основных ЛС, базирующийся на препаратах выбора.

4. Фармакотерапевтические комитеты в районах и больницах.

5. Подготовка по фармакотерапии в ходе предаттестационного обучения.

6. Последипломное медицинское образование без отрыва от производства диктует необходимость разработки и внедрения специальных обучающих программ с последующим контролем их эффективности

7. Надзор, аудит и обратная связь. Надзор, который направлен на поддержку и обучение и осуществляется при личном контакте, более эффективен, чем обычные инспекции и наказующие мероприятия. К эффективным формам надзора относятся рецензирование работы коллег и работа в группах, проверка назначений и обратная связь - врачи ставят в известность о том, как их назначения соотносятся с принятыми руководствами или практикой их коллег.

8. Независимая информация о препаратах. При выборе препарата для лечения больных врач обычно опирается на клинический опыт - свой, своих учителей и коллег, сведения, почерпнутые из книг, справочников. В то же время все большее распространение в мире приобретают принципы научно-доказательной медицины. Главные постулаты этого направления - каждое клиническое решение, в том числе и назначение лечения, должно базироваться на строго доказанных научных фактах. С этой точки зрения "золотым стандартом" для лечения заболеваний надо считать препараты, эффективность которых доказана в рандомизированных контролируемых клинико-фармакологических исследованиях, особенно с двойным слепым контролем [15].

9. Просвещение населения в отношении ЛС. Продажа безрецептурных препаратов с соответствующей маркировкой и точной, доходчивой, понятной для неспециалиста инструкцией по применению. Мониторинг и регулирование рекламы, которая может негативно влиять как на пациентов, так и на врачей, и осуществляться посредством телевидения, радио, газет и интернета. Проведение целевых кампаний по просвещению населения с уче-

том культурных традиций и влияния социальных факторов.

10. Недопущение неприемлемого финансового стимулирования.

Организация системы здравоохранения таким образом, чтобы врачи не занимались продажей или отпуском лекарств.

Регистрация ЛС для обеспечения наличия на рынке только безопасных, эффективных и качественных препаратов и запрет обращения небезопасных и неэффективных препаратов.

Ограничение назначения препаратов в зависимости от профессионального уровня назначающего препарат медицинского работника, в том числе ограничение доступности некоторых препаратов, которые можно приобрести только по рецепту.

Установление образовательных стандартов для медицинских работников, разработка и соблюдение кодексов профессиональной деятельности.

Лицензирование медицинских работников для гарантирования их достаточной компетенции в отношении диагностики заболеваний, назначения ЛС и их отпуска.

Лицензирование организаций, торгующих медикаментами, для гарантирования соблюдения необходимых стандартов хранения и распределения (отпуска).

Мониторинг и регулирование продвижения лекарств.

11. Адекватные и выполняемые регуляторные меры.

12. **Достаточные государственные вложения** в обеспечение доступности препаратов и подготовку персонала [5, 10, 11, 17].

Схема выбора рациональной терапии [13].

1. **Правильный и полный диагноз**, соответствующий современным классификациям болезни, отражающий этиологию заболевания, морфологический субстрат болезни, фазу патологического процесса (обострение или ремиссия) в случае хронического заболевания, функциональное состояние пораженных органа или системы.

2. **Индивидуальный диагноз** - чем отличается заболевание у конкретного больного от общей схемы болезни (психологическая реакция на болезнь, вариант течения, тяжесть состояния, сопутствующие заболевания, наличие осложнений, побочное действие лекарств в прошлом, опыт больного в отношении проводившегося ранее лечения).

3. При назначении ЛС любого класса врач должен ясно представлять себе **механизм их действия** (данные о фармакодинамике и фармакокинетики лекарств).

4. **Назначать "активные", научно обоснованные средства.**

5. **По возможности точно рассчитывать дозировку лекарственных препаратов.**

6. **Соизмерять интенсивность лечения с тяжестью состояния и серьезностью прогноза.**

7. **Non posere (не навреди).** Побочные действия лекарств могут быть смягчены подбором доз, определенным режимом приема, наконец, назначением "защитных" в плане побочного действия средств.

8. **Избегать полипрагмазии** можно, если при сочетанной патологии направлять лечебные усилия на основное в данный момент заболевание или звено патогенеза и таким образом строить план лечения основного заболевания, чтобы назначаемые ЛС были эффективны также для лечения сопутствующей патологии.

9. **Разъяснить больному смысл лечебных действий.** Следование этому правилу создает определенный положительный психологический контакт между врачом и больным, что способствует успеху лечения.

10. Определить и использовать адекватные методы контроля проводимого лечения.

Рациональное и эффективное применение лекарственных препаратов во время беременности предполагает учёт следующих условий:

Необходимо использовать ЛС только с установленной безопасностью применения при беременности, с известными путями метаболизма.

Плацентарный барьер далеко не полностью защищает плод от влияния токсических веществ, поступающих в организм.

При назначении препаратов следует учитывать срок беременности. Поскольку срок окончательного завершения эмбриогенеза установить невозможно, то необходимо избегать назначения ЛС до 16 недель беременности, (особенно в период от 3 до 10 недель беременности), за исключением случаев, когда без этого нельзя обойтись.

Степень и характер поражения органа зависит от вида и дозы препарата, в какой период развития эмбриона или плода введен препарат.

В процессе лечения - тщательный контроль за состоянием матери и плода.

Если женщина детородного возраста должна получать лекарственную терапию, необходимо рассмотреть возможность предупреждения беременности [5].

Если лечение заболевания матери представляет определенный риск для плода, то врач, прежде чем начать терапию, должен

разъяснить пациентке все положительные и отрицательные стороны такого лечения. Имеет смысл заручиться информированным согласием больной на проводимое лечение. Дело здесь не в снятии ответственности с врача, а в том, что, приняв осознанное решение, больная будет более тщательно соблюдать врачебные рекомендации, контролировать свое самочувствие, двигательную активность плода, что в совокупности должно повысить качество проводимого медикаментозного лечения и минимизировать риск побочного действия лекарства как на мать, так и на плод. Правильным будет подход к каждой пациентке детородного возраста как к потенциальной беременной, в этом случае назначение лекарственных препаратов будет более продуманным, и риск повреждения плода будет сведен к минимуму [7].

Литература

1. *Абрамченко В.В., Башимакова М.А., Корхов В.В. Антибиотики в акушерстве и гинекологии: Руководство для врачей. 2-е изд., испр. и доп. – СПб.: СпецЛит, 2001. – 239 с.*
2. *Белюсов Ю.Б., Быков А.В. // Фарматека. – № 3. – 2003. – С. 10 – 12.*
3. *Власов В.В. // Пробл. стандартизации в здравоохранении - 2001. - №1. - С. 9 -18.*
4. *Вялков А.И., Катлинский А.В., Воробьев П.А. // Пробл. стандартизации в здравоохранении. - 2000. - № 4. - С. 3 - 6.*
5. *Исследования по использованию лекарственных средств. Методы и применение. Под ред. М. Н. Г. Дукеса. Региональные публикации ВОЗ, Европейская серия, 45.— ВОЗ, Европейское региональное бюро, Копенгаген-Бишкек, 1995.— 219 с.*
6. *Карпов О.И., Зайцев А.А. Риск применения лекарств при беременности и лактации: Справочное руководство. – СПб: БХВ – Санкт-Петербург, 1998. – 352 с.*
7. *Кочубей А.В. // Пробл. соц. гигиены, здравоохранения и истории медицины. - 2003. - № 3. - С. 19-21.*
8. *Михайлов И.Б., Ярославский В.К. Основы фармакотерапии в акушерстве и гинекологии: Руководство для врачей. – СПб.: “Фолиант”, 2001. – 256 с.*
9. *Основы перинатологии: Учебник / Под. ред. Н.П. Шабалова и Ю.В. Цвелева. – М.: МЕДпресс-информ, 2002. – 2-е изд., перераб. и доп. – 576 с.*
10. *Официальный сайт Центра по мониторингованию лекарственных средств ВОЗ: www.who.int/whoc.org*
11. *Официальный сайт Европейского агентства по оценке лекарственных средств (ЕМЕА): <http://www.emea.eu.int/home.htm>*
12. *Авксентьева М.В., Воробьев П.А., Герасимов В.Б. и др. // Пробл. стандартизации в здравоохранении. - 2000. - № 4. - С. 42-54.*
13. *Руководство по внедрению программы оценки использования лекарственных средств в лечебных учреждениях. 2-е изд. / Т. Мор, А. Быков, Э. Савели, А. Загорский. - Арлингтон, Москва, 1997. – 61 с.*
14. *Сабанов В.И., Ивашева В.В. // Проблемы стандартизации в здравоохранении. –2001. - № 1. - С. 96.*
15. *Страчунский Л.С., Козлов С.И., Рачина С.А. // Клин. фармакол. и терапия. - 2001. – Т. 10, № 4. – С. 35 - 40.*
16. *Фармакотерапия. Клиническая фармакология: Практ. рук. / Ф. фон Бруххаузен, Х. Вельхёнер, Х. Гробекер и др.; Под ред. Г. Фюльграффа, Д. Пальма; Пер. с нем. Г. И. Шаранды и др. — Мн.: Беларусь, 1996. — XXX. - 689 с.*
17. *Фармацевтический сектор: фармаконадзор за лекарственными препаратами для человека / Под ред. А.В. Стефанова. Авт.сост.: Н.А. Ляпунов, Л.И. Ковтун, Е.П. Безуглая и др.— К.: МОРИОН, 2003.— 216 с.*
18. *Фисенко В. П., Аксёнова О. Г. // Акушерство и гинекология. – 2002. - № 4. – С. 6 – 9.*
19. *Хардина В.А., Кузьменко М.Ю., Здоровцов Г.И. // Пробл. стандартизации в здравоохранении. - 2000. - № 4. – С. 17 - 21.*
20. *Шехтман М.М. Руководство по экстрагенитальной патологии. – М.: “Триада X”, 1999. – 816 с.*
21. *Шкарин В.В. // Нижегородский медицинский журнал. – 2001. - № 3. – С. 92 - 97.*