

первого ряда, выпускаемых в таблетированных формах. Россия занимает лидирующее место в производстве данной группы препаратов. Результаты проведенного анализа необходимы для дальнейшего маркетингового исследования рынка препаратов для лечения туберкулеза легких на региональном и локальном рынках.

Пути оптимизации фармакотерапии в акушерской практике

Прохоров В.Н.

ГБОУ ВПО УГМА, г. Екатеринбург

Введение. В XXI веке медицина имеет мощный арсенал лекарственных средств (ЛС). Фармацевтические производства разных стран суммарно производят десятки тысяч медикаментозных препаратов. Более 10 000 из них включены в Государственный реестр ЛС, разрешенных для медицинского применения в РФ. Современный врач имеет в своем распоряжении большое количество эффективных ЛС, созданных с помощью химического синтеза и биотехнологических методологий для лечения различных заболеваний.

Результаты и обсуждение. Использование ЛС при беременности имеет особое значение, так как может привести к осложнениям у самой женщины и у плода: порокам развития, гипоксии и геморрагическому синдрому плода, смерти плода и новорожденного, невынашиванию беременности, аллергическим реакциям и патологическим реакциям со стороны систем и органов женщины (Ю.Б.Белосов, 2002). Для определения путей оптимизации применения фармакотерапии было проведено изучение использования лекарственных препаратов при ведении беременности у 80 женщин с помощью проведения опроса и ознакомления с медицинской документацией (обменные карты и истории родов). Средний возраст пациенток составил $26,7 \pm 0,8$ лет, средний срок беременности - $36,8 \pm 1,3$ недель.

Анализ полученных материалов показал, что у 17 женщин (21,3%) в обменных картах отсутствовала в диагнозе патология, которая явилась бы основанием для назначения ЛС, и не было четкого обоснования назначения ЛС

в тексте. В этих случаях назначение фармакологических препаратов являлось необоснованным. Это касалось назначения препаратов железа, дюфастона и других ЛС. В 29 случаях (36,3%) назначались специальные поливитамины для беременных и одновременно - фолиевая кислота, препараты кальция и йода, хотя они уже содержатся в поливитаминах в достаточных дозировках. Имело место назначение несовместимых между собой ЛС (например, препаратов железа и кальция). Все это указывает на недостаточное знание врачами состава ЛС, их фармакодинамики и фармакокинетики в общесоматической и в акушерской практике.

Во всех случаях назначение ЛС происходило без учета особенностей состояния здоровья пациентки (масса тела, функциональное состояние систем и органов, имеющиеся соматические заболевания) и особенностей ее образа жизни (характер питания, психологическое состояние, физическая активность и т.д.), который является основой здоровья и позволяет оптимизировать применение фармакологических препаратов. Назначения ЛС беременным производились по стандартным схемам.

Нередко (у 43 женщин – 53,8%) имела место полипрагмазия, одновременно назначались от 4-5 до 7-9 ЛС. При назначении беременной врачом-консультантом (терапевтом, эндокринологом и т.д.) фармакотерапии эти препараты просто прибавлялись к списку ЛС, назначенных акушером-гинекологом, без согласования необходимости назначения всех препаратов между обоими специалистами.

В 27 случаях (33,8%) при назначении ЛС в медицинских документах отсутствовали указания на дозировки и кратности приема (давалось только название препарата или в виде дозировки следовала запись – “по 1 т x 3 раза в день”) и длительности курса.

В 53 случаях (66,3%) врачи не объяснили пациенткам условия и особенности приема препаратов (до или после еды, нежелательность приема одновременно нескольких таблетированных препаратов, диететика в процессе фармакотерапии), а также возможность возникновения побочных явлений и

осложнений. В результате возникновения в процессе приема ЛС диспептических явлений, изменений характера функции кишечника, симптомов со стороны сердечно-сосудистой системы (сердцебиение) и т.д. 23 пациентки (28,8%) самостоятельно прекратили лечение, не информируя об этом врача.

Выявлено, что назначение фармакотерапии у 15 женщин (18,8%) производилось при недостаточном обследовании беременной: лечение анемии осуществлялось без учета уровня сывороточного белка, лечение инфекций репродуктивного тракта выполнялось без использования современных диагностических технологий и без связи с клинической картиной.

Результаты проведенного исследования показывают, что при проведении фармакотерапии беременным имели место нарушения клинического характера, нередко страдало оформление медицинских документов. Следует отметить, что указанные нарушения проведения фармакотерапии помимо клинического значения имеют важнейший юридический смысл, поскольку при возникновении у беременных серьезных осложнений могут явиться основанием для обращения с жалобами в органы здравоохранения или в судебные инстанции.

Выводы. Для оптимизации проведения лекарственной терапии необходимо: 1)повышать уровень знаний врачей акушеров-гинекологов и врачей смежных специальностей в области клинической фармакологии и 2)улучшать контроль за ведением беременных и оформлением медицинской документации со стороны руководителей соответствующих подразделений.

Возможности профилактики осложнений фармакотерапии беременных
Прохорова О.В.

ГОУ ВПО УГМА, г. Екатеринбург, Россия

Введение. Применение лекарственных средств (ЛС) при беременности имеет специфические особенности. В силу этических причин масштабные клинические исследования у беременных проводятся довольно редко. В инструкциях по применению ЛС чаще всего предлагается использовать их в