№ 2 - 2016 г.
14.00.00 медицинские науки
(14.03.00 Медико-биологические науки)

УДК 615.2/.3-055.26:614.2(575.2)

ОЦЕНКА ДЕТЕРМИНАНТ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ У БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН НА ТЕРРИТОРИИ КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКИ

Т. А. Жолошева

ГОУ ВПО «Кыргызско-Российский Славянский университет им. Б. Н. Ельцина» (г. Бишкек, Кыргызская Республика)

В статье анализируются данные анкет-опросников врачей акушеров-гинекологов на первичном и стационарном уровнях организаций здравоохранения об особенностям фармакотерапии беременных женщин согласно утвержденным Министерством здравоохранения Кыргызской Республики клиническим протоколам, клиническим руководствам и данным доказательной медицины. Также приведены результаты ответов беременных респонденток на вопросы, касающиеся проводимого лечения акушерами-гинекологами и оценки приверженности их к проводимой фармакотерапии.

Ключевые слова: беременность, детерминанты, лекарственные средства, доказательная медицина, приверженность.

Жолошева Толгонай Азимбековна — старший преподаватель кафедры базисной и клинической фармакологии медицинский факультет ГОУ ВПО «Кыргызско-Российский Славянский университет им. Б. Н. Ельцина», г. Бишкек, Кыргызская Республика, e-mail: tolgonai_g@mail.ru

---

Целью данного исследования явилась оценка детерминант использования лекарственных средств (ЛС) у беременных женщин (БЖ) на всех уровнях организаций здравоохранения (ОЗ), а именно характеристика лиц, назначающих ЛС (врачи акушеры-гинекологи), и характеристика лиц, потребляющих ЛС (БЖ).

Одной из проблем рационального использования ЛС у БЖ является недостаточная информированность врачей всех специальностей об особенностях фармакотерапии (ФТ) БЖ, физиологических изменениях со стороны организма в целом и фармакокинетики ЛС. Ни одно ЛС для БЖ не может считаться абсолютно безопасным и безвредным. При назначении ЛС БЖ приоритет должен отдаваться препаратам с доказанной

эффективностью и безопасностью, так как речь идет о здоровье и матери, и плода [1, 3].

Материалы и методы исследования. Мы изучали детерминанты использования ЛС, такие как характеристика лиц, назначающих ЛС (акушеров-гинекологов), характеристика потребителей (БЖ).

О*бъектами исследования* на данном этапе были 60 акушеров-гинекологов и 100 БЖ.

Предметом исследования послужили разработанные нами анкеты-опросники для акушеров-гинекологов и БЖ. Для изучения характеристик лиц, назначающих ЛС, и потребителей нами было проведено анонимное анкетирование и интервьюирование 67-ми акушеров-гинекологов (в анкетировании приняли участие акушеры-гинекологи из центров семейной медицины (ЦСМ) г. Бишкек и территориальных больниц Чуйской области) и 105-ти БЖ, наблюдавшихся в ОЗ г. Бишкек и Чуйской области. Анкетирование и интервьюирование проводилось с устного информированного согласия респондентов.

Анкета для акушеров-гинекологов включала в себя 20 вопросов, касающихся особенностей ФТ в период беременности. Вопросы анкеты были составлены как по «закрытому», так и по «полуоткрытому» и «открытому» типам.

Для акушеров-гинекологов первичного уровня организаций здравоохранения (ПУОЗ) анкета включала 4 «открытых» и 16 «закрытых» вопросов (собрано и проанализировано 30 анкет).

Для акушеров-гинекологов стационарного уровня организаций здравоохранения (СУОЗ) анкета включала 1 «открытый» и 19 «закрытых» вопросов.

Годными к обработке были признаны 30 анкет врачей акушеров-гинекологов ПУОЗ и 30 анкет врачей акушеров-гинекологов СУОЗ, которые затем и анализировались.

Результаты исследования и обсуждения. По результатам исследования характеристик лиц, назначающих ЛС (акушеры-гинекологи ПУОЗ и СУОЗ), выяснилось, что 70 % опрошенных врачей ПУОЗ и 76,6 % СУОЗ имели врачебный стаж более 10-ти лет; 70 % опрошенных респондентов ПУОЗ отметили, что большинство БЖ встают на учет по антенатальному наблюдению вовремя — в сроке до 12-ти недель беременности, а 30 % опрошенных указали сроки позже 12-ти недель беременности; 80 % опрошенных акушеров-гинекологов СУОЗ отмечают, что чаще госпитализируются БЖ в возрасте 18–30 лет, при этом 83,4 % респондентов «обязательно» проводят беседу с БЖ о необходимости соблюдения в стационаре немедикаментозных мероприятий (режим питания, отдыха, труда) (НММ), 16,6 % — «не всегда»; 46,7 % опрошенных врачей отметили полную бесплатную обеспеченность стационаров препаратами по программе обязательного медицинского страхования (ОМС), 50 % — «частичную» обеспеченность ЛС и 3,3 % — полное отсутствие обеспечения ЛС.

В ПУОЗ наиболее частыми патологиями врачи отметили в 83,3 % случаях железодефицитную анемию (ЖДА), 60 % — острую респираторную вирусную инфекцию (ОРВИ), 50 % — гестационный пиелонефрит, 10 % — кольпит. При этом акушеры-гинекологи указали, что соблюдают установленный график по антенатальному наблюдению только 36,6 % БЖ. Со слов респондентов при проведении ФТ БЖ 60 % на ПУОЗ и 90 % на СУОЗ руководствуются клиническими протоколами (КП) и клиническими руководствами (КРук), рис. 1.

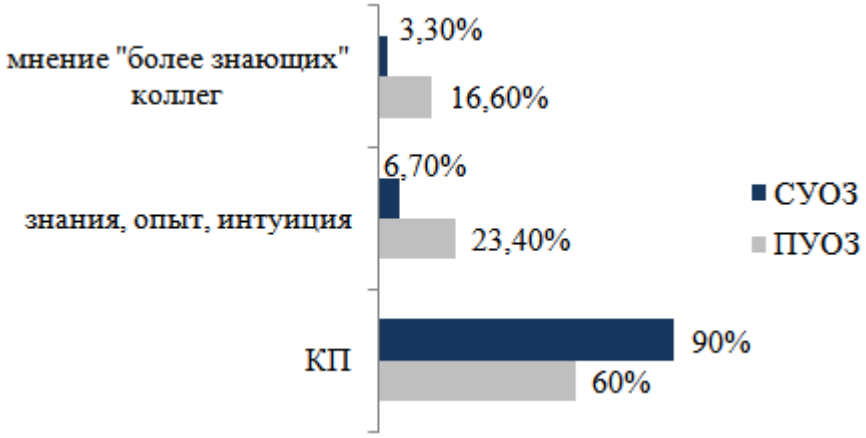

Рис. 1. Структура ответов акушеров-гинекологов ПУОЗ и СУОЗ на вопрос: «Чем Вы руководствуетесь при назначении медикаментозного лечения беременным пациенткам?»

Из рис. 1 следует, что на ПУОЗ 40 % врачей руководствуются при принятии решений по ФТ знаниями, опытом, интуицией, мнением «более знающих» коллег, что согласно градации доказательств относится к уровню D (т. е. нет доказательных данных) по сравнению с 10 % врачей СУОЗ [1].

Среди наиболее часто назначаемых ЛС БЖ врачи акушеры-гинекологи ПУОЗ и СУОЗ отметили антианемические ЛС (83,3 и 58,3 % соответственно), витаминно-минеральные комплексы (66,6 и 3,3 % соответственно), препараты йода (60,0 и 3,33 % соответственно), системные противоинфекционные ЛС (37,0 и 43,3 % соответственно), а также токолитики — в 30 %, гормональные средства — в 20 % и гипотензивные средства — в 13,3 %.

Для эффективности проводимой ФТ необходимо чтобы 80 % пациентов были комплаентны к проводимому лечению [1, 6]. По мнению 60 % акушеров-гинекологов ПУОЗ и 20 % врачей СУОЗ их беременные пациентки имеют полную приверженность к их назначениям, 20 % опрошенных врачей ПУОЗ и 78 % СУОЗ — частичную приверженность , 20 % врачей на ПУОЗ и 2 % на СУОЗ — отсутствие комплаентности.

На вопрос, известно ли врачам предназначение классификации FDA категорий безопасности лекарственных препаратов (ЛП) у беременных 53,5 % врачей ПУОЗ и 46,7 % врачей СУОЗ ответили, что знакомы с этой классификацией. При этом только 20 % респондентов правильно ответили, что это классификация для оценки тератогенности ЛС, 80 % респондентов неверно ответили, что эта классификация предназначена для оценки эффективности терапии.

На вопрос о выборе из перечисленных антигипертензивных препаратов (АГП) абсолютно противопоказанных в период беременности респонденты верно указали на Эналаприл (50 % врачей ПУОЗ и 30 % врачей СУОЗ) и Лозартан (36,7 и 53,3 % соответственно).

На вопрос о ЛП первого выбора в лечении гипертензивных нарушений во время беременности (ГНБ) 53,33 % опрошенных врачей ПУОЗ и 73,3 % СУОЗ отметили Нифедипин (в утвержденном КРук МЗ КР по ведению ГНБ он рекомендован как альтернативный препарат), 26,6 % респондентов ПУОЗ и 3,3 % врачей СУОЗ верно ответили, что препаратом первого выбора является Метилдопа.

Респондентам ПУОЗ был задан вопрос: «При каких уровнях АД у беременных женщин показана медикаментозная гипотензивная терапия?», и 83,33 % из них ответили верно, отметив цифры АД > 150/100 мм рт. ст.

На вопрос о препарате выбора при лечении тяжелых ГНБ 26,67 % респондентов ПУОЗ указали Папаверина гидрохлорид, Аминофиллин и диуретики, которые не указаны в КП и КРук, утвержденных в МЗ КР.

Из перечисленных в анкете АБ препаратов только 10 % респондентов указали на Тетрациклин, как ЛС с доказанным тератогенным потенциалом (категория D в FDA), остальные 90 % опрошенных отметили Амоксициллин, Цефазолин, Фосфомицин и Эритромицин, которые на самом деле считаются наиболее безопасными препаратами в период беременности и рекомендуются как ПИЛС первого выбора у беременных (категория B по классификации FDA) [5, 7].

100 % респондентов СУОЗ правильно отметили, что препаратом выбора для лечения и профилактики тяжелого течения ГНБ (эклампсии с острыми судорогами) является магния сульфат [2, 6].

На вопрос о продолжительности антенатальной профилактики судорог сульфатом магния 60 % акушеров-гинекологов СУОЗ ответили правильно — «не более 3-х дней», остальные дали неверные ответы: 26,7 % — «не более 7-ми дней» и 13,3 % — «не более 5-ти дней».

Препаратами, применяемыми при остром токолизе, врачи СУОЗ в 86,7 % случаях отметили Нифедипин (верно), 10 % — магния сульфат (неверно), 3,3 % — гексопреналина гидрохлорид (неверно).

На вопрос: «Какие из перечисленных макролидов не рекомендуется применять при беременности?» 50 % респондентов ПУОЗ и 53,3 % СУОЗ верно указали на Мидекамицин, при этом неверно отметили Азитромицин — 40 % (ПУОЗ) и 36,7 % (СУОЗ), Эритромицин — 13,3 % (ПУОЗ).

На Амоксициллин + клавулановая кислота как средство первого выбора при лечении гестационного пиелонефрита верно указали 76,7 и 66,7 % опрошенных врачей акушеров-гинекологов ПУОЗ и СУОЗ, что соответствует данным утвержденного КП МЗ КР «Острый пиелонефрит при беременности», но вместе с тем 23,3 % врачей ПУОЗ и 33,3 % опрошенных врачей СУОЗ указали Ципрофлоксацин, Гентамицин, Котримоксазол, Нитроксолин, что является неверным.

На вопрос о выборе препаратов из группы фторхинолонов, разрешенных к применению в период беременности, 66,7 % врачей ПУОЗ и почти 43,3 % врачей СУОЗ верно отметили, что эта группа ЛС противопоказана при беременности.

При анализе характеристик лиц, потребляющих ЛС (БЖ), выяснилось, что 65 % респонденток являлись жительницами г. Бишкек, 35 % — Чуйской области. Средний возраст респонденток составил 26,28 ± 5,1 года. 13 % беременных находились в I триместре, 48 % — во II триместре и 39 % — в III триместре беременности. 54 % опрошенных БЖ считали себя здоровыми и не отмечали наличия каких-либо осложнений беременности (ОБ) и сопутствующих заболеваний (СЗ). При этом 26 % БЖ указали, что они наблюдаются у врача по поводу ЖДА различных степеней тяжести; 4 % — по поводу гинекологической патологии, 5 % — по поводу артериальной гипертензии, 4 % — по поводу заболеваний сердечно-сосудистой системы (ССС), 3 % — по поводу заболеваний желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) и печени, еще 4 % — по поводу другой патологии (пиелонефрит, аллергия, бронхиальная астма).

Со слов респонденток, 83 % «встали на учет» по беременности у акушера-гинеколога в I триместре, 17 % — во II триместре.

89 % БЖ отмечали, что наблюдались у врача 1 раз в месяц, 3 % — 1 раз в 3 месяца, 8 % — чаще 1-го раза в месяц ввиду осложнений беременности.

При интервьюировании 77 % БЖ указали, что «всегда» доверяют своему лечащему врачу, 22 % — «не всегда», «периодически перепроверяю у более компетентных врачей», 1 % — «совсем не доверяют», «наблюдаются у более компетентных врачей, не по месту жительству».

Согласно результатам проведенного опроса 4 и более ЛП в период беременности принимали 49 % респонденток, 3 ЛП — 23 %, 2 ЛП — 18 %, 1 ЛП — 5 % и только 5 % опрошенных беременных никаких ЛП в течение текущей беременности не принимали (рис. 2).

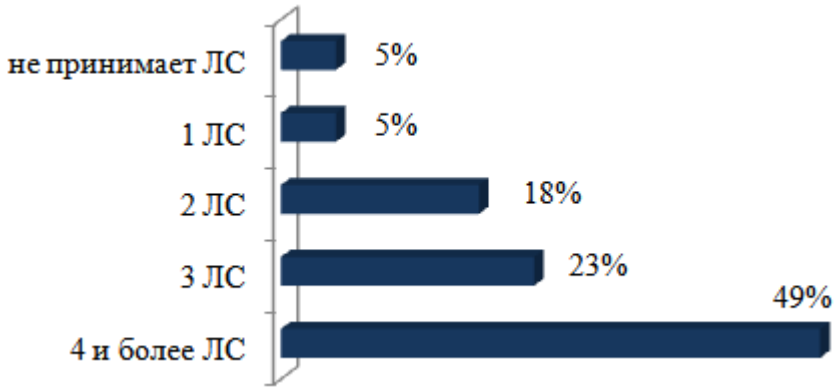

Рис. 2. Структура ответов БЖ на вопрос: «Сколько препаратов Вам назначил Ваш акушер-гинеколог?»

Респондентки указали, что акушеры-гинекологи рекомендовали им в течение беременности прием следующих групп ЛС: витаминно-минеральные комплексы — в 41 % случаев, Гинотардиферон — в 14 %, аскорбиновую кислоту — в 20,5 %, Ферровит — в 6 %, фолиевую кислоту — в 26 %, препараты кальция с витамином $Д_3$ — в 12 % , токоферол — в 15 %, препараты магния — в 5 %.

Кроме того, в 11 % случаев респондентки отметили назначение акушерами-гинекологами противоинфекционных ЛС: Ампициллина, Амоксициллина, Цефтриаксона, Рокситромицина, Джозамицина, Метронидазола; в 8 % случаев — Папаверина, в 3 % случаев — АСК, в 5 % случаев — фитопрепаратов.

В дополнение к назначенным врачом препаратам 22 % беременных самостоятельно принимали следующие ЛП: витаминно-минеральные комплексы Элевит — в 5 %, Ферровит — в 9 %, аскорбиновую кислоту — в 3 %, Йодомарин — в 3 %, Кальций $Д_3$ Никомед — в 2 % случаев.

78 % БЖ указали, что всегда строго соблюдали рекомендации своего лечащего врача и ничего самостоятельно не принимали без назначения.

Выводы. Таким образом, несмотря на то, что большинство опрошенных врачей как ПУОЗ, так и СУОЗ, имели достаточно солидный стаж врачебной деятельности, их информированность и знания об особенностях ФТ в период беременности остаются недостаточными. Поэтому для рационализации ФТ беременных необходимо повышать уровень знаний лечащих врачей акушеров-гинекологов в направлении безопасности применения ЛП в период беременности, рационального использования ЛС, использования КП и КРук по использованию международных непатентованных

наименований ЛС. Следует отметить, что 49 % БЖ принимают 4 и более ЛС (чаще всего это витаминно-минеральные комплексы и препараты железа), при этом 78 % БЖ строго следуют рекомендациям врачей, а 22 % — самостоятельно без назначения врача принимают витаминные и железосодержащие ЛП.

Список литературы

1. Использование лекарственных средств : основы фармакоэпидемиологии, фармакоэкономики и доказательной медицины : учебное пособие / А. А. Зурдинова [и др.]. — Б. : Салам, 2015. — 152 с.
2. Клиническое руководство по диагностике, лечению и профилактике гипертензивных нарушений у беременных на первичном уровне оказания медицинской помощи в Кыргызской Республике / Б. К. Барктабасова [и др.]. — Бишкек, 2010. — 55 с.
3. Луцевич К. А. Безопасное использование лекарственных средств во время беременности в фокусе международной практики организации системы фармаконадзора и тератологической информационной службы / К. А. Луцевич, О. В. Решетько, И. И. Санина // Педиатр. фармакология. — 2012. — Т. 9, № 6. — С. 40–47.
4. Физиологическая беременность. Многоплодная беременность. Острый пиелонефрит при беременности. Самопроизвольный выкидыш. Преждевременная родовая деятельность. Инфекции во время беременности : сб. клинических протоколов для медицинских специалистов организаций здравоохранения / Б. А. Акматова [и др.]. — Бишкек, 2013. — 116 с.
5. Food and Drug Administration (FDA) [electron resource]. — Access mode : (www.fda.gov). — Access date : 05.03.2016.
6. National Institute for Health and Care Excellence (NICE) [electron resource]. — Access mode : (http://www.nice.org.uk/guidance/conditions-and-diseases/fertility—pregnancy-and-childbirth/pregnancy). — Access date : 05.03.2016.
7. Pregnancy and Breastfeeding Resources [electron resource]. — Access mode : (http://www.drugs.com/pregnancy/). — Access date : 05.03.2016.

DETERMINANT ASSESSMENT OF MEDICATION USAGE AT PREGNANT WOMEN ON THE TERRITORY OF THE KYRGYZ REPUBLIC

T. A. Zholosheva

SEI HPE «Kyrgyz Russian Slavic University n. a. the First President of Russia B. N. Yeltsin» (Bishkek, Kyrgyz Republic)

Data of questionnaires of obstetricians-gynecologists at primary and stationary levels of health care organizations concerning features of pharmacotherapy at pregnant women are analyzed in the article as follows from the clinical protocols approved by the Ministry of Health of the Kyrgyz Republic, by the clinical managements and by data of evidential medicine. The answers of pregnant respondents to the questions concerning the performed treatment by obstetricians-gynecologists and assessment of their commitment to the performed pharmacotherapy are also presented.

***Keywords**:* pregnancy, determinants, medicines, evidential medicine, commitment.

About authors:

Zholosheva Tolgonay Azimbekovna — senior teacher of basal and clinical pharmacology chair of medical faculty at SEI HPE «Kyrgyz Russian Slavic University n. a. the First President of Russia B. N. Yeltsin», e-mail: tolgonai_g@mail.ru

List of the Literature:

1. Medication usage : bases of pharmacoepidemiology, pharmacoeconomics and evidential medicine: guidance / A. A. Zurdinova [et al.]. — B. : Salam, 2015. — 152 p.
2. The clinical guide to diagnostics, treatment and prophylaxis of hypertensive disturbances at pregnant women at primary level of health care in the Kyrgyz Republic / B. K. Barktabasova [et al.]. — Bishkek, 2010. — 55 p.
3. Lutsevich K. A. Safe usage of medication during pregnancy in focus of the international practice at organization of pharmacovigilance and teratological information service system / K. A. Lutsevich, O. V. Reshetko, I. I. Sanina // Pediatric pharmacology. — 2012. — Vol. 9, N 6. — P. 40–47.
4. Physiological pregnancy. Polycarpous pregnancy. Acute pyelonephritis at pregnancy. Spontaneous abortion. Premature labor activity. Infections during pregnancy : collection of clinical protocols for medical specialists of health care organizations / B. A. Akmatova [et al.]. — Bishkek, 2013. — 116 p.
5. Food and Drug Administration (FDA) [electron resource]. — Access mode : (www.fda.gov). — Access date : 05.03.2016.
6. National Institute for Health and Care Excellence (NICE) [electron resource]. — Access mode : (http://www.nice.org.uk/guidance/conditions-and-diseases/fertility—pregnancy-and-childbirt

h/pregnancy). — Access date : 05.03.2016.
7. Pregnancy and Breastfeeding Resources [electron resource]. — Access mode : (http://www.drugs.com/pregnancy/). — Access date : 05.03.2016.