

## ПОЛИПРАГМАЗИЯ ПРИ ЛЕЧЕНИИ БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН

В.Е. Радзинский, Г.Ф. Тотчиев

Кафедра акушерства и гинекологии с курсом перинатологии РУДН, Москва

Обсуждается проблема широкого использования лекарственных средств при беременности, эффективность которых не доказана. Приводятся данные международных и отечественных исследований, подтвердивших необоснованное назначение беременным большого количества лекарственных средств.

**Ключевые слова:** полипрагмазия, беременность, ошибки фармакотерапии

The article discusses the problem of widespread use of drugs with unproven efficacy during pregnancy. The data of international and domestic research confirming the unreasonable administration of large number of medicines in pregnant women are presented.

**Key words:** polypragmasy, pregnancy, drug therapy errors

Совет министров здравоохранения Евросоюза в последние дни 2009 г. отметил ряд негативных тенденций в лекарственном обеспечении жителей Европы, основной из которых названа “лекарственная распушенность” врачей различных специальностей. Вместо провозглашенного Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ) в конце XX в. постулата “демедицинализация лечебного процесса в XXI в.” первое его десятилетие характеризуется широким использованием лекарственных средств, эффективность которых не доказана [2].

В то же время увеличение потребления лекарств во время беременности во всем мире озабочено более ранним периодом – концом прошлого столетия. Именно это обстоятельство легло в основу “акушерской агрессии” как фактора, снижающего результативность медицинской помощи беременным, роженицам и родильницам.

В наиболее масштабном исследовании, выполненном ВОЗ в 1987–1988 гг., обнаружено, что среди 14 778 беременных из 22 стран мира 86 % женщин принимали по крайней мере одно лекарственное средство при среднем показателе 2,9 (от 1 до 15) используемых препаратов [4]. Более современные международные исследования, проведенные в отдельно взятых странах, показали, что лекарственные средства получают в среднем 75–86 % беременных. Так, во Франции в 1996 г. 99 % женщин за период беременности получали по крайней мере одно лекар-

ственное средство – в среднем 13,6 наименования [1].

Революционные, по сути, изменения в сфере лекарственного обращения, произошедшие в отечественном здравоохранении за время “перестроечного” периода, создали известную проблему контроля качества лечения. Структура назначаемых лекарственных средств вызывает, возможно, даже большую обеспокоенность, чем их количество.

Фармакоэпидемиологические исследования, проведенные в России, несмотря на свою немногочисленность, тем не менее, отражают всю остроту ситуации. Так, в исследовании, проведенном в Приморском крае Е.В. Елисеевой и соавт., анализ 703 карт беременных, обратившихся на сроках беременности от 3 до 32 недель по вопросу возможного отрицательного влияния лекарственных средств на плод, выявил, что 41,81 % назначенных препаратов представляли потенциальный риск для плода (категории С, D и X); применявшиеся в 28,15 % случаев средства оказались не включенными в классификацию FDA (Food and Drug Administration) – их риск при беременности не был известен; и только 3,75 % лекарственных средств можно было считать безопасными.

По данным другого многоцентрового фармакоэпидемиологического исследования, проведенного Е.А. Стриженов и соавт., только треть (31 %) среди 5971 проанализированного назначения лекарственных средств была безопасной для беременных

(категория А), 11,1 % – относительно безопасными, риск для плода окончательно не установлен (категория В), 13,5 % представляли потенциальный риск для плода (категория С, D и X); 44,6 % всех назначенных лекарственных средств не были включены в классификацию FDA. Среднее число назначенных препаратов составило  $11 \pm 5,3$  различных наименований (от 1 до 26). Как тут не вспомнить слова великого И.П. Павлова: “...когда я вижу рецепт, содержащий пропись трех и более лекарств, я думаю: какая темная сила заключена в нем!”

Следует признать, что на сегодняшний день основной составляющей диспансеризации беременных пациенток является необоснованное назначение им большого количества лекарственных средств (полипрагмазия). Кстати, данное обстоятельство сегодня является обычной практикой фармакотерапии многих других состояний. Фармакоэкономические исследования показывают, что в среднем в поликлинике пациент получает 4,5 единицы медикаментов, а в стационаре – 7,5 [3].

Участившиеся в последнее время судебные процессы в отношении врачей, назначивших неверное лечение, требуют еще раз акцентировать внимание на ошибках фармакотерапии, наиболее типичных причинах неправомерных действий врачей, назначающих лекарства:

- не назначаются лекарственные препараты, которые показаны;
- показанные лекарственные средства применяются неверно;

- назначаются противопоказанные лекарственные препараты;
- назначаются непоказанные лекарственные препараты;
- используются нерациональные сочетания лекарственных препаратов.

В дополнение к сказанному уместно было бы вспомнить известного профессора-терапевта И. Мадьяра, который считал, что лечебной полипрагмазии нередко предшествует полипрагмазия диагностическая. Подтверждений данному тезису из реальной жизни множество: в одном из стационаров дотационного федерального региона все беременные с “угрозой”, ничем не подтвержденной, получали от 15 до 18 препаратов, что превосходит даже средние показатели по Москве!!!

Приведенные выше исследования показали, что тактика фармакотерапии беременных не соответствует современным стандартам. Широко используются препараты с недоказанной клинической эффективностью и безопасностью при беременности, часто назначаются нерациональные комбинации лекарственных средств, используются устаревшие схемы лечения, не соблюдается режим дозирования и длительности терапии. Кроме того, показательным является факт применения лекарственных средств

без назначения врача 58 % женщин, несоблюдение рекомендаций по приему назначенных препаратов – в 80 % случаев. Соответствие стереотипов профилактики и лечения большинства заболеваний при беременности некоторым отечественным рекомендациям отнюдь не мешает им существенно отличаться от международных стандартов.

Основным показанием к назначению лекарственной терапии являлись лечение и профилактика угрозы прерывания беременности (22,7 % среди всех показаний к применению лекарственных средств), фетоплацентарной недостаточности (12,4 %), гиповитаминоза (11,2 %), анемии (10,7 %), гестоза (10,1 %).

Представленные статистические выкладки еще раз подтверждают, что лечение беременных, особенно “плодов как пациентов”, – мировая научно-клиническая проблема. Увы, в мире нет средств, “охраняющих” беременность, “улучшающих маточно-плодный кровоток” и ликвидирующих гипоксию плода. И это вовсе не значит, что к этому не следует стремиться. Но средства должны быть либо с доказанной эффективностью, либо минимум безвредными, ибо “*non nocere*” было, есть и вечно будет основой врачебной этики и профессионализма [2].

Ежедневно на практике мы наблюдаем, как отсутствие доказательств неблагоприятного влияния на состояние матери и плода отдельных препаратов, достаточно часто применяющихся при беременности (наряду с успешным использованием в отечественной практике традиционных схем терапии на протяжении многих десятилетий), не позволяет в настоящее время отказаться от них в первую очередь из-за отсутствия психологической готовности беременных и консерватизма большинства врачей акушеров-гинекологов.

Прогресс в познании причин и патологических механизмов, лежащих в основе заболеваний, способствовал созданию противодействующих им лекарственных средств. Однако наряду с их положительным благотворным влиянием мы зачастую забываем об ограничениях в их применении. Отсутствие защитных механизмов у бластоцисты, зародыша и эмбриона, а кроме того, и достаточных знаний, касающихся влияния того или иного лекарственного препарата на плод, требует при их назначении исходить из интересов не только матери, но и плода. И в этом аспекте основным правилом, которым руководствуется врач, должен быть все тот же принцип “Не навреди!”.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Стриженов Е.А., Гудков И.В., Страчунский Л.С. Применение лекарственных средств при беременности: результаты многоцентрового фармакоэпидемиологического исследования // *Клин. микробиол. антимик. химиотер.* 2007. Т. 9. № 2. С. 162–75.
2. *Формуляр лекарственных средств в акушерстве и гинекологии* / Под ред. В. Е. Радзинского. М., 2011. С. 800.
3. Collaborative Group on Drug Use in Pregnancy “Medication during pregnancy: an intercontinental cooperative study”. *Int J Gynecol Obst* 1992;39: 185–96.
4. Steers W. Downside of Drug Use in the Elderly. *Plenary Session of the AUA in Anaheim. May 23, 2007.*

### Информация об авторах:

**Радзинский Виктор Евсеевич** – доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой акушерства и гинекологии с курсом перинатологии РУДН;  
**Тотчиев Георгий Феликсович** – доктор медицинских наук, профессор кафедры акушерства и гинекологии с курсом перинатологии РУДН