

#### Редакционный совет

Р.М. Абдуллабекова (Казахстан)  
Виталис Бриедис (Литва)  
А.И. Гризодуб (Украина)  
Н.Т. Джайнакбаев (Казахстан)  
В.Л. Дорофеев (Россия)  
А.Э. Зурдинов (Кыргызстан)  
Милан Земличка (Чешская Республика)  
М.К. Мамедов (Азербайджан)  
Е.В. Матвеева (Украина)  
Б.К. Махатов (Казахстан)  
И.А. Наркевич (Россия)  
Т.М. Нургожин (Казахстан)  
Д.А. Рождественский (Беларусь)  
А.Б. Шукирбекова (Казахстан)  
А.Н. Юнусходжаев (Узбекистан)

#### Редакционная коллегия

Н.И. Гунько  
У.М. Датхаев  
М.И. Дурманова  
П.Н. Дерябин  
И.Р. Кулмагамбетов  
Р.С. Кузденбаева  
В.Н. Локшин  
А.И. Нургаев  
А.У. Тулегенова  
Ж.А. Сатыбалдиева

Заместитель  
главного редактора  
Ф.Э. Сулеева

Дизайн и верстка  
А.В. Беккер



#### Адрес редакции:

050004, РК, г. Алматы,  
пр. Абылай хана, 63, оф. 215,  
тел.: +7 (727) 273 03 73,  
+7 (747) 373 16 17 (whatsApp).  
E-mail: pharmkaz@dari.kz;  
www.pharmkaz.kz

#### Отпечатано в типографии

ОО «Казахское общество слепых».  
РК, г. Алматы, ул. Айша-биби, 259.  
Телефоны: 8 (727) 290 82 13, 290 83 82  
Дата издания: 31.08.2019 г.  
Тираж: 600 экз. Заказ №422  
Периодичность: 1 раз в месяц.

#### Территория распространения

Казахстан, Россия, Украина, Узбекистан,  
Кыргызстан, Беларусь, Азербайджан

Журнал зарегистрирован Министерством  
культуры, информации и общественного согласия  
Республики Казахстан.  
Свидетельство об учетной регистрации №3719-Ж  
от 19.03.2003 г.

## СОДЕРЖАНИЕ

<b>ОФИЦИАЛЬНЫЙ ОТДЕЛ</b> .....	4
 <b>ОБЩЕСТВЕННОЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЕ</b>	
<i>ЖАНДОСОВ О.К., КАУСОВА Г.К.</i> Качественная своевременная диагностика и лечение патологий молочных желез как фактор влияния на эпидемиологические показатели рака.....	12
 <b>ПОИСК. ИССЛЕДОВАНИЯ. ЭКСПЕРИМЕНТ</b>	
<i>САТБАЕВА Э.М., САКИПОВА З.Б., ИБРАГИМОВА Н.А., СЕЙТАЛИЕВА А.М., АПСЕМЕТОВ Д.Р.</i> Изучение <i>in vivo</i> токсичности суппозиторий «Кызылмай®», «Кызылмай® с прополисом» и «Облепиховые с Кызылмай®» .....	16
<i>АЗИМХАНОВА Б.Б., УСТЕНОВА Г.О., ШАРИПОВ К.О.</i> Изучение технологических параметров растительного сырья – Клоповника широколистного ( <i>Lepidium Latifolium L.</i> ) .....	21
<i>АРЫСТАНОВА С.Т., ИРИСМЕТОВА Д.Н., ОҢАЛБАЙ Б.Б., ЖУМАНАЗАРОВ Н.А.</i> Морфофункциональное исследование почечного тельца при воздействии желтого фосфора на лабораторных животных .....	24
<i>АЯЗБЕКОВ А.К., НУРХАСИМОВА Р.Г.</i> Проблемы фармакотерапии экстрагенитальных заболеваний во время беременности .....	31
 <b>ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОЕ ПРАВО</b>	
<i>АЛТЫБАЕВ Н.К., УБАЙДАЕВА А.Б., ЕРМАХАН Б.Б., ТАТЫКАЕВА У.Б., ЖУМАНАЗАРОВ Н.А.</i> Кәсіби медициналық көмек көрсету барысында анықталған қателіктерді сот медициналық сараптау.....	34
<i>АЛТЫБАЕВ Н.К., ДОСЖАНОВ С.С., ЖУМАНАЗАРОВ Н.А.</i> Емдеу-профилактика мекемелерінде көрсетілген медициналық көмек қателіктерін құқық негізінде бағалау.....	40
 <b>КЛИНИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА</b>	
<i>МҮСІЛІМ К.К.</i> Изучение клинических эффектов лекарственного препарата «Бетасерк» у пациентов с головокружением в клинической практике .....	46

**АЯЗБЕКОВ А.К.<sup>1</sup>, НУРХАСИМОВА Р.Г.<sup>2</sup>,**

<sup>1</sup>Казахстанский медицинский университет «ВШОЗ», г. Алматы, <sup>2</sup>Международный казахско-турецкий университет имени Х.А. Ясауи, г. Туркестан

# **ПРОБЛЕМЫ ФАРМАКОТЕРАПИИ ЭКСТРАГЕНИТАЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ВО ВРЕМЯ БЕРЕМЕННОСТИ**

**Рост экстрагенитальной патологии и осложнений во время беременности требует медикаментозного лечения, арсенал лекарственных средств же настолько широк, что полипрагмазия стала повседневной реальностью. Поэтому выбор и назначение лекарственных препаратов для беременной женщины требует особого подхода.**



## **АННОТАЦИЯ**

Назначение лекарственных препаратов беременной женщине является вопросом сложным. Рост экстрагенитальной патологии и осложнений беременности требует фармакотерапии, а арсенал лекарственных средств настолько широк, что полипрагмазия стала повседневной реальностью. Поэтому целью данной статьи стало изучение характера и целесообразности назначения лекарственных средств, определение частоты показаний к медикаментозной терапии среди беременных, страдающих экстрагенитальными заболеваниями.

На основе ретроспективного анализа индивидуальных и обменных карт рожениц (жительниц г. Туркестан) нами выявлено следующее. Приём лекарственных препаратов происходит либо до того, как женщина узнаёт о своей беременности, либо без консультации врача. Кроме того, реальная практика применения лекарств беременными не всегда соответствует врачебным назначениям, что подтверждено ответами респонденток.

**Ключевые слова:** беременность, фармакотерапия, экстрагенитальная патология, лекарства.

## **АКТУАЛЬНОСТЬ**

Патогенез многих заболеваний и осложнений во время беременности весьма разнообразен, поэтому в современном акушерстве широко применяется почти весь спектр лекарственных средств, которые предлагает современная фармакология. Однако безопасное медикаментозное лечение во время беременности является одним из наименее изученных аспектов

репродуктивного здоровья. [2,3,7]

В настоящее время применяется около 40 лекарственных препаратов, тератогенный или токсический эффект которых доказан, однако лишь немногие из них безопасны при беременности [13]. Вследствие того, что беременные женщины по этическим соображениям потенциально исключены из клинических исследований, у большинства ЛП отсутствуют доказательные данные об их эффективности и безопасности во время беременности. Применение медикаментов для лечения данной категории пациентов продолжает оставаться малоизученной областью медицины как в отношении риска, так и пользы [14,15]. Выявление тератогенных свойств медицинских препаратов затруднено тем, что имеется определенный естественный фон пороков развития плода, связанных с генными и хромосомными аномалиями, инфекциями, экологией, различной видовой спецификой исследований. Эти факторы не позволяют экстраполировать экспериментальные данные, полученные у животных, на человека. Физиологические изменения во время беременности, в свою очередь, могут приводить к изменению фармакокинетики ЛП, что зачастую ведёт к субоптимальному дозированию лекарственных препаратов [8]. Согласно данным исследования бразильских ученых, ими опрошены 5 564 беременные женщины, посетившие медицинские учреждения с 21 до 28 недель гестации [1,5]. Вопросы анкеты были составлены по группам: прием препаратов с целью обезболивания, профилактический прием комплекса витаминов, антианемическая терапия, судороги, прием ЛС от кашля.

Согласно полученным результатам, 4 614 (83,8%) из 5 564 женщин принимали, по меньшей мере, один из зарегистрированных в стране 9 556 лекарств. Наиболее часто применялись антианемические (33,5%), гастропротекторы (31,3%), обезболивающие и противовоспалительные (22,2%), антибиотики (11,1%). Из 9 556 зарегистрированных лекарственных средств 3 243 (34%) имеют явный тератогенный эффект и относятся к группе А [3,8]. Часто лекарства употребляются респондентками либо до того, как они узнают о своей беременности, либо без консультации врача [4]. Кроме того, реальная практика применения препаратов беременными не всегда соответствует врачебным назначениям, что подтверждено рядом исследований. [6]

### ЦЕЛИ ИССЛЕДОВАНИЯ

Изучение характера и целесообразности назначения лекарственных средств, определение частоты и структуры показаний к медикаментозной терапии беременным, страдающим экстрагенитальными заболеваниями.

### МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Нами проведен ретроспективный анализ медицинской документации ГКП на ПХВ «Областной перинатальный центр №3» и женских консультаций города Туркестан. Изучено 324 индивидуальных и обменных карт, форм 111/у и 113/у, проведено анкетирование 270 женщин в послеродовом периоде на 1-2 сутки после родов. Изучались сроки назначения медицинских препаратов и цели назначения, а именно профилактический прием, лечебное назначение, количество и наименование назначенных лекарств в течение беременности, показания и уровень назначения (стационарное или амбулаторное). В анкете было 16 вопросов, которые составлялись нами по аналогичным параметрам анализа и изучения медицинской документации.

### РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЯ

По данным медицинской документации дородового наблюдения за беременными (индивидуальные и обменные карты, выписки из историй болезни), из 324 беременных 124 (38,2%) назначались лекарственные средства. Из 270 опрошенных нами беременных 239 (88,5%) принимали лекарства, 11,5% от общего количества беременных не нуждались в медикаментозном лечении.

Полученные в результате анкетирования данные совпадают с данными исследований, которые проводили в разных странах. То есть 80 и более процентов беременных нуждаются в медикаментозном лечении. Из изученных нами случаев следует вывод, что чаще всего лекарства назначают участковые акушеры-гинекологи (61%), терапевты (22,5%), врачи общей практики (10%), участковые акушерки (6%),). Наименьший процент назначений – у узкопрофильных специалистов (0,5%). Всего (анализировали по наименованиям ЛП) было назначено 524 лекарственных средства. В рамках проводимого нами исследования выяснилось,

какое количество беременных женщин получает медикаментозную терапию (по уровням назначения):

- на уровне стационара получали лекарства 24,1% от общего числа пациенток;
- на уровне амбулаторно-поликлинической службы – 75,8;
- длительность медикаментозной терапии на уровне стационара в среднем составила 5,1±0,3 койко-дней;
- на уровне поликлинической службы – 9,6 дней.

Более продолжительное назначение ЛП по срокам на уровне поликлинической службы связано с назначением длительных приемов антианемических препаратов, венотоников, антиагрегантных ЛС. Экстрагенитальная патология потребовала назначения медикаментозного лечения в 78,2%, а в 21,7% случаев показанием стала акушерско-гинекологическая патология. По срокам назначения препаратов (то есть в период до 13 недель гестации), рецепты на лекарства были выписаны 25,8% беременных, от 14 до 27 недель беременности – 29,8%, от 28 недель до родов – 44,3%. Назначения до 27 недель чаще были вызваны акушерской патологией (различные токсикозы, рвота беременных, угроза прерывания беременности), от 28 недель и до родов – при обострении хронических инфекций почек, бронхитах, анемии, простудных заболеваниях. По количеству принятых за всю беременность ЛС: одно принимали 44,3%, два – 26,6%, три – 14,5%, четыре – 7,2%, пять – 2,8%, шесть – 2,0%, семь – 2,6%.

По группам: чаще всего назначались железосодержащие ЛП (25,9%), прогестероны (20,1%), антибиотики (19,3%), аспирин в малой дозировке (8%), фолаты (7,2%), обезболивающие и жаропонижающие ЛП (7%), витаминные комплексы (4,2%), венотоники (2,7%), гепато- и гастропротекторы и антациды (1,1%), противокашлевые и отхаркивающие (0,9%), противовирусные ЛП (1,3%), спазмолитики (1,7%), йодсодержащие ЛП (0,6%). Широкое назначение железосодержащих препаратов обусловлено тем, что Туркестан входит в эндемическую зону по железодефицитной анемии. Распространенность железодефицитной анемии среди беременных в Туркестане достигает 75%. При изучении карт беременных, принимавших железосодержащие препараты, только в 2 из 10 случаях до назначения антианемической терапии был определен уровень сывороточного железа в крови. Повторный динамический контроль над уровнем железа после терапии ни в одном случае проведен не был. Только в 7,2% случаев беременным назначались фолаты, хотя в национальных руководствах по ведению физиологической беременности препараты фолиевой кислоты указаны как обязательные для профилактики дефектов нервной трубки. Этот факт указывает на низкую приверженность врачей к выполнению рекомендаций клинико-диагностических протоколов.

Из 270 респонденток лишь малая часть (13,8%) ответила, что до и после назначения лекарственных препаратов никаких лабораторных исследований не проводилось. Назначение коротких курсов антибиотикотерапии и однократный прием, или же 3-5-дневные профилактические курсы приема ЛП должны быть

проведены женщинам с бессимптомной бактериурией на основе бактериологического исследования мочи при постановке на диспансерный учет по беременности. Однако скрининг, утвержденный соответствующим протоколом заседания экспертного совета при МЗ РК, указанный в клинко-диагностическом протоколе «Ведение физиологической беременности», из изученных 324 случаев исполнен только в 99 случаях (30,5%). По документам выявлено 3 положительных случая бактериурии (3%), с лечением цефалоспоринов третьего поколения, но без определения чувствительности к антибиотикам.

Из 270 опрошенных нами женщин 47 (19,6%) отметили, что не полностью выполняли указания врача по кратности и срокам приема ЛС, 27 респонденток (11,2%) имели побочные эффекты (это покраснения, зуд, диарея, изжога, боли в животе). 211 женщин были согласны с назначением лекарства (88,2%), 28 (11,8%) указали, что не принимали назначенных врачом ЛС. В анкете женщины отмечали, что принимали без назначения врача фитопрепараты (Канефрон®, Инсти®), жаропонижающие (Антигриппин, МаксиГриппин®), местные антисептики (Ингалипт). Из вышеизложенного, полагаем, следует, что фармакотерапия беременных является сложной и актуальной проблемой, которая, несомненно, требует дальнейшего изучения.

### ВЫВОДЫ

1. Экстрагенитальная патология является приоритетной причиной назначения медикаментозной терапии в родовом периоде, и только четвертая часть из всех медикаментов назначена по акушерским причинам.

2. Проводимая медикаментозная терапия (до 85%) назначается и выполняется с нарушением стандартов, утвержденных клинко-диагностическими протоколами, без должной клинко-лабораторной и динамической оценки обоснованности до назначения и эффективности после лечения.

3. Каждое третье назначение ЛС беременной осуществляется без фиксации в медицинских документах. Такая практика должна быть прекращена, каждый прием медикаментов необходимо подтвердить документально. Кратность, частота, эффективность, побочные эффекты должны быть учтены, и при появлении но-

ворожденного в анамнезе обязательно указываться.

4. Специалистам службы контроля безопасности лекарств необходимо регулярно проводить мониторинг применения ЛС во время беременности и соответствия лекарственной терапии общепринятым рекомендациям. Назначение медикаментов беременным, особенно на малых сроках, необходимо проводить с учетом стадии органогенеза, индивидуальных особенностей пациенток, наличия патологии со стороны выделительных органов (почек, печени, желудочно-кишечный тракт).

5. Профилактические мероприятия (скрининг на бактериурию, профилактический прием фолатов), утвержденные клинко-диагностическими протоколами, с доказанной эффективностью, а так же профилактические приемы ЛС по выявленным результатам скрининга выполняются не на должном уровне. Так, из 10 случаев только в трех имеет место исполнение рекомендаций врача.

6. Рациональное и контролируемое применение лекарственных препаратов во время беременности по ряду причин не осуществляется.

### SUMMARY

AYAZBEKOV A.<sup>1</sup>, NURKHASIMOVA R.<sup>2</sup>,  
<sup>1</sup>Kazakhstan's Medical University "KSPH",  
Almaty c., <sup>2</sup>Akhmet Yassawi International  
Kazakh-Turkish University, Turkestan c.

### PROBLEMS OF PHARMACOTHERAPY OF EXTRAGENITAL DISEASES URING PREGNANCY

It is always a difficult question to prescribe a pregnant woman. The growth of extragenital pathology and pregnancy complications requires pharmacotherapy, and the arsenal of drugs is so wide that polypharmacy has become an everyday reality.

The purpose of the study is the nature and feasibility of prescribing drugs, to determine the frequency and structure of indications for drug therapy among pregnant women suffering from extragenetic diseases.

**Keywords:** pregnancy, pharmacotherapy, extragenital disease, medicament.

### Литература:

1. Mengue S.S., Schenkel E.P., Duncan B.B., Schmidt M.I. Drug use by pregnant women in six Brazilian cities. – *Rev Saude Publica.* – 2001;35:415-20.
2. Brucker M.C. Top ten pharmacologic considerations in pregnancy. Program and abstracts of the 5th Annual Conference of the National Association of Nurse Practitioners in Women's Health. – September 27-29, 2002; Scottsdale, Arizona.
3. National Center for Health Statistics, CDC. 1997 National Ambulatory Medical Care Survey. [Электронный ресурс]: [https://wonder.cdc.gov/wonder/sci\\_data/surveys/namcs/type\\_txt/namcs97.asp](https://wonder.cdc.gov/wonder/sci_data/surveys/namcs/type_txt/namcs97.asp).
4. Weiss S.R., McFarland B.E., Corelle C., et al. Patterns of drug use in pregnancy [abstract]. – *Pharmacoepidemiol Drug Saf.* 1997;6(suppl. 2): S. 69.
5. Weiss S.R. Prescription Medication Use in Pregnancy. – *Medscape Pharmacotherapy*, 2000;2(2).
6. Olesen C., Sorensen H.T., de Jong-van den Berg L., et al. Prescribing during pregnancy and lactation with reference to the Swedisp classification system. A population-based study among Danish women. The Euromap Group. – *Acta Obstet Gynecol Scand*, 1999;78:686-92.
7. Стриженов. Е.А. Автореферат диссертации «Фармакоэпидемиология лекарственных средств у беременных». – Смоленск, 2002, 24 с.
8. Henry A., Crowther C. Patterns of medication use during and prior to pregnancy: the MAP study. – *Aust. N. Z. J. Obstet. Gynaecol.* – 2000. – V. 40. – P. 165-172.