

УДК 615.2:618.2/.3:614.35:339.138

АНАЛИЗ ЛЕКАРСТВЕННОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ ЖЕНЩИН В ПЕРИОД БЕРЕМЕННОСТИ

© 2015 М.Р. Дударенкова¹, Е.П. Гладунова², С.К. Кшнясева¹, Е.С. Горбунова¹,
Ю.У. Нигматуллина¹, В.В. Тимошук²¹Оренбургский государственный медицинский университет²Самарский государственный медицинский университет

Статья поступила в редакцию 19.11.2015

В статье приведены результаты контент-анализа карт беременной и родильницы по лекарственно-му обеспечению лечебных мероприятий на амбулаторном этапе при состояниях, связанных с невынашиванием беременности (невынашивание беременности, замершая беременность, беременность с гиперкоагуляционным синдромом, гемолитической тромбофилией, плацентарными нарушениями) в 2013–2014 г. по сравнению с регламентированным перечнем лечебных мероприятий при оказании медицинской помощи женщинам в период беременности.

Ключевые слова: *лекарственное обеспечение, лечебные мероприятия, невынашивание беременности*

Охрана материнства и детства – система государственных и общественных мероприятий, направленных на обеспечение здоровья матери и ребенка, укрепление семьи, поощрение материнства, создание наиболее благоприятных условий для воспитания детей, их физического, интеллектуального и нравственного развития. Состояние здоровья матери и ребенка – залог изменения общей демографической и социальной картины в нашем государстве, поэтому одним из главных направлений деятельности здравоохранения России является обеспечение охраны здоровья женщин и повышение качества медицинского обеспечения беременных [4]. Приоритетность данного направления деятельности здравоохранения России доказывают объективные статистические данные: население России на протяжении последних 16 лет растет, а количество абортос постоянно снижается, причем снижается как абсолютное число абортос, так и процентное соотношение абортос к нормальным родам [1]. По оперативным данным Росстата, естественный прирост населения в России в 2013 г. составил 19,1 тысяч человек, в 2014 г. – 33,7 тыс.

Дударенкова Марина Рудольфовна, кандидат фармацевтических наук, доцент кафедры управления и экономики фармации, фармацевтической технологии и фармакогнозии. E-mail: dfarm88@mail.ru

Гладунова Елена Павловна, доктор фармацевтических наук, доцент кафедры управления и экономики фармации. E-mail: managpharm@gambler.ru

Кшнясева Светлана Константиновна, доктор медицинских наук, доцент кафедры акушерства и гинекологии. E-mail: hyroхyа@mail.ru

Горбунова Екатерина Сергеевна, ассистент кафедры управления и экономики фармации, фармацевтической технологии и фармакогнозии. E-mail: gorbunova_ekaterina_sergeevna@mail.ru

Нигматуллина Юлия Ульфатовна, ассистент кафедры управления и экономики фармации, фармацевтической технологии и фармакогнозии. E-mail: poet200707@mail.ru
Тимошук Владислав Владимирович, студент

человек. В августе 2015 г. произошло увеличение значения естественного прироста в РФ в сравнении с августом прошлого года на 3481 человек. Уменьшение естественного прироста продемонстрировали только Северо-Кавказский и Крымский Федеральные округа.

В настоящее время основным нормативным документом, регламентирующим порядок оказания медицинской помощи в период беременности, является Приказ Минздрава России от 01.11.2012 № 572 «Порядок оказания медицинской помощи по профилю «Акушерство и гинекология» (Приказ). Несмотря на наличие регламентированного порядка оказания медицинской помощи беременным женщинам, в т.ч. с различными патологиями и при различных состояниях, а также этапности оказания медицинской помощи женщинам в период беременности, родов и послеродовом периоде, лекарственное обеспечение лечебных мероприятий в большинстве случаев предполагает выбор конкретного препарата из указанной фармакологической группы врачом-гинекологом. При отсутствии фармакоэпидемиологических и фармакоэкономических исследований это существенно усложняет работу специалистов.

Цель исследований: анализ лекарственного обеспечения беременных женщин на амбулаторном этапе при состояниях, связанных с невынашиванием беременности (невынашивание беременности, замершая беременность, беременность с гиперкоагуляционным синдромом, гемолитической тромбофилией, плацентарными нарушениями).

Для достижения поставленной цели решались следующие **задачи:** изучение источников финансирования лекарственного обеспечения женщин в период беременности, анализ карт беременной и родильницы по выявлению состояний, связанных с невынашиванием беременности (НБ) (привычное НБ, замершая беременность

(ЗБ), беременность с гиперкоагуляционным синдромом (ГКС), гемолитической тромбофилией (ГТ), плацентарными нарушениями), сравнительный анализ методов и схем лечения с регламентированными, анализ исходов беременности при каждой из применяемых схем терапии.

Объектами исследования послужили индивидуальные карты беременной и родильницы женской консультации ГАУЗ «Оренбургская областная клиническая больница № 2» (ГАУЗ «ООКБ № 2») за 2013 (1100 шт.) и 2014 (899 шт.) годы. Достоверность выявленных результатов составила 100%, так как исследование проводилось на основе генеральной выборки.

Методами исследования явились контент-анализ карт беременной и родильницы на предмет врачебных назначений, сравнительный анализ.

В соответствии с действующим порядком финансового обеспечения расходов на оплату медицинским организациям (МО), участвующим в реализации программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, услуг по медицинской помощи, оказанной женщине в период беременности, территориальные органы Фонда социального страхования (ФСС) России перечисляют МО средства на оплату счетов за оказанные услуги ежемесячно. Оплата услуг осуществляется на основании талона родового сертификата, выдаваемого женской консультацией при явке к врачу на очередной осмотр женщины со сроком беременности 30 недель (при многоплодной беременности – 28 недель) и более. За каждую беременную женщину, получившую соответствующие услуги в МО, территориальные органы ФСС перечисляют средства в размере 3000 рублей (6000 рублей – за роды и послеродовой период). Из них на обеспечение медикаментами женщин в период беременности предусмотрено 20-33% указанных средств [9], что в настоящее время составляет 600-990 рублей.

При сравнении динамики по основным исследуемым направлениям: НБ, ЗБ, гемодинамические нарушения (ГДН), фетоплацентарная недостаточность (ФПН), ГТ, ГКС было установлено, что выявляемость данных патологий в 2014 г. снизилась по сравнению с 2013 г. у всех вышеназванных патологий за исключением ГДН и ГКС (прирост 2,15% и 0,67% соответственно). Анализ выкопировки данных из индивидуальных карт беременной и родильницы на предмет врачебных назначений по направлениям исследований показал как тождественность, так и различные подходы к фармакотерапии при сравнении 2013 и 2014 гг.

При первичном обследовании женщин и постановке их на учет врачи-гинекологи в 100% случаев назначали препараты фолиевой кислоты (фолиевая кислота, таблетки, покрытые оболочкой 1 мг № 30), препараты калия йодида

(Йодбаланс, таблетки 200 мкг № 100, Йодомарин, таблетки 200 мг № 100), комплексы поливитаминовых препаратов с минералами (Био-макс, таблетки покрытые оболочкой № 60; Витрум Пренатал, таблетки покрытые оболочкой № 60; Элевит Пронаталь, таблетки покрытые оболочкой № 30; Компливит Триместрум 1 триместр, таблетки покрытые оболочкой № 30; Мульти-табс Перинатал, таблетки покрытые пленочной оболочкой № 30). Данные препараты выдавались бесплатно путем выписывания рецепта в рамках оказания медицинской помощи, оказанной женщине в период беременности. Финансирование осуществлялось из федерального бюджета.

Периодичность приемов вышеназванных препаратов была различна, чаще всего врачи назначали препараты по 1 таблетке 1 раз в день. Фолиевую кислоту назначали в дозе 1 мг в сутки в течение всего I триместра, что соответствует инструкциям на зарегистрированные препараты фолиевой кислоты (рекомендация по Приказу – не более 400 мкг/сутки в течение всего I триместра). Поливитаминные препараты выписывали женщинам по 1 таблетке 1 раз в день в течение 60 дней (1 раз за беременность) или в течение 30 дней (2 раза за беременность, в I и II триместрах). Также при первичном приеме некоторые из врачей назначали дополнительно отдельные витамины и минералы: витамин Е (капсулы 200 мг № 30, № 60) по 1 или 2 раза в день, препараты кальция (Кальцемин, таблетки покрытые оболочкой № 30, № 60; Кальций-Д3 Никомед таблетки жевательные № 30, № 60). Назначение препаратов фолиевой кислоты в периконцептуальный период объясняется первичной профилактикой пороков развития нервной трубки плода [4], поскольку дефицит фолиевой кислоты и витамина В₁₂ ведет к нарушению синтеза и функций ДНК и, как следствие, нарушению развития и дифференцировки тканей плода, а поливитамины, содержащие полный комплекс микронутриентов (железо, цинк, селен, йод), снижают количество случаев врожденных пороков развития на треть и улучшают соматическое здоровье женщины [6]. Также имеются данные о причастности дефицита указанных веществ к развитию грозных осложнений беременности впоследствии – преэклампсии и эклампсии [7].

Назначение калия йодида в дозе 200-250 мкг/сут на протяжении всей беременности является требованием Приказа. Препараты йода все врачи назначали в дозе 200 мкг (по 1 таблетке 1 раз в день) на протяжении всей беременности, поскольку адекватное потребление йода женщиной во время беременности является надежной мерой профилактики тиреоидных расстройств и необходимым условием нормального развития плода и новорожденного. Кроме того, следует отметить, что недостаток йода может также стать причиной самопроизвольного выкидыша,

неразвивающейся беременности и других различных осложнений периода гестации [5].

При выявлении уже на первом приеме сопутствующих патологий женщин, врачи также проводили дополнительные назначения с целью купирования данных состояний. При наличии у женщины выявленной заранее по результатам анализов железодефицитной анемии, гинекологами назначались препараты железа (Ферретаб комп, капсулы пролонгированного действия № 30; Тотема, раствор для приема внутрь № 20, Фенюльс таблетки пролонгированного действия № 10, № 30) по 1-2 таблетке 1-2 раза в день. При воспалительных заболеваниях почек врачи выписывали женщинам препарат Канефрон Н (50 капель 3 раза в день или по 1 драже 2 раза в день), при сопутствующих генетических патологиях (генетическая тромбофилия) – антиагреганты и антикоагулянты (Курантил N 25, таблетки покрытые пленочной оболочкой 25 мг № 120; Курантил N 75, таблетки покрытые пленочной оболочкой № 40; Фраксипарин, раствор для подкожного введения 9500 анти-Ха МЕ/мл № 2; Дипиридамола, таблетки покрытые пленочной оболочкой 25 мг № 20, № 30, Дипиридамола, таблетки покрытые пленочной оболочкой 75 мг № 10, № 20, № 30, Тромбо АСС, таблетки покрытые кишечнорастворимой пленочной оболочкой 100 мг № 28). При отягощенном акушерском анамнезе врачами дополнительно назначались препараты магния (Магне В6, таблетки покрытые пленочной оболочкой № 50), препараты гестагена (Утрожестан, капсулы 100 мг № 30; Дюфастон, таблетки покрытые оболочкой 10 мг № 20, № 28, № 84), спазмолитики (Папаверин, суппозитории ректальные 20 мг № 10; Но-шпа, таблетки 40 мг № 20, № 30).

При ведении беременных женщин с привычным НБ Приказ регламентирует применение производных прегнена, производных прегнадиена и препаратов магния. Отечественные акушеры-гинекологи в терапии раннего самопроизвольного выкидыша также широко применяют как симптоматическую терапию (постельный или полупостельный режим, психологическая поддержка), так и назначают спазмолитики, проводят витаминотерапию [8]. Действительно, изучение данных, полученных из карт беременной и родильницы, по фармакотерапии привычного НБ показало, что в 2013 г. препаратом базисной терапии был Дюфастон (дидрогестерон, производное прегнадиена), таблетки покрытые оболочкой 10 мг № 20, № 28. Данный препарат назначался как в качестве монотерапии, так и в качестве терапии комплексом лекарственных средств. Монотерапия Дюфастоном длилась 3 или 4 недели (суточная доза 20 мг и 10 мг соответственно), монотерапия Магне В6 – 2 недели (по 2 таблетки 2 раза в день). Лечение комплексом препаратов основывалось на приеме Магне В6 (по 2 таблетки 2 раза в день) и Дюфастона в

течение 3 недель; Магне В6, Дюфастона и Папаверина. Следует отметить, что все случаи из рассматриваемых закончились очередными выкидышами.

В 2014 г. данных схем лечения не использовал ни один врач-гинеколог. При привычном НБ назначали Утрожестан, производное прегнена (2-3 раза в день 5 и 3 недели соответственно). Схемы комплексной терапии включали в себя применение Утрожестана (2 раза в день) и Магне В6 (2 раза в день) в течение 4 недель; дюфастона (3 раза в день) и Магне В6 (по 1 таблетке 2 раза в день) в течение 4 недель. Применение данных методик также приводило к выкидышам. Только лишь у одной женщины беременность с привычным НБ в 2014 г. закончилась родами. В данном случае применялось сочетание амбулаторной и стационарной терапии. На амбулаторном этапе женщине назначили Магне В6 (2 таблетки 2 раза в день) и свечи с папаверином (1 раз в день). Данная методика лечения проходила 2 курсами (в I и III триместрах) длительностью в 1 неделю. Во II триместре беременности женщина 5 дней находилась в дневном стационаре, где ежедневно проходила терапию 25% раствором магния сульфата и физиологическим раствором в объеме 200 мл (табл. 1).

Терапия ГДН всеми врачами-гинекологами проводилась по единой схеме: при отсутствии прочих заболеваний и отягощенного акушерского анамнеза лечение проводилось исключительно амбулаторно, при наличии сопутствующих патологий со дня выявления ГДН Ia степени или ГДН Ib степени (даже при отсутствии других патологических состояний) – стационарно (в отделении патологии беременных или дневном стационаре), затем терапия продолжалась амбулаторно. При лечении в 2013 г. ГДН Ia степени врачи-гинекологи назначали женщинам Актовегин (таблетки покрытые оболочкой 200 мг № 10, № 30; раствор для инъекций 40 мг/мл в ампулах по 5 мл № 10, № 20) и Курантил N75 (таблетки, покрытые пленочной оболочкой 75 мг № 40) по отдельности, по очередности или в комбинации для одновременного приема. Суточная доза Актовегина составила 400-600 мг/сут, Курантила – 75-150 мг/сут. При этом ни в одном из рассматриваемых случаев ГДН Ia степени у женщин не перешла в ГДН Ib степени. Амбулаторная терапия ГДН в 2014 г. проводилась аналогично (Актовегин в суточной дозе 600 мг/сут, Курантил 75-150 мг/сут). К базисным препаратам врачи-гинекологи добавляли Курантил N 25 (50-75 мг/сут), Тромбо АСС (100 мг/сут) и их различные сочетания (табл. 2).

Лечение ГДН Ia степени, сопровождавшееся прочими патологиями или отягощенным акушерским анамнезом, а так же ГДН Ib степени проводилось изначально в стационаре (при первичном выявлении ГДН), затем – амбулаторно по двум схемам: инъекционным раствором Актовегина (40

мг/мл по 10 мл) совместно с физиологическим раствором (200 мл) и таблетками Курантил N25 (по 1 таблетке 3 раза в день) в течение 5-7 дней или инъекционным раствором магнезии 25% (10 мл) совместно с физиологическим раствором

(200 мл) и таблетками Курантил N 25 (по 1 таблетке 3 раза в день) в течение 5-7 дней с дальнейшей амбулаторной терапией в обоих случаях Курантилом N 25 (3 раза в день) в течение 2 недель, табл. 3.

Таблица 1. Фармакотерапия НБ в 2013 и 2014 гг.

2013 год			2014 год		
Лекарственные препараты	Доза, мг/сут	Длительность терапии	Лекарственные препараты	Доза, мг/сут	Длительность терапии
Дюфастон	20	3 недели	Утрожестан	200	5 недель
Дюфастон	10	4 недели	Утрожестан	300	3 недели
Магне В6	2 табл. 2 р/д	2 недели	Утрожестан + МагнеВ6	200 1 табл. 2 р/д	4 недели
Магне В6 + Дюфастон	2 табл. 2 р/д 10	3 недели	Дюфастон + Магне В6	30 1 табл. 2 р/д	4 недели
Магне В6 + Дюфастон + Свечи с папаверином	1 табл. 2 р/д 10 20	1 неделя	Магне В6 + Свечи с папаверином Затем Sol.MgSO ₄ 25%-20 мл + Sol. NaCl 0,9% - 200 мл Затем Магне В6 + Свечи с папаверином	2 табл. 2 р/д 20 5000 1800 2 табл. 2 р/д 20	1 неделя 5 дней 1 неделя

Таблица 2. Фармакотерапия ГДН Ia степени при амбулаторном лечении в 2013 и 2014 гг.

2013 год			2014 год		
Лекарственные препараты	Доза, мг/сут	Длительность терапии	Лекарственные препараты	Доза, мг/сут	Длительность терапии
Актовегин	400	4 недели	Актовегин	600	3 недели
Актовегин	600	4 недели	Курантил N 25	50	3 недели
Курантил N 75	150	2 недели	Курантил N 75	150	5 недель
Курантил N 75	150	5 недель	Тромбо АСС	100	3 недели
Актовегин + Курантил N 75	200 в/в 150	3 недели	Актовегин + Курантил N75	600 150	3 недели
Актовегин + Курантил N 75, затем Актовегин	400 75 400	2 недели 4 недели	Курантил N 25, затем Актовегин + Курантил N 25	75 600 75	1 неделя 3 недели
Актовегин, затем Курантил N 75	600 150	4 недели 2 недели	Актовегин + Курантил N 25	600 75	3 недели
Актовегин, затем Курантил N 75, затем Актовегин, затем Курантил N 75, затем Актовегин	600 150 600 150 600	1 неделя 1 неделя 1 неделя 1 неделя 2 недели	Курантил N 75, затем Актовегин Курантил N 75 + Тромбо АСС, затем Тромбо АСС, затем Курантил N 75	75 200 75 100 100 75	1 неделя 4 недели 2 недели 2 недели 2 недели

Стоит отметить, что при лечении по первой названной методике (раствором Актовегина и натрия хлоридом, таблетками Курантила) у одной из женщин ГДН Ia степени на время (3 недели) перестали выявляться, а лечение одной из женщин по второй названной методике (внутреннее введение раствора магния сульфата и

физиологического раствора с приемом таблеток Курантил) вызвало компенсацию ГДН Ib степени в ГДН Ia степени (более легкую форму). В 2014 г. лечение в стационаре проходило лишь по первой схеме (Актовегин для инъекций 10 мл в сочетании с физиологическим раствором). Дополнительно к проведенному лечению уже в

амбулаторных условиях врачи назначали Курантил N 75 (2 раза в день в течение 4 недель),

Тромбо АСС (100 мг/сут в течение 4 недель) или Актовегин (3 раза в день в течение 4 недель).

Таблица 3. Фармакотерапия ГДН при стационарном лечении в 2013 и 2014 гг.

2013 год			2014 год		
Лекарственные препараты	Доза, мг/сут	Длительность терапии	Лекарственные препараты	Доза, мг/сут	Длительность терапии
Актовегин + Sol. NaCl 0,9% - 200 мл + Курантил N 25	400 1800 75	5-7 дней	Актовегин + Sol. NaCl 0,9% - 200 мл+Курантил N 25	400 1800 75	5-7 дней
Sol. MgSO ₄ 25%-10 мл + Sol. NaCl 0,9% - 200 мл+ Курантил N 25	2500 1800 75	5-7 дней	Актовегин+Sol. NaCl 0,9% - 200 мл	400 1800	5-7 дней
			Актовегин+Sol. NaCl 0,9% - 200 мл+Тромбо АСС	400 1800 100	5-7 дней

При исследовании врачебных назначений при терапии ФПН в 2013 г. можно заметить закономерность: при первичном выявлении данной патологии на сроке 30-35 недель без ГДН женщина направлялась в дневной стационар для лечения по схемам, аналогичным лечению ГДН (внутривенное введение Актовегина 10 мл в сочетании с физиологическим раствором; раствор магния сульфата 25% с физиологическим раствором). Дальнейшая амбулаторная терапия ФПН сопровождалась приемом таблеток Актовегина (2-3 раза в день 3 и 2 недели соответственно), Курантила N 75 (по 2 таблетке 2 раза в день), Курантила N 25 (по 1 таблетке 3 раза в день), сочетанию Курантила N 75 и Магне В6 (по 2 таблетке каждого препарата в течение 2 недель), таблеток Аскорутина. При наличии у женщин тяжелых сопутствующих патологий (гестозы, внутриутробная гипоксия плода, хроническая артериальная гипертензия) женщину направляли в отделение патологии беременных, где она, чаще всего, находится до момента родов. При выявлении ФПН на поздних сроках (36-40 недель) на фоне ГДН, как правило, врачи проводили дальнейшую терапию по той схеме, которую применяли для лечения ГДН. При анализе назначений в 2014 г. выяснилось, что стационарное лечение женщин с ФПН базировалось на одной схеме (внутривенное введение Актовегина 40 мг/мл и 200 мл физиологического раствора), а амбулаторное – на тех же схемах, что и в 2013 году (к терапии добавили лишь Тромбо АСС, таблетки покрытые кишечнорастворимой пленочной оболочкой 100 мг N° 28), таб. 4, 5.

Терапия ГТ в 2013 и 2014 гг. проводилась врачами-гинекологами совместно с гематологом. Лечение данной патологии основывалось на применении низкомолекулярных гепаринов (Фраксипарин, раствор для подкожного введения 9500 анти-Ха МЕ/мл N° 2; Фрагмин, раствор для внутривенного и подкожного введения 10000 МЕ/мл N° 20; Цибор, раствор для подкожного

введения 2500 МЕ N° 5, N° 15; Сулодексид, капсулы 250 ЛЕ N° 50, раствор для внутривенного и внутримышечного введения 300 ЛЕ/мл N° 10, N° 50) и препаратов фолиевой кислоты на весь срок беременности, что отвечает требованиям Приказа. В некоторых случаях гематологи также назначали вазодилатирующие препараты Курантил N 25, таблетки покрытые пленочной оболочкой 25 мг N° 120; Курантил N 75, таблетки покрытые пленочной оболочкой N° 40 до 36 недели включительно. При выявлении прочих патологий назначали дополнительно: при ГДН – Ангиовит, таблетки, покрытые оболочкой N° 60 (по 1 таблетке в течение 4 недель), Актовегин, таблетки покрытые оболочкой 200 мг N° 10, N° 30 (по 1 таблетке 3 раза в день в течение 2 недель), Дипиридамол, таблетки покрытые пленочной оболочкой 75 мг N° 10, N° 20, N° 30 (по 1 таблетке 1 раз в день в течение 3 недель), Тромбо АСС (100 мг/сут в течение 3-4 недель); при угрозе прерывания – Дюфастон, таблетки покрытые оболочкой 10 мг N° 20, N° 28, N° 84 (по 1 таблетке 2 раза в день в течение 3-4 недель), Утрожестан, капсулы 100 мг N° 30 (по 1 капсуле на ночь в течение 3 недель), Магне В6, таблетки покрытые пленочной оболочкой N° 50 (по 1-2 таблетки 2 раза в день), Тромбо АСС, таблетки покрытые кишечнорастворимой пленочной оболочкой 100 мг N° 28 (по 1 таблетке 1 раз в день в течение 3 недель), Папаверин, суппозитории ректальные 20 мг N° 10 (по 1 свече 2 раза в день). Следует отметить, что в 2013 г. на фоне отягощенного акушерского анамнеза и приема витаминного препарата Ангиовит (по 10 мг/сут 1 неделя) и Курантил N 25 (75 мг/сут 1 неделя) на сроке 4 недели у женщины диагностировали ЗБ; а у женщины с угрозой прерывания и ГТ – самопроизвольный выкидыш на 14 неделе при терапии Ангиовитом (10 мг/сут в течение 2 недель) и Курантилом N 25 (75 мг/сут в течение 2 недель). В 2014 г. все женщины с ГТ выносили и родили ребенка в срок.

Таблица 4. Фармакотерапия ФПН при стационарном лечении в 2013 и 2014 гг.

2013 год			2014 год		
Лекарственные препараты	Доза, мг/сут	Длительность терапии	Лекарственные препараты	Доза, мг/сут	Длительность терапии
Актовегин +Sol. NaCl 0,9% - 200 мл	400 1800	5-7 дней	Актовегин +Sol. NaCl 0,9% - 200 мл	400 1800	5-7 дней
Sol.MgSO ₄ 25%-10 мл +Sol. NaCl 0,9% - 200 мл	2500 1800	5-7 дней	Актовегин+ Sol. NaCl 0,9% - 200 мл+Магне В6	400 1800 2 табл 2 р/д	5-7 дней
Актовегин + Sol. NaCl 0,9% - 200 мл+ Курантил N 25	400 1800 75	5-7 дней	Актовегин+ Sol. NaCl 0,9% - 200 мл+ Курантил N 75	400 1800 150	5-7 дней
Актовегин+ Sol. NaCl 0,9% - 200 мл+ Курантил N 75	400 1800 150	5-7 дней			

Таблица 5. Фармакотерапия ФПН при амбулаторном лечении в 2013 и 2014 гг.

2013 год			2014 год		
Лекарственные препараты	Доза, мг/сут	Длительность терапии	Лекарственные препараты	Доза, мг/сут	Длительность терапии
Актовегин	400	2 недели	Актовегин	400	3 недели
Актовегин	400	3 недели	Курантил N 25	75	3 недели
Актовегин	600	2 недели	Курантил N 75	150	2 недели
Курантил N 25	75	2 недели	Тромбо АСС	100	2 недели
Курантил N 75	150	2 недели	Актовегин, затем Тромбо АСС	600	2 недели
Аскорутин	1 табл 3 р/д	2 недели		Тромбо АСС+ Магне В6,затем Тромбо АСС	100 1 табл 2 р/д 100
Курантил N 75+ Магне В6	150 2 табл	2 недели 1 неделя	Актовегин + Курантил N 25	400 75	2 недели
Затем Курантил N 75	2 р/д 150			Затем Актовегин	600

В ходе анализа врачебных назначений при терапии ГКС в 2013 и 2014 гг. выявилась тождественность: терапия проводилась только амбулаторно. Базисными препаратами для лечения данной патологии были Курантил N 75 (Курантил N 25), Тромбо АСС и их различные сочетания. Следует также подчеркнуть, что данные схемы назначались несколькими курсами за беременность при выявлении во II триместре и

одним курсом – в III триместре (табл. 6.) При анализе исходов беременности выяснилось, что в результате применения лечебных мероприятий препаратом Курантил N 25 3 раза в день в течение 3 недель 3 курсами за беременность у 2 женщин из 3 беременность закончилась антенатальной гибелью плода и поздним выкидышем. В 2014 г. все женщины с ГКС родили в срок и без патологий.

Таблица 6. Фармакотерапия ГКС при амбулаторном лечении в 2013 и 2014 гг.

2013 год				2014 год			
Лекарственные препараты	Доза, мг/сут	Длительность терапии	Количество курсов	Лекарственные препараты	Доза, мг/сут	Длительность терапии	Количество курсов
Курантил N 75	150	8 недель	1	Тромбо АСС	100	3 недели	2
Курантил N 75	150	4 недели	2	Тромбо АСС	100	5 недель	1
Курантил N 25	75	3 недели	3	Курантил N 25	75	9 недель	1
Курантил N 25+ Тромбо АСС	75 100	1 неделя	2	Курантил N 75	150	2 недели	1
Курантил N 75+Тромбо АСС	75 100	1 неделя	2	Курантил N 25 +Тромбо АСС	75 100	1 неделя	2
Курантил N 75+ Тромбо АСС	150 100	2 недели	1	Тромбо АСС затем Курантил N 75	100 150	3 недели 2 недели	1

				Тромбо АСС затем Курантил N 25	100 75	3 недели 3 недели	1
				Курантил N25 затем Тромбо АСС	75 100	2 недели 5 недель	1

Выводы: в результате проведенного исследования лекарственного обеспечения беременных женщин при состояниях, связанных с НВ (привычное НВ, ЗБ, беременность с ГКС, ГТ, плацентарными нарушениями) была установлена тождественность фактических лечебных мероприятий регламентированым. Выявлены схемы лечения и конкретные препараты, которые назначали врачи-гинекологи с целью коррекции данных состояний. Рассмотрены применяемые в 2013-2014 гг. схемы лечения и исходы беременностей. Показаны случаи выявляемости состояний по исследуемым направлениям, причем показатели 2013 г. выше, чем в 2014 г., кроме ГДН и ГКС. Одним из факторов может быть рациональный подход к терапии в 2014 г., что подтверждено фармакоэкономическими исследованиями по направлению терапии беременных женщин с ГКС [2, 3]. По нашему мнению, для определения круга лекарственных препаратов в фармакотерапевтических группах, которые рекомендованы Приказом, в каждой женской консультации должны регистрироваться и учитываться данные по назначаемым препаратам в схемах лечения, а также статистика по исходам беременности для выбора наиболее эффективной терапии.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Демография России. 05.11.2015. URL: http://tuxpert.ru/Демография_России
2. Дударенкова, М.Р. Клинико-экономический анализ медикаментозной коррекции гиперкоагуляционного синдрома у беременных / М.Р. Дударенкова, Е.П. Гладунова, С.К. Кшнясева, Е.С. Горбунова // Известия Самарского научного центра РАН. 2015. Том 17. № 2(3). С. 507-511.
3. Дударенкова, М.Р. Медико-социальные аспекты невынашивания беременности / М.Р. Дударенкова, Е.П. Гладунова, С.К. Кшнясева, Е.С. Горбунова // Известия Самарского научного центра Российской академии наук. 2015. Том 17. № 2(3). С. 512-517.
4. Емельянова, Н.Н. О состоянии здоровья женщин и функционировании службы охраны материнства и детства в Чувашской республике / Н.Н. Емельянова, С.И. Ананьева, Т.Г. Денисова // Здравоохранение Чувашии. 2014. № 2. URL: http://journal.giduv.com/numbers/2014/2/o_sostojanii_zdorovja_zhenschin
5. Зайдиева, З.С. Лечение и профилактика дефицита йода во время беременности / З.С. Зайдиева, И.А. Якунина // РМЖ. 2008. Т. 16, № 9. С. 1218-1220.
6. Новикова, С.В. Первичная профилактика врожденных пороков развития / С.В. Новикова, Л.А. Жученко // Гинекология. 2015. № 1. С. 25-28.
7. Панкова, О.Ю. Невынашивание беременности. – М.: Издательство БИНОМ, 2015. С. 70.
8. Полозкова, Н.М. Невынашивание беременности: руководство для врачей / Н.М. Полозкова, М.Ю. Скворцова, Т.В. Шевелева. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. С. 75.
9. Постановление Правительства РФ от 31.12.2010 № 1233 «О порядке финансового обеспечения расходов на оплату медицинским организациям услуг по медицинской помощи, оказанной женщинам в период беременности, и медицинской помощи, оказанной женщинам и новорожденным в период родов и послеродовой период, а также по проведению профилактических медицинских осмотров ребенка в течение первого года жизни» (в ред. от 24.12.2013).
10. Цейцель, Э.И. Первичная профилактика врожденных дефектов: поливитамины или фолиевая кислота? // Гинекология. 2012. № 21. URL: http://www.rmj.ru/articles_8459.htm

THE ANALYSIS OF DRUGS SUPPLY AT WOMEN DURING PREGNANCY

© 2015 M.R. Dudarenkova¹, E.P. Gladunova², S.K. Kshnyaseva¹, E.S. Gorbunova¹,

Yu.U. Nigmatullina¹, V.V. Timoshchuk²

¹Orenburg State Medical University

²Samara State Medical University

In article results of the content analysis card of pregnant and puerperal woman on drugs supply of medical actions in primary care at the states connected with noncarrying pregnancies (miscarriage, missed abortion, pregnancy with hypercoagulability syndrome, hemolytic thrombophilia, placental disorders) in 2013-2014 in comparison with the regulated list of medical actions at delivery of health care to women during pregnancy are given.

Key words: *drugs supply, medical actions, miscarriage*

Marina Dudarenkova, Candidate of Pharmacy, Associate Professor at the Department of Management and Economics of Pharmacy, Pharmaceutical Technology and Pharmacognosy. E-mail: dfarm88@mail.ru; Elena Gladunova, Doctor of Pharmacy, Associate Professor at the Department of Management and Economics of Pharmacy. E-mail: managpharm@rambler.ru; Svetlana Kshnyaseva, Doctor of Medicine, Associate Professor at the Obstetrics and Gynecology Department. E-mail: hypoxya@mail.ru; Ekaterina Gorbunova, Assistant at the Department of Management and Economics of Pharmacy, Pharmaceutical Technology and Pharmacognosy. E-mail: gorbunova_ekaterina_sergeevna@mail.ru; Yuliya Nigmatullina, Assistant at the Department of Management and Economics of Pharmacy, Pharmaceutical Technology and Pharmacognosy. E-mail: poet200707@mail.ru; Vladislav Timoshchuk, Student