

Фармакоэпидемиологический и фармакоэкономический анализ лекарственной терапии отеков, протеинурии и гипертензивных расстройств во время беременности в условиях стационара

С.Н. Занько¹, Ю.А. Пищенко²

¹Учреждение образования «Витебский государственный ордена Дружбы народов медицинский университет»

²Учреждение здравоохранения «Борисовская центральная районная больница»

В статье представлены результаты фармакоэпидемиологического и фармакоэкономического исследования терапии вызванных беременностью отеков, протеинурии и гипертензии в акушерских стационарах. Лекарственная терапия в условиях реальной практики характеризуется избыточным количеством препаратов по сравнению со стандартами лечения, полипрагмазией, широким использованием инъекционных лекарственных форм, нерациональным распределением затрат. Внедрение в практику двухуровневой системы контроля за использованием лекарственных средств, критериев оценки рациональности лекарственной терапии, перечня основных лекарственных средств для данной патологии и образовательных мер позволило снизить лекарственную нагрузку, уменьшить применение парентеральных лекарственных форм, устранить нерациональное распределение затрат, без снижения клинической эффективности фармакотерапии данного осложнения беременности.

Ключевые слова: отеки, протеинурия и гипертензивные расстройства во время беременности, фармакоэпидемиология, фармакоэкономика, рациональность использования лекарственных средств.

Несмотря на внедрение новых методов лечения отеков, протеинурии и гипертензивных расстройств во время беременности, данную патологию диагностируют у 18–22% беременных и не отмечена тенденция к ее снижению [9, 13]. Это осложнение беременности остаётся одной из основных организационных, медицинских и социальных проблем.

Лекарственная терапия вызванных беременностью отеков, протеинурии и гипертензии отличается выраженной полипрагмазией [1, 2]. С одной стороны, насыщенность фармацевтического рынка различными группами препаратов позволяет максимально полно воздействовать на разные звенья патогенеза данного осложнения беременности [11]. С другой стороны, затрудняет выбор для практикующего врача, приводит к одновременному применению лекарственных средств (ЛС) со сходным механизмом действия и с недоказанной клинической эффективностью, возрастает риск возникновения побочных эффектов как в отношении матери, так и в отношении плода [3]. Нерациональное и чрезмерное использование ЛС приводит к значительным затратам, особенно в условиях ограниченного бюджета здравоохранения.

Особая роль в лечении отеков, протеинурии и гипертензивных расстройств во время беременности принадлежит стационарам, где концентрируются наиболее тяжелые случаи данной патологии и которые являются наиболее затратными по материальным ресурсам и капиталовложениям. Оптимизация

использования финансовых ресурсов стационара в первую очередь должна касаться самых финансовоёмких статей – фонда оплаты труда и расходов на приобретение медикаментов. Понятие оптимизации лекарственного обеспечения в больничном учреждении включает в себя рациональный, опирающийся на стандарты лечения, отбор медикаментов, эффективных по терапевтическому действию, оптимальных по стоимости. Сложность заключается в том, что наличие в лечебном учреждении формулярного списка лекарств, утвержденного для применения и закупок, регламентирует только перечень препаратов, а не их количество, а также не гарантирует их правильного назначения и использования [10, 12].

Для оценки рациональности использования ЛС в мировой практике здравоохранения используют Индикаторы Назначения Лекарственных средств, рекомендованные ВОЗ: показатели назначения ЛС (среднее число препаратов, назначаемых одному пациенту, процент пациентов, которым ЛС были назначены парентерально, процент назначенных препаратов, входящих в перечень основных ЛС, и др.), показатели работы учреждения (наличие в распоряжении врачей перечня основных ЛС, клинических руководств и др.), дополнительные показатели использования ЛС (средняя стоимость медикаментов из расчета на 1 пациента, процент назначений, сделанных согласно положениям клинических руководств). Данные индикаторы предназначены для обеспечения унифицированных объективных и простых параметров измерения использования ЛС и качества предоставления медицинской помощи в медицинских учреждениях, а также воздействия на нерациональные варианты их применения [14].

Таким образом, в настоящее время важной задачей акушерства является изучение реальной практики лечения пациентов с вызванными беременностью отеками, протеинурией и гипертензивными расстройствами, что позволяет выделить варианты нерациональной лекарственной терапии и разработать подходы к оптимизации использования ЛС. Это определило **цель исследования** – выявить на основании фармакоэпидемиологического и фармакоэкономического анализа варианты нерационального использования ЛС при лечении вызванных беременностью отеков, протеинурии и гипертензивных расстройств в условиях стационара и определить эффективность внедрения в практику комплекса образовательных и организационно-административных мероприятий для их устранения.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

На первом этапе исследования проанализирована первичная медицинская документация 240 беременных, нахо-

дившихся на лечении с диагнозом «вызванные беременностью отеки» и «протеинурия без гипертензии» (О12.0 вызванные беременностью отеки, О12.1 вызванная беременностью протеинурия, О12.2 вызванная беременностью отеки и протеинурия), «вызванная беременностью гипертензия без значительной протеинурии» (О13) в отделении патологии беременных (ОПБ) и в обсервационном отделении УЗ «Витебская городская клиническая больница скорой медицинской помощи» (УЗ «ВГК БСМП») и 433 беременных в роддоме УЗ «Борисовская центральная районная больница» (УЗ «Борисовская ЦРБ») в 2002 г. Выбранные для исследования учреждения здравоохранения представляют разные регионы республики и относятся ко II уровню оказания стационарной помощи беременным, роженицам, родильницам и новорожденным.

Оценку использования ЛС проводили на основании разработанных нами методических рекомендаций «Оценка использования ЛС для лечения гестоза в условиях стационара» [8], в которых представлены «Карта экспертной оценки качества фармакотерапии беременной с вызванными беременностью отеками, протеинурией и гипертензивными расстройствами», методы и критерии использования ЛС, которые включают показатели выбора ЛС (соответствие назначаемых ЛС протоколам и стандартам лечения, формулярному списку, Перечню основных ЛС, назначение ЛС с недоказанной эффективностью, использование малоэффективных и устаревших ЛС, использование ЛС в зависимости от тяжести состояния), индикаторы назначения ЛС (рациональность выбора комбинации ЛС, адекватность схем назначения, обоснованность парентерального пути введения, назначение ЛС с односторонним терапевтическим эффектом, наличие нежелательных побочных реакций), индикаторы использования ЛС (среднее число препаратов, назначаемых одному пациенту, процент ЛС, назначенных для терапии основного и сопутствующих заболеваний) и результата фармакотерапии.

На втором этапе исследования для устранения выявленных нерациональных аспектов использования ЛС проведен комплекс мероприятий:

1) образовательных – с результатами оценки и выявленными нерациональными аспектами использования ЛС у беременных с отеками, протеинурией и гипертензивными расстройствами ознакомлены администрация лечебных учреждений, врачи, проведена информационно-разъяснительная работа с сотрудниками родильных домов на врачебных конференциях;

2) организационно-административных – разработан и внедрен в практику перечень основных ЛС для лечения вызванных беременностью отеков, протеинурии и гипертензии. Все ЛС, использовавшиеся в практике стационаров для лечения данного осложнения беременности, были распределены на 2 группы (V – важные и N – второстепенные) на основании формального VEN-анализа, патогенетических звеньев терапии гестоза и категорий риска применения ЛС при беременности. Внедрена двухуровневая система контроля за рациональностью использования ЛС в стационаре: заведующим отделения и лицом, ответственным за проведение оценки использования ЛС.

Третий этап исследования включал оценку эффективности проведенных мероприятий по устранению нерационального использования ЛС, для чего в 2010 г. проанализировано 60 случаев лечения вызванных беременностью отеков, протеинурии и гипертензии в УЗ «ВГК БСМП» и 100 случаев в УЗ «Борисовская ЦРБ».

Фармакоэкономическое исследование терапии отеков, протеинурии и гипертензивных расстройств во время беременности в условиях стационара проводили методом «стои-

мость болезни». Затраты на стационарный этап лечения были определены как сумма прямых медицинских затрат, которые включали: закупочную стоимость ЛС, стоимость введения ЛС без учета стоимости медикаментов (внутримышечных, внутривенных струйных инъекций и внутривенных капельных инфузий), стоимость консультаций врачей смежных специальностей, стоимость диагностических исследований. Все остальные элементы затрат, которые не связаны прямо с лечебным процессом, были выражены стоимостью 1 койко-дня в условиях ОПБ и обсервационного отделения.

Анализируя истории родов, учитывали возраст, место работы и должность пациенток, семейное положение, особенности соматического и акушерско-гинекологического анамнеза, срок беременности при поступлении в стационар, степень выраженности клинических проявлений отеков, протеинурии и гипертензии и их динамику на протяжении лечения, количество койко-дней, проведенных беременными с данной патологией в ОПБ и обсервационном отделении. Лист назначения стационарного больного служил источником информации о проводимой лекарственной терапии (международное непатентованное наименование и форма выпуска ЛС, разовая доза, кратность назначения, путь введения, длительность лечения в днях, отток от приема ЛС). Для классификации отеков, протеинурии и гипертензивных расстройств во время беременности использовали Международную статистическую классификацию болезней и проблем, связанных со здоровьем, 10-го пересмотра.

В качестве критериев эффективности лекарственной терапии вызванных беременностью отеков, протеинурии и гипертензии использовали прямые клинические эффекты (динамика инструментальных и лабораторных показателей): динамика уровня систолического и диастолического артериального давления (измеренного стандартным методом в миллиметрах ртутного столба), выраженность отеков, уровень протеинурии в общем анализе мочи и в суточном количестве мочи (г/л), а также комплекс клинико-лабораторных обследований, регламентированных клиническими протоколами [5,6].

Статистическую обработку данных проводили с помощью IBM PS-совместимого компьютера с использованием пакета прикладных программ STATISTICA 6.0 компании «StatSoft Inc» (США). Для проверки различия относительных величин в двух независимых группах, выраженных в процентах, использовали критерий χ^2 (с поправкой Йетса на непрерывность при абсолютных частотах меньше 10). Наличие корреляционной связи между количественными признаками определяли по коэффициенту непараметрической (ранговой) корреляции Спирмена (R). Различия и связи между показателями считались статистически значимыми, если уровень значимости p для соответствующего статистического критерия не превышал 0,05.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

На первом этапе исследования в ходе фармакоэпидемиологического анализа установлено, что перечень ЛС для лечения вызванных беременностью отеков, протеинурии и гипертензии в акушерских стационарах являлся избыточным по отношению к стандартам лечения (в г. Витебске стандартам соответствовали 35,6% ЛС, назначаемых в практике, в г. Борисове – 40,0% ЛС) и Перечням основных ЛС (48,9% ЛС и 55,0% соответственно) [5–7]. Это обусловлено применением фармакотерапевтических групп, не относящихся к категории V (важные), с низким коэффициентом интенсивности потребления (назначались менее 30% беременным).

Анализ перечня ЛС, использовавшихся в практике акушерских стационаров для лечения вызванных беременностью

тью отеков, протеинурии и гипертензии, выявил, что ЛС с низким коэффициентом интенсивности потребления составляли наибольшую группу и включали в акушерском стационаре г. Витебска 50 лекарственных форм (79,4% от всех использовавшихся препаратов), в родильном доме г. Борисова – 37 лекарственных форм (78,7%). Из группы с низким коэффициентом интенсивности потребления препараты категории N (второстепенные) в акушерском стационаре г. Витебска насчитывали 14–17 наименований, в родильном доме г. Борисова – 11–14 наименований: минеральные добавки и витамины (таблетки и раствор Калия и магния аспаргината, раствор Пиридоксина, таблетки Фолиевой кислоты, раствор Кокарбоксылазы, таблетки Калиевой соли оротовой кислоты, таблетки Магния лактата и пиридоксина гидрохлорида, раствор Никотиновой кислоты), ЛС для восстановления структурно-функциональных свойств клеточных мембран (раствор и капсулы Эссенциальных фосфолипидов), ЛС для создания лечебно-охранительного режима (таблетки Дифенгидрамина, настойка Валерианы, настойка Пустырника, раствор и таблетки Хлоропирамина, раствор Прометазина, таблетки Бромдигидрохлорфенилбензодиазепина), ЛС для нормализации реологических и коагуляционных свойств крови (таблетки и раствор Скантинола никотината), инфузионная терапия (Декстран 70, Калия хлорид, Поливинилпирролидон), для нормализации тонуса сосудистой стенки, гипотензивной терапии (таблетки Папазол).

При анализе применения ЛС с высоким (назначали 100–70% беременным) и средним (назначали 30–69% беременным) коэффициентом интенсивности потребления для лечения вызванных беременностью отеков, протеинурии и гипертензии установлено, что в обоих акушерских стационарах в течение трех лет эти группы ЛС в количественном и качественном отношении были относительно стабильны. Применение ЛС с высоким и средним коэффициентом интенсивности потребления было направлено на следующие звенья патогенеза: нормализация функции ЦНС (Валериана, Пустырник, Диазепам, Дифенгидрамин), нормализация тонуса сосудистой стенки и гипотензивная терапия (Аминофиллин, Папаверин, Дротаверин, Магния сульфат), восстановление структурно-функциональных свойств клеточных мембран (Токоферола ацетат, Аскорбиновая кислота), нормализация реологических свойств крови (Дипиридамол, Пентоксифиллин), инфузионная терапия (Натрия хлорид, Декстроза, раствор Рингера–Локка).

В обоих акушерских стационарах использовали препараты, эффективность применения которых при осложнениях беременности не доказана: Инозин (Рибоксин), Актотевин, Эссенциальные фосфолипиды, Метионин.

Число лекарственных назначений на одного больного – основной индикатор назначения ЛС. Цель его применения – измерение лекарственной нагрузки (степени полипрагмазии).

Результаты исследования свидетельствуют, что терапия вызванных беременностью отеков и протеинурии без гипертензии (O12) и вызванной беременностью гипертензии без значительной протеинурии (O13) характеризовалась избыточным числом лекарственных назначений: медиана среднего количества ЛС составила в акушерском стационаре г. Витебска 9,5 (7;12) ЛС на курс лечения, в роддоме г. Борисова – 7 (6;9) ЛС. Колебания минимального и максимального количества ЛС, назначаемых на курс лечения одной пациентке с данной патологией, составляли в акушерском стационаре г. Витебска от 1 до 20 ЛС, в родильном доме г. Борисова – от 1 до 14 ЛС.

Парентеральный путь введения ЛС обеспечивает быстрое наступление эффекта и точное дозирование ЛС, возможность введения ЛС, которые не всасываются из пищеварительного тракта либо подвергаются активному метаболизму при первом

прохождении через печень, а также для обеспечения быстрого начала действия, при бессознательном состоянии. При этом парентеральные методы введения ЛС наряду с несомненными преимуществами имеют ряд серьезных недостатков: увеличивают стоимость лечения, обуславливают риск возникновения постинъекционных и лекарственных осложнений, ухудшают переносимость лечения [3, 4]. Таким образом, данный индикатор позволяет измерить общий уровень применения важных, дорогостоящих и небезопасных категорий ЛС.

В условиях реальной практики при лечении вызванных беременностью отеков и протеинурии без гипертензии (O12) и вызванной беременностью гипертензии без значительной протеинурии (O13) отмечалась высокая частота назначения парентеральных лекарственных форм: внутримышечные инъекции назначали 96,7% пациенток в акушерском стационаре г. Витебска и 85,7% пациенток в роддоме г. Борисова, внутривенные струйные – 67,9% и 90,5% соответственно, внутривенные капельные инфузии – 88,3% и 59,4% соответственно. Исследование зависимости между количеством инъекций и инфузий и клиническими проявлениями данного осложнения беременности не выявило статистически значимых корреляционных связей в обоих акушерских стационарах.

В исследовании также установлено, что между акушерскими стационарами имелись отличия в приверженности врачей при назначении парентеральных ЛС. Сравнительный анализ перечней ЛС для лечения вызванных беременностью отеков, протеинурии и гипертензии выявил, что наименования ЛС в большей степени были идентичны в анализируемых акушерских стационарах. В обоих лечебно-профилактических учреждениях использовались 35 одинаковых ЛС, что составило в акушерском стационаре г. Витебска 79,9% и в роддоме г. Борисова 90,1% от всего перечня ЛС. При этом в акушерском стационаре г. Витебска по сравнению с родильным домом г. Борисова чаще назначали внутримышечные инъекции 96,7% и 85,7% ($p < 0,001$) соответственно и внутривенные капельные инфузии 88,3% и 59,4% ($p < 0,001$) соответственно и реже – внутривенные струйные инъекции 67,9% и 90,5% ($p < 0,001$) соответственно.

Фармакоэкономическое исследование «типичной практики» терапии вызванных беременностью отеков, протеинурии и гипертензии выявило следующее.

В обоих лечебных учреждениях в структуре затрат при стационарном лечении данного осложнения беременности основным фактором, влияющим на общую стоимость лечения, являлась длительность госпитализации, что обусловлено высокой стоимостью одного койко-дня. Затраты, связанные с длительностью госпитализации, в акушерском стационаре г. Витебска составили 83,0% от общей суммы затрат, в родильном доме г. Борисова – 80,9%.

Второе место в структуре затрат в акушерском стационаре г. Витебска занимали затраты на ЛС (6,1%), а в роддоме г. Борисова – затраты на клинико-лабораторные исследования (7,5%).

Третье место занимали затраты на вспомогательные материалы для проведения инъекций/инфузий (в акушерском стационаре г. Витебска – 5,0%, в родильном доме г. Борисова – 6,0%).

Четвертое место принадлежало затратам на клинико-лабораторные исследования в акушерском стационаре г. Витебска (3,2%) и на ЛС в родильном доме г. Борисова (5,0%).

На последнем месте в структуре затрат находились затраты на консультации смежных врачей-специалистов – 2,7% и 0,7% от общей суммы затрат на стационарное лечение вызванных беременностью отеков, протеинурии и гипертензии в г. Витебске и г. Борисове соответственно.

Таким образом, в акушерских стационарах одного уровня имелись отличия как в общей стоимости лечения одного

случая данного осложнения беременности, так и в структуре затрат: стоимость лечения 1 случая в акушерском стационаре г. Витебска была больше в 1,6 раза, чем в родильном доме г. Борисова, при этом в структуре затрат преобладали затраты на ЛС и на консультации смежных специалистов, а в родильном доме г. Борисова – затраты на клинико-лабораторные исследования. Нерациональным являлось преобладание доли затрат на расходный материал для инъекций/инфузий над долей затрат на клинико-лабораторные обследования в г. Витебске и над долей затрат на ЛС в г. Борисове.

В результате комплекса образовательных и организационно-административных мероприятий в двух анализируемых родильных домах отмечено:

- сокращение количества ЛС категории N (второстепенных) с низким коэффициентом интенсивности потребления. Это позволило привести перечень ЛС в соответствие с клиническими протоколами [6] на 73,3% в г. Витебске и на 58,6% в г. Борисове;

- обновление перечней ЛС, которое отражает современные представления о патогенезе вызванных беременностью отеков, протеинурии и гипертензии: включены антигипертензивные средства, рекомендованные международными стандартами при лечении у беременных (Метопролол), входящие в клинические протоколы (Амлодипин, Гидроксиэтилкрахмал). Однако в практике обоих акушерских стационаров по-прежнему использовали ряд неэффективных препаратов для снижения артериального давления: папаверин назначали 34,0–50,0% беременным, дротаверин – 10,0–20,0%, бендазол – 12,0%, Папазол – 4,0%. Назначали ЛС, для которых отсутствуют доказательства их эффективности при осложнениях беременности: Актотевгин – у 4–25% беременных, Эссенциальные фосфолипиды – у 17,0%, Хофиол – у 3,0%, Метгониин – у 2,0%;

- уменьшение медианы среднего количества назначаемых ЛС одной пациентке с 7 (6;9) до 6 (4;7) ЛС ($p=0,04$) отмечено только в одном стационаре, колебания минимального и максимального количества ЛС, назначаемых на курс лечения одной пациентке с данной патологией, составляли в акушерском стационаре г. Витебска в 2010 г. – от 5 до 18 ЛС, в родильном доме г. Борисова – от 2 до 13 ЛС;

- снижение частоты назначения внутримышечного пути введения ЛС на 36,7% ($p=0,03$) в г. Витебске и на 26,9% ($p=0,03$) в г. Борисове, а также внутривенных струйных инъекций в г. Борисове на 75,5% ($p<0,001$).

В результате в структуре затрат на лечение вызванных беременностью отеков, протеинурии и гипертензии в акушерских стационарах произошли следующие изменения: структура затрат стала рациональной и одинаковой в обоих анализируемых лечебно-профилактических учреждениях.

Затраты, связанные с длительностью госпитализации пациенток, по-прежнему являются основным фактором, влияющим на общую стоимость лечения и составляют в акушерском стационаре г. Витебска 78,1% от общей суммы затрат, в родильном доме г. Борисова – 87,2%.

Снижение частоты использования парентеральных форм ЛС позволило устранить выявленное нерациональное распределение финансовых средств в акушерском стационаре г. Борисова: второе место в структуре затрат в обоих лечебных учреждениях занимают затраты на ЛС: в г. Витебске – 13,0% и в г. Борисове – 6,6%.

Третье место занимают затраты на клинико-лабораторные исследования: в г. Витебске – 5,7% и в г. Борисове – 5,5%.

Четвертое место принадлежит затратам на вспомогательные материалы для проведения инъекций/инфузий: в акушерском стационаре г. Витебска – 1,9%, в родильном доме г. Борисова – 0,5%.

На последнем месте находятся затраты на консультации смежных врачей-специалистов: 1,1% и 0,1% от общей суммы затрат на стационарное лечение вызванных беременностью

отеков, протеинурии и гипертензии в г. Витебске и г. Борисове соответственно.

Сравнительный анализ эффективности фармакотерапии вызванных беременностью отеков, протеинурии и гипертензии в анализируемых акушерских стационарах в 2002 г. и в 2010 г. не выявил статистически значимых отличий. Так, в акушерском стационаре г. Витебска в 2002 г. положительный эффект отмечен в 94,2% случаев лечения гестоза легкой степени, в 2010 г. – в 80,0% случаев ($\chi^2=0,58$, $p=0,4$), в родильном доме УЗ «Борисовская ЦРБ» в 95,2% и 80,0% соответственно ($\chi^2=1,11$, $p=0,2$).

ВЫВОДЫ

1. Перечни ЛС для лечения вызванных беременностью отеков, протеинурии и гипертензии в акушерских стационарах содержат избыточное количество ЛС по сравнению с Клиническими протоколами за счет наличия в них фармакотерапевтических групп, не регламентированных стандартами лечения, не относящихся к категории V (важные) с низким коэффициентом интенсивности потребления (назначали менее 30,0% беременных). Сокращение количества устаревших ЛС и препаратов, для которых отсутствуют доказательства их эффективности при данном осложнении беременности, позволило привести перечень ЛС в соответствие с Клиническими протоколами на 73,3% в г. Витебске и на 58,6% в г. Борисове (в 2002 г. – 35,6% и 40,0% соответственно).

2. Фармакотерапия вызванных беременностью отеков, протеинурии и гипертензии характеризуется полипрагматией. Проведенные мероприятия позволили уменьшить медиану среднего количества ЛС, назначаемых одной пациентке с данной патологией, с 7 (6;9) до 6 (4;7) ($p=0,04$) только в акушерском стационаре г. Борисова.

3. Лечение вызванных беременностью отеков, протеинурии и гипертензии характеризуется высокой частотой назначения парентеральных лекарственных форм, что связано не с различием перечней ЛС в акушерских стационарах и не регламентировано требованиями Клинических протоколов, а обусловлено традиционно сложившейся практикой. В результате проведенного комплекса мероприятий отмечено статистически значимое снижение частоты назначения ЛС для внутримышечного введения: на 36,7% ($p=0,03$) в г. Витебске и на 26,9% ($p=0,03$) в г. Борисове, а также снижение частоты внутривенных струйных инъекций в г. Борисове на 75,5% ($p<0,001$).

4. В результате устранения выявленных недостатков использования ЛС для лечения вызванных беременностью отеков, протеинурии и гипертензии распределение затрат стало рациональным и одинаковым в двух анализируемых стационарах (доля затрат на ЛС и клинико-лабораторные обследования преобладает над затратами на расходный материал для инъекций/инфузий).

5. Указанные изменения не привели к снижению эффективности лекарственной терапии отеков, протеинурии и гипертензивных расстройств во время беременности

Фармакоепідеміологічний і фармакоеконічний аналіз лікарської терапії набряків, протеїнурії та гіпертензивних розладів під час вагітності в умовах стаціонару С.Н. Занько, Ю.А. Піщенко

У статті представлені результати фармакоепідеміологічного і фармакоеконічного дослідження терапії спричинених вагітністю набряків, протеїнурії і гіпертензії в акушерських стаціонарах. Лікарська терапія в умовах реальної практики характеризується надмірною кількістю препаратів порівняно зі стандартами лікування, поліпрагмацією, широким використанням ін'єкційних лікарських форм, нерациональним розподілом витрат. Впровадження в практику дворівневої системи контролю за використанням лікарських засобів, критеріїв оцінювання раціональності лікарської

терапії, переліку основних лікарських засобів для даної патології та освітніх заходів дозволило знизити лікарське навантаження, зменшити застосування парентеральних лікарських форм, усунути нерациональний розподіл витрат, без зниження клінічної ефективності фармакотерапії даного ускладнення вагітності.

Ключові слова: набряки, протеїнурія та гіпертензивні розлади під час вагітності, фармакоепідеміологія, фармакоекономіка, раціональність використання лікарських засобів.

Pharmacoepidemiological and pharmaco-economic analysis of drug therapy of edema, proteinuria and hypertensive disorders in pregnancy in hospital
S.N. Zanko, Y.A. Pishchenko

The results of the pharmacoepidemiological and pharmaco-economic analysis of therapy of edema, proteinuria and hypertensive

disorders in pregnancy in obstetric hospitals are presented in article. Drug therapy in actual practice is characterized by a surplus list of medicines in comparison with the standards of treatment, polypragmacy, a wide use of injections for treatment of mild severity of gestosis, irrational distribution of costs. Introduction in practice two-level control system for the use of drugs, the evaluation criteria of rationality of drug treatment, a list of essential medicines for this pathology and education measures has allowed to reduce the drug load, use of parenteral dosage forms, eliminate the irrational distribution of financial costs, without any reduction in the clinical efficacy of pharmacotherapy of this complication of pregnancy.

Key words: edema, proteinuria and hypertensive disorders in pregnancy, pharmacoepidemiology, pharmaco-economics, rational use of medicines.

Сведения об авторах

Занько Сергей Николаевич – Витебский государственный ордена Дружбы народов медицинский университет, Республика Беларусь, 210023, г. Витебск, проспект Фрунзе, д. 27; тел.: + 375-212-55-07-72; + 375-212-55-49-73

Пищенко Юлия Александровна – родильный дом Учреждения здравоохранения «Борисовская центральная районная больница», Республика Беларусь, Минская область, 222120, г. Борисов, ул. Рабочий химик, д. 15, кв. 7; тел.: + 375-044-711-75-71; + 375-017-77-608-05. E-mail: 6660805@mail.by

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Абрамченко В.В. Фармакотерапия гестоза: руководство для врачей – СПб.: СпецЛит, 2005. – 478 с.
2. Айламазян Э.К., Мозговая Е.В. Гестоз: теория и практика – М.: МЕДперс-информ, 2008. – 272 с.
3. Банькова Е.М. Осложнения лекарственной терапии: учеб.-метод. пособие – Минск: БелМАПО, 2008. – 29 с.
4. Белоусов Ю.Б., Леонова М.В. Введение в клиническую фармакологию. – М.: МИА, 2002. – 128 с.
5. Временные протоколы (стандарты) обследования и лечения беременных, рожениц и родильниц в амбулаторно-поликлинических и стационарных условиях. – Введ. 15.02.02. – Минск: М-во здравоохранения Респ. Беларусь: Белорус. центр мед. технологий, информатики, управления и экономики здравоохранения М-ва здравоохранения Респ. Беларусь, 2001. – 70 с.
6. Клинические протоколы динамического наблюдения при физиологически протекающей беременности, ведения физиологических родов, диагностики и лечения болезней беременных, рожениц, родильниц. – Введ. 05.02.07. – Минск: М-во здравоохранения Респ. Беларусь, 2007. – 165 с.
7. Об утверждении перечня основных лекарственных средств: постановление М-ва здравоохранения Респ. Беларусь, 17 мая 2002 г., № 25 // Нац. реестр правовых актов Респ. Беларусь. – 2002. – № 68. – 8/8169.
8. Пищенко Ю.А., Занько С.Н., Воронов Г.Г. Оценка использования лекарственных средств для лечения гестоза в условиях стационара: методические рекомендации. – Витебск, 2009. – 24 с.
9. Сидорова И.С., Зайратьянц О.В., Никитина Н.А. Гестоз и материнская смертность // Акушерство и гинекология. – 2008. – № 2. – С. 13–15.
10. Хисамутдинов И.Ф. Оптимизация управления качеством стационарной помощи в условиях реформирования здравоохранения (по материалам г. Казани): Автореф. дис. ... канд. мед. наук : 14.00.33. – Казань, 2006. – 22 с.
11. Шифман Е.М. Преэклампсия, эклампсия, HELLP-синдром – Петрозаводск: Интел Тек, 2002. – 429 с.
12. Якушева Т.Н. Оптимизация отбора лекарственных средств в формулярные перечни на основе гармонизации нормативных документов, клинико-фармакологического и фармакоэкономического анализа: Автореф. дис. ... канд. мед. наук : 14.00.25. – Смоленск, 2009. – 47 с.
13. Lunati F., Dugnani M., Campanini M. Hypertension in pregnancy // Recent. Prog. Med. – 2008. – Vol. 99, № 9. – P. 432–439.
14. Promoting rational use of medicines: core components // World health organization [Electronic resource]. – 2002. – Mode of access: <http://www.who.int/medicines/publications/policyperspectives/ppm05en.pdf>.

Статья поступила в редакцию 28.01.2013