

И. С. РОМАНОВА, Л. Н. ГАВРИЛЕНКО,  
И. Н. КОЖАНОВА, М. М. САЧЕК

## БЕРЕМЕННОСТЬ И ЛЕКАРСТВЕННЫЕ СРЕДСТВА. ФАРМАКОЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

Белорусский государственный медицинский университет, РНПЦ медицинских технологий, информатизации, управления и экономики здравоохранения Минздрава Республики Беларусь

**Цель исследования.** Изучить реальную клиническую практику врачебных назначений и оценить приверженность беременных к лечению.

**Материал и методы.** Впервые в Беларуси проведено одномоментное многоцентровое фармакоэпидемиологическое исследование в 5 областях республики с участием 1528 беременных и 650 врачей. Все указанные в анкетах лекарственные средства были распределены в соответствии с анатомо-терапевтической химической классификацией, рекомендованной Всемирной организацией здравоохранения, и категориями безопасности для плода при применении лекарственных средств при беременности по классификации Управления по контролю пищевых продуктов и лекарств в США.

**Результаты.** Выявлено, что беременные являются активными потребителями фармацевтической продукции, биологически активных добавок и препаратов растительного происхождения. Помимо назначенных врачом 1/4 опрошенных самостоятельно принимают лекарственные препараты. Более половины принявших участие в анкетировании беременных эпизодически используют лекарственные средства при головной боли, острых респираторных заболеваниях, температуре, кашле, насморке. Показано, что 84% врачей знакомы с классификацией лекарственных средств по категориям безопасности для плода. Определена доля препаратов в структуре врачебных назначений, безопасность которых не установлена либо назначение в период беременности противопоказано и потенциально опасно.

**Заключение.** Для оптимизации использования лекарственных средств у беременных необходимо создание единого республиканского «Регистра беременных» и проведение образовательных программ среди врачей, провизоров и беременных.

**Ключевые слова:** фармакоэпидемиология, беременность, лекарственные средства.

Согласно данным ряда европейских и американских исследований, многие женщины в период беременности вынуждены принимать лекарственные препараты (ЛП) по поводу хронических или острых заболеваний [1—8]. При этом достаточная доказательная база эффективности и, особенно, безопасности фармакотерапии, в силу

существенных ограничений на проведение клинических исследований с участием беременных отсутствует. Основными источниками информации о фармакотерапии беременных являются электронные национальные регистры или базы данных страховых компаний [9, 10]. С одной стороны, анализ этих источников указывает на достаточно частое применение лекарственных средств (ЛС) беременными, с другой — на разную степень приверженности к назначениям врача. Согласно данным шведских исследователей, 57,6% женщин принимали по крайней мере 1 ЛП вовремя беременности [9]. Установлено, что приверженность к применению ЛС в период беременности\* была высокой у женщин с хроническими заболеваниями (болезни щитовидной железы, эпилепсия, сахарный диабет) в отличие от женщин, получавших назначения по поводу острых состояний (антигистаминные препараты, местные пео-ивомикробные средства) [9]. Фармакоэпидемиологическое исследование в 6 европейских странах, проведенное путем анкетирования женщин в первые 3 мес после родов, показало, что в среднем 36,2% опрошенных принимали какие-либо лекарства в I триместре беременности (22,5% — в Британии, 50,3% — во Франции) [11]. Таким образом, установлен факт достаточно высокой частоты потребления бе-

Особая актуальность фармакоэпидемиологического исследования у беременных в Республике Беларусь определяется отсутствием каких-либо регистров или баз данных как беременных женщин, так и детей с пороками развития, которые могли быть вызваны применением ЛС. а также доступностью препаратов, в том числе подлежащих продаже по рецептам.

Фермекоэпидемиологические исследования — один из вариантов оценки реальной практики назначения лекарственной терапии беременным. Такие исследования представляют собой трудоемкий процесс и, в силу ограниченных возможностей исследователей, дают приблизительную оценку сложившихся подходов к ведению беременных. С развитием компьютерных технологий, созданием электронных историй болезни акушерских карт становится реальным обьсдюокке медицинской информации в «Регистр беременных», что позволит проще, а значит, эффег-иа-ее отслеживать ситуацию с назначениями лекарств, оценивать их безопасность и соответствие имеющимся международным и на-

циональным стандартам или рекомендациям, а также информировать врачей о результатах исследования в более короткие сроки.

### Материал и методы

Впервые в Беларуси проведено Республиканское многоцентровое одномоментное ретроспективное исследование применения ЛС при беременности с использованием модифицированных анкет, разработанных на базе лаборатории экстрагенитальной патологии Научного центра акушерства, гинекологии и перинатологии им. академика В. И. Кулакова Росмедтехнологий. Исследование проведено с ноября 2008 г. по ноябрь 2009 г. с целью изучения подходов врачей: назначению ЛС беременным в реальной клинической практике, предложены меры по выработке принципов рационального использования ЛС при экстрагенитальной и акушерской патологии у беременных. Для этого проведено анкетирование врачей (изучался спектр и частота назначения ЛС при лечении ряда заболеваний синдромов у беременных) и беременных (оценивалась приверженность к назначенному лечению; установлены популярные у беременных источники информации о ЛС), изучен спектр и частота назначения и применения во время беременности парафармацевтических продуктов (таблетки, БАДы, фитопрепараты).

Все ЛС распределили в соответствии с анатомо-терапевтической химической (АТХ) классификацией и классификацией безопасности применения ЛС при беременности (классификация эрикканского Управления по контролю пищевых продуктов и лекарств в США — FDA). Категория «А»: надлежащие исследования не выявили риск неблагоприятного воздействия на плод в I триместре беременности, отсутствуют данные о риске во II и III триместрах; категория «В»: исследования на животных не выявили риск неблагоприятного воздействия на плод, надлежащих исследований у беременных не было; категория «С»: исследования на животных выявили неблагоприятное воздействие ЛС на плод, а надлежащих исследований у беременных не проводилось, однако потенциальная польза, связанная с применением данного лекарства у беременных, может оправдывать его использование, несмотря на имеющийся риск; категория «D»: имеются доказательства риска неблагоприятного воздействия ЛС на плод человека, однако потенциальная польза, связанная с применением ЛС

у беременных, может оправдывать его использование, несмотря на риск; категория «Х»: выявлены нарушения развития плода или имеются доказательства риска отрицательного воздействия данного ЛС на плод человека и, таким образом, риски для плода от данного ЛС превышают возможную пользу для беременной. В свою очередь ЛС, не имеющие категории риска при беременности по классификации FDA, на основании информации производителей в листовках-вкладышах или инструкциях по применению были разделены на 3 группы: опасные, считающиеся безопасными, безопасность применения не установлена. Для детализации анализа применяли технологию выделения интервала 90% DU (drug utilization), позволяющую отсеять единичные назначения ЛС.

В фармакоэпидемиологическом исследовании приняли участие 1528 беременных (обработаны 1334 качественно заполненные анкеты) и 650 врачей (обработаны 619 качественно заполненных анкет).

Средний возраст беременных составил  $26,7 \pm 5,1$  года, срок беременности —  $27,7 \pm 9,3$  нед (3—41-я недели). У 51% женщин была 1-я беременность, у 29% — 2-я, у 11,6% — 3-я, у остальных — 4-я и более (8,4%). Среди имеющихся хронических заболеваний часто отмечались заболевания ЖКТ (26,3%), почек и органов малого таза (23,3%), органов дыхания (21,8%).

В исследовании приняли участие 619 врачей разных специальностей (68,7% — акушеры-гинекологи; 18,7% — терапевты; 12,6% — другие специалисты). Стаж работы составил  $17,5 \pm 11,8$  года. Установлено, что 84% врачей, принявших участие в исследовании, знакомы с классификацией ЛС по критериям безопасности для плода (FDA).

### Результаты и обсуждение

**Анкетирование беременных.** Женщины указали ЛС, которые были назначены врачами на момент исследования. Проанализировано 4295 эпизодов назначений ЛС из 43 основных терапевтических групп, среди которых 12 групп составили интервал 90% DU: преимущественно витамины (A11), минеральные добавки (A12), препараты для лечения заболеваний щитовидной железы (H03), антикоагулянты (B01), антианемические препараты (B03), препараты для лечения функциональных нарушений со стороны ЖКТ (A03), препараты для лечения урологи-

ческих заболеваний (G04) и др. Среди препаратов указанных групп большинство составили средства, не имеющие категории по классификации FDA: безопасные либо безопасность действия на плод не установлена. Все препараты, назначенные врачом, принимали 1229 беременных, хотя 874 (65,5%) женщины не отметили у себя никаких хронических заболеваний. Тем не менее ЛС были назначены 91,7% женщин (1223 из 1334 заполнивших анкеты). До 4 препаратов принимали 76,2% опрошенных, 5 препаратов и более — 22,9%, 10 и более — 0,9%.

Причины, по которым не принимали ЛС, отметили 112 (8,1%) женщин: они считали, что препаратов слишком много, учитывали их дозировку, боялись влияния на ребенка, предпочитали травы или забывали.

Кроме назначенных врачами препаратов, 357 (25,2%) женщин самостоятельно принимали ЛП без консультации врача. Проанализировано 617 эпизодов назначений препаратов, которые составили 32 основные терапевтические группы. Самостоятельно, без назначения врача, витамины принимали 66,6% беременных, минеральные добавки (в основном препараты кальция) — 17,4%, препараты йода — 16% и препараты железа — 5,3% женщин, что с учетом уже назначенных врачами идентичных препаратов заставляет задуматься о возможной передозировке. Настораживает факт самостоятельного применения беременными ЛС, среди которых БАДы и лекарственные травы (их безопасность и эффективность либо плохо изучены, либо не изучены вовсе), анальгетики (ацетилсалициловая кислота (АСК), аскофен, фервекс, анальгин), которые противопоказаны в период беременности. Принимали препараты по своему решению 135 (42,1%) женщин, по совету работника аптеки — 103 (32,1%), по совету родственников и друзей — 79 (24,6%). Рекламу на ТВ, в прессе отметили 14 (4,4%) женщин, указали другое 56 (17,4%) беременных.

Эпизодически (кратковременно) — при головной боли, острых респираторных заболеваниях, температуре, кашле, насморке — ЛС применяли 769 (57,6%) беременных. Из 1720 проанализированных назначений ЛС, интервал 90% DU составили в основном анальгетики (N02), антисептики и противомикробные препараты для лечения гинекологических заболеваний (G01), препараты для лечения заболеваний носа (R01), препараты, применяемые при кашле и простудных забо-

леваниях (R05), препараты для лечения функциональных нарушений со стороны ЖКТ (A03), карманные травы и народные средства и Безопасность большинства эпизодически применяемых беременными препаратов не определена либо имеет категорию «С» действия на ги. Чаще в анкетах указаны анальгетики — **кокс** нированные препараты, содержащие парацетамол, метамизол натрия, АСК (большинство которых противопоказаны при беременности). Среди ЛС для лечения молочницы 66% в структуре выбранных препаратов имеют категорию «С» той же категории относится 51% препаратов эпизодических назначений для лечения заболеваний носа. В группе препаратов для лечения кашля и простудных заболеваний более 90% в ранних женщинами для кратковременного применения имеют категорию «С» либо их безопасность не определена.

**Анкетирование врачей.** Установлено, независимо от наличия показаний всем беременным поливитамины назначали 70% врачей, препараты йода — 74,3%, препараты железа и профилактики анемии — 22,2%.

Назначение жаропонижающих ЛС подтвердили 536 врачей из 619. Большинство из них брали парацетамол (категория «В»): 60% назначают парацетамол в I триместре, 65% — во II, 61% — в III триместре беременности. Метамизол натрия (назначение опасно) выбрали 6,1% и 10,0% специалистов соответственно в каждом из триместров; нимесулид (назначение опасно) в качестве жаропонижающего средства отметили 2,0%, 3,0% и 24,0% врачей соответственно. На использование комбинированных препаратов без уточнения указали 18,0%, 23,0% и 24% врачей для I, II и III триместров соответственно. АСК (категория «С», «D» — при применении максимальной дозы в III триместре) выбрали 28,9% врачей во II триместре, 29,2% — в III триместре беременности.

Назначение обезболивающих средств беременным при острой боли (головная, зубная) подтвердили 457 врачей. Специалисты чаще применяли метамизол натрия (опасно) и его комбинированный препарат «Баралгин» (безопасность не установлена), дротаверин (безопасно), нимесулид (опасно), цитрамон (безопасность установлена), АСК (категория «С», «D» — при применении максимальной дозы в III триместре).

Нестероидные противовоспалительные средства (НПВС) широко используют в медицине

практике в качестве обезболивающих, жаропонижающих противовоспалительных средств. Однако в период беременности применение таких препаратов строго ограничено, поскольку в звание сроки беременности могут оказать вредное действие на плод с развитием тератогенного эффекта. Прием таких препаратов в поздние сроки беременности может быть причиной кровотечения у плода вследствие влияния на функцию тромбоцитов, а также приводит к перенашиванию беременности из-за уменьшения уровня простагландинов, стимулирующих тонус матки. С другой стороны, свойство НПВС ингибировать биосинтез простагландинов классов E и F пролонгированием беременности может быть использовано в акушерской практике для лечения невынашивания беременности у женщин с сахарным диабетом, кардиомиопатией, многоводием и многоплодием. Блокада синтеза простагландинов также находит применение в неонатической практике для терапии незаращения легочного протока.

На вопрос о назначении ЛС при кашле получены ответы 366 врачей. Для лечения кашля у беременных в I триместре 34 (9,3%) врача выбрали тилцистеин (категория «С»), бромгексин (категория «С»), гвайфенезин (категория «С»), 10% врачей указали солодку, 2 (0,5%) — терпсис. Большинство специалистов выбрали «другие препараты» без уточнения конкретного названия — 175 (47,8%) опрошенных. Для лечения во II и III триместрах беременности 157 (42,6%) врачей выбрали амброксол (категория «С»), 70 (19,1%) — бромгексин (категория «С»), 1,9% — ацетилцистеин (категория «С») и 4 (1,1%) — гвайфенезин (категория «С»). Растительные препараты — алтей (применение считается безопасным) и термопсис (применение считается безопасным) выбрали — 3 (0,8%) врача, солодку (безопасность действия на плод не установлена) — 5 (1,4%). Ответ «другие препараты» без уточнения названий выбрали 132 (36,1%) врачей. В качестве препарата для лечения кашля 10% врач отметили АСК.

В соответствии с информацией производителя, ацетилцистеин, гвайфенезин запрещены к применению у беременных и кормящих женщин, бромгексин, амброксол в экспериментальных исследованиях не оказывали эмбриотоксического действия, противопоказаны в I триместре беременности. Бромгексин противопоказан в лактации. Комбинированные препараты

(бронхолитин, стоптуссин) с учетом их состава могут оказывать бронхолитическое, отхаркивающее, противокашлевое и противовоспалительное действие, выраженное в различной степени. При этом бронхолитин, стоптуссин в I триместре беременности противопоказаны, во II и III триместрах их следует применять коротким курсом, в небольших дозах, под контролем врача. Безопасность растительных препаратов (алтей, термопсис) в период беременности не определена. Солодка имеет прямое противопоказание к назначению в период беременности. Она в значительной степени изменяет водно-солевой обмен в организме беременной, что может приводить к отекам. Предположительно, корень солодки может вызывать в организме гормональную (адренокортикоподобная) активность.

При насморке у беременных для применения в I триместре полный список составил 31 препарат, на что указали 388 врачей. ЛС для применения во II и III триместрах беременности предложили 410 врачей. Полный список включил 33 позиции. Чаще опрошенные предлагали пинасол (безопасность действия на плод не установлена), оксиметазолин (категория «С»), нафазолин (категория «С»), салин (назначение считается безопасным). Прочие назначения были единичными: спрей «Виброцил», «Исти», протаргол, синупрет, хлорофиллипт, оксолиновая мазь, фузафунгин, фитопрепараты.

Заложенность носа в период беременности может беспокоить женщину вследствие физиологического отека слизистой оболочки носа. При выраженном дискомфорте применение сосудосуживающих препаратов должно быть кратковременным (не более 4–5 сут) и проводиться под контролем врача. Непрерывное использование ЛС с противоотечным действием может вызвать хронический отит и атрофию слизистой оболочки носа.

Большая часть ЛС для лечения заболеваний носа, указанных врачами, имеют противопоказания к применению в период беременности (применение возможно только в случае, если предполагаемая польза для матери превосходит возможный риск для плода) и лактации: ксилометазолин, оксиметазолин, нафазолин. Из-за возможного системного сосудосуживающего действия виброцил не рекомендуется применять при беременности, но можно назначать в период лактации. Клинические данные о применении

## 32 Организация здравоохранения, гигиена и эпидемиология

фузафунгина при беременности отсутствуют. Назначать препарат при беременности следует с осторожностью. Неизвестно, выделяется ли фузафунгин в грудное молоко, при необходимости назначения важно оценить пользу для матери и потенциальный риск для младенца.

Препарат «Инсти» врачи рекомендовали в единичных случаях в комплексном лечении насморка, однако в соответствии с информацией производителя беременность и кормление грудью являются противопоказаниями для его применения. Использовать пиносол в период беременности и лактации возможно. Для промывания носа беременным рекомендуются современные препараты на основе гипертонических растворов — «Квикс», «Салин».

На вопрос о выборе антибактериального препарата для лечения инфекций дыхательных путей 552 опрошенных дали 1984 ответа. Наибольшее количество врачей выбрали препараты следующих групп: пенициллины — 425 (77%) врачей, цефалоспорины — 298 (54%) и макролиды — 264 (47,8%) врача.

Антибактериальные препараты для лечения пиелонефрита у беременных выбрали 560 врачей. Наибольшее число опрошенных указали: пенициллины — 373 (66,6%), цефалоспорины — 323 (57,7%) и макролиды — 173 (30,9%) врача.

Использование антибактериальных препаратов при лечении урогенитальных инфекций подтвердили 557 врачей. Наибольшее число опрошенных — 397 (71,3%) — выбрали антибактериальные препараты группы макролидов: эритромицин (категория «В»), азитромицин (категория «В»), спирамицин (рекомендован для лечения токсоплазмоза в I триместре беременности), джозамицин (применять с осторожностью, рекомендован для лечения хламидийной инфекции в I триместре беременности) и кларитромицин (категория «С»).

Выбор антибактериального препарата во время беременности зависит, с одной стороны, от характера возбудителя, тяжести инфекционного процесса, особенностей фармакокинетики ЛС, степени его проникновения через плаценту, с другой — от степени риска возникновения повреждающего действия на плод с развитием тератогенного и эмбриотоксического действия, что существенно ограничивает перечень ЛС, назначаемых при беременности.

На вопрос: «Какие противоаллергические средства Вы назначаете беременным при се-

зонной аллергии (поллинозе)?» ответили 532 Е ча. Было проанализировано 787 ответов. П< зано, что не назначает, направляет к друг специалисту 321 (60,3%) врач, не считают ^ ным применять лекарства при сезонной ал/ гии 13 (2,4%) врачей. Из 453 предложенных (93,2%) ЛС составили антигистаминные пр( раты для системного применения: хлоропира (опасно), клемастин (категория «С»), лората (категория «В»), прометазин (категория «< 6,8% — глюкокортикоиды для интраназалы применения (без уточнения наименования J На применение других препаратов без ут> ния наименования указали 7 врачей.

При доказанной аллергической этиологии болевания необходимо проводить меропр< и по элиминации аллергенов. Интраназальные тикостероиды (будесонид) следует рекоме> вать в качестве препарата 1-й линии (дока ная эффективность в лечении симптомов алJ гического ринита, низкая абсорбция, отсутсп системных эффектов и побочного действи5 плод). Если интраназальные глюкокортикоид! в полной мере контролируют симптомы заб< вания, рассматривается назначение антиги минных препаратов. Рекомендуется по возл ности избегать использования системных а гистаминных препаратов в I триместре берег ности. При назначении предпочтение отда< хлорфенирамину, трипеленамину и гидроксиг Поскольку эти препараты отсутствуют на 6 русском фармацевтическом рынке, следует бирать лоратадин и цетиризин.

На вопрос о лечении бессонницы ответ 386 врачей. Наиболее часто врачи рекоме ют валериану, персен, глицин, ново-пассит стойку пустырника.

Препараты для лечения бессонницы, ука ные врачами, в основном растительного пр хождения, их безопасность и эффективное период беременности и кормления грудью полностью изучены: «Персен» (комбиниро ный препарат, содержащий экстракт валери; экстракт Melissa, экстракт мяты перечь «Ново-пассит» (комбинированный препарат держащий экстракты корневищ с корнями в рианы лекарственной, травы Melissa ле ственной и зверобоя продырявленного, пль ев и цветков боярышника однопестичного колючего, травы Passiflora incarnata (с стоцвета), соплодий хмеля обыкновенн цветков бузины черной). Согласно инстру!

## ЛИТЕРАТУРА

производителя, при беременности ново-пассит назначают только по абсолютным показаниям, если ожидаемая польза терапии для матери превышает возможный риск для плода.

Таким образом, несмотря на то что хроническая экстрагенитальная патология встречается менее чем у половины беременных, широкое использование фармакотерапии является объективной реальностью. Это может быть обусловлено как объективными факторами (снижение уровня здоровья женщин детородного возраста и увеличение среднего возраста первородящих), так и доступностью фармакотерапии, информационными атаками на беременных и выбором пути наименьшего сопротивления по сравнению с изменением образа жизни для поддержания нормального самочувствия.

Беременные в Республике Беларусь являются активными потребителями ЛС и парафармацевтической продукции (витамины, микроэлементы, растительные препараты, БАДы) как самостоятельно, так и с подачи врачей и работников аптек. Применение этих препаратов — дополнительное финансовое бремя (в дополнение к необходимым затратам на обоснованно назначенные ЛС и продукты для обеспечения здорового образа жизни), при этом не обязательно положительно влияет на здоровье. Важной проблемой является бесконтрольное применение БАДов, поливитаминов и лекарственных растений. Необходимо проводить образовательную работу не только среди врачей и фармацевтических работни-

И, но и беременных и контролировать в период беременности прием всех ЛС, включая асистельные средства, поливитамины и 1ы Любое профилактическое назначение каратов во время беременности должно строго обосновано.

Проведение фармакоэпидемиологических тедований, создание республиканского «Реза беременных» **позволит** получать сведения о структуре лекарственных назначений, эпасности и отдаленных последствиях про-1мой в период **беременности** и кормления \*ью фармакотерапии, разработать нацио-1ьные рекомендации по оптимизации пемзования ЛС у **женщин во** время беремен- и кормления **грудью**.

1. Egen-Lappe V, Hasford J. //Eur. J. Clin. Pharmacol.— 2004.— Vol. 60.— P. 659—666.
2. Olesen C, Steffensen F. H., Nielsen G. L, et al. //Eur. J. Clin. Pharmacol.— 1999.— Vol. 55.— P. 139—144.
3. Malm H., Martikainen J., Klaukka T., et al. //Eur. J. Clin. Pharmacol.— 2003.— Vol. 59.— P. 127—133.
4. Riley E. H., Fuentes-Afflick E., Jackson R. A., et al. //J. Womens Health (Larchmt).— 2005.— Vol. 14.— P. 401—409.
5. EngelandA., Bramness J. G., DaltveitA. K., et al. //Br. J. Clin. Pharmacol.— 2008.— Vol. 65.— P. 653—660.
6. Lacroix I., Hurault C, Sarramon M. R, et al. // Eur. J. Clin. Pharmacol.— 2009.— Vol. 65.— P. 839—846.
7. Andrade S. E., Gurwitz J. H., Davis R. L, et al. //Am. J. Obstet. Gynecol.— 2004.— Vol. 191.— P. 398—407.
8. Lee E., Maneno M. K., Smith L, et al. //Pharmacoepid. Drug Saf. — 2006.— Vol. 15.— P. 537—545.
9. Stephansson O., Granath F., Svensson T, et al. //Clin. Epidemiol.— 2011.— № 3.— P. 43—50.
10. Santos F, Oraichi D., BerardA. //Pharmacoepid. Drug Saf.— 2010.— Vol. 19.— P. 418—427.
11. De Vigan H., de Walle E. K., CordierS., et al.//J. Clin. Epidemiol.— 1999.— Vol. 52.— P. 977—982.

Поступила 23.07.13.

## PREGNANCY AND MEDICINES. PHARMACO-EPIDEMIOLOGICAL TRAIL

I. S. Romanova, L. N. Gavrilenko, I. N. Kozhanova,  
M. M. Sachek

*Objective.* To examine the real world clinical practice of physician's prescribing and to assess the pregnant women compliance with the treatment prescribed were the objectives of the study.

*Materials and methods.* A cross-sectional multicentre! pharmacoepidemiological trial was conducted for the first time in five areas of the Republic of Belarus 1.528 pregnant women and 650 doctors having participated in. The medicines listed in the questionnaires were distributed according to the anatomical therapeutic chemical classification and classification of the drug safety for the fetus during pregnancy (American Classification of the Food and Drug Administration of the United States (FDA).

*Results.* As the results of the survey have shown pregnant women are active consumers of pharmaceutical products, dietary supplements, and herbal products. A quarter of respondents are taking medications on their own decision in addition to the prescribed ones. More than half of the pregnant women participating in the survey are taking medicines for headaches, acute respiratory infections, fever, cough, rhinorrhea occasionally. About 84% of doctors are familiar with the classification criteria for drug safety for the fetus. The proportion of medicines in the medical prescription structure the medicine safety has not been established on the drug appointment during pregnancy is contraindicated has been determined.

*Conclusion.* The uniform national "Pregnant Women Registry" should be set up and educational programs for pharmacists, physicians and pregnant women should be conducted to optimize the medicines administration by pregnant women.

*Key words:* pharmacoepidemiology, pregnancy, medicines.

**Адрес для корреспонденции:**

Романова Ирина Сергеевна.  
Белорусский государственный медицинский университет.  
220116. г. Минск, пр Дзержинского, 83; сл. тел. (8-017) 272-66-05.