

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 пэо-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.

Фармакоэпидемиологические 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 **объединение** медицинской информации в «Регистр беременных», что позволит проще, а значит, эффективнее 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 одновременное 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 1С 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 (оценкалась приверженность к назначенному лечению; установлены популярные у беременных ггочники информации о ЛС), изучен спектр и ютота назначения и применения во время беременности парофармацевтических продуктов (витамины, БАДы, фитопрепараты).

Все ЛС распределили в соответствии с анатомо-терапевтической химической (АТХ) классификацией и классификацией безопасности применения ЛС при беременности (классификация американского Управления по контролю пищевых продуктов и лекарств в США — FDA). Категория «А»: надлежащие исследования не выявили риска неблагоприятного воздействия на плод в I триместре беременности, отсутствуют данные о риске во II и III триместрах; категория : исследования на животных не выявили риск надлежащего воздействия на плод, надлежащих исследований у беременных не было; категория «С»: исследования на животных выявили потенциальное 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, отря на имеющийся риск; категория «D»: потенциальные 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 «X»: 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 категорию риска при беременности по классификации FDA, на основании информации производителей в листках-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 отсечь 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 (Н03), антикоагулянты (B01), антианемические препараты (B03), препараты для лечения функциональных нарушений со стороны ЖКТ (A03), препараты для лечения урологи-

30 Организация здравоохр

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 дороговизну, 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 (ацетилсалциловая кислота (ACK), 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-

иена и эпидемиология

леваниях (R05), препараты для лечения функциональных нарушений со стороны ЖКТ (A03), карстенные травы и народные средства и Безопасность большинства эпизодически приемлемых беременными препаратов не определена либо имеет категорию «C» действия на гигиену. Чаще в анкетах указаны анальгетики — **КОК** (коконаванные препараты, содержащие парацетамол, метамизол натрия, ACK (большинство которых противопоказаны при беременности)). Среди ЛС для лечения молочницы 66% в структуре выбранных препаратов имеют категорию «C» той же категории относятся 51% препаратов эпизодических назначениях для лечения заболеваний носа. В группе препаратов для лечения кашля и простудных заболеваний более 90% в ранних женщиными для кратковременного применения имеют категорию «C» либо их безопасность определена.

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

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

Назначение обезболивающих средств беременным при острой боли (головная, зубная) поторвали 457 врачей. Специалисты чаще предлагали метамизол натрия (опасно) и его комбинированный препарат «Баралгин» (безопасно не установлена), дротаверин (безопасно), **ННН** сулид (опасно), цитрамон (безопасность установлена), ACK (категория «C», «D» — в применении максимальной дозы в III триместре).

Нестероидные противовоспалительные средства (НПВС) широко используют в медицине

Организация здравоохранения, гигиена и эпидемиология

3Т

практике в качестве обезболивающих, жаропонижающих противовоспалительных средств. Однако в период беременности применение таких препаратов строго ограничено, поскольку в эзанние сроки беременности могут оказаться вредное действие на плод с развитием тератогенного эффекта. Прием таких препаратов в поздние сроки беременности может быть причиной кроотечения у плода вследствие влияния на функцию тромбоцитов, а также приводит к перенасыщению беременности из-за уменьшения уровня простагландинов, стимулирующих тонус матки. С другой стороны, свойство НПВС ингибировать биосинтез простагландинов классов Е и F пролонгированием беременности может быть использовано в акушерской практике для лечения невынашивания беременности у женщин с харным диабетом, кардиомиопатией, многовнем и многоплодием. Блокада синтеза простагландинов также находит применение в неонатической практике для терапии незаращения галлова 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 тилцистин (категория «С»), бромгексин (категория «С»), гвайфенезин (категория «С»), 10% врачей указали солодку, 2 (0,5%) — термопсис. Большинство специалистов выбрали **п** «другие препараты» без уточнения конкретного названия — 175 (47,8%) опрошенных. Для лечения во II и III триместрах беременности 157 (41%) врачей выбрали амброксол (категория I, 70 (19,1%) — бромгексин (категория «С»), 1,9%) — ацетилцистин (категория «С») и 4 (0,9%) — гвайфенезин (категория «С»). Растильные препараты — алтей (применение считается безопасным) и термопсис (применение считаются безопасным) выбрали — 3 (0,8%) врача, дку (безопасность действия на плод не установлена) — 5 (1,4%). Ответ «другие препараты» без уточнения названий выбрали 132 (36,1%) **i.** В качестве препарата для лечения кашля 1% врача отметили АСК.

Гласно информации производителя, ацетилцистин, гвайфенезин запрещены к использованию у беременных и кормящих женщин, бромгексин, амброксол в экспериментальных иях не оказывали эмбриотоксическое действие, противопоказаны в I триместре беременности. Бромгексин противопоказан в педиатрии. 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 пиносол (безопасность действия на плод не установлена), оксиметазолин (категория «С»), нафазолин (категория «С»), салин (назначение считается безопасным). Прочие назначения были единичными: спрей «Виброцил», «Инсти», протаргол, синупрет, хлорофиллипт, оксолиновая мазь, фузафунгин, фитопрепараты.

Заложенность носа в период беременности может беспокоить женщину вследствие физиологического отека слизистой оболочки носа. При выраженному 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. ч. Было проанализировано 787 ответов. Показано, что не назначает, направляет к другому специалисту 321 (60,3%) врач, не считают возможным применять лекарства при сезонной аллергии 13 (2,4%) врачей. Из 453 предложенных (93,2%) ЛС составили антигистаминные препараты для системного применения: хлоропира (опасно), клемастин (категория «С»), лората (категория «В»), прометазин (категория < 6,8% — глюкокортикоиды для интраназальных применения (без уточнения наименования). На применение других препаратов без уточнения наименования указали 7 врачей.

При доказанной аллергической этиологии заболевания необходимо проводить мероприятия по элиминации аллергенов. Интраназальные тикостероиды (будесонид) следует рекомендовать в качестве препарата 1-й линии (доказанная эффективность в лечении симптомов аллергического ринита, низкая абсорбция, отсутствие системных эффектов и побочного действия на плод). Если интраназальные глюкокортикоиды в полной мере контролируют симптомы заболевания, рассматривается назначение антигистаминных препаратов. Рекомендуется по возможности избегать использования системных антигистаминных препаратов в I триместре беременности. При назначении предпочтение отдается хлорфенирамину, трипеленамину и гидроксигидаполюсу. Поскольку эти препараты отсутствуют на русском фармацевтическом рынке, следует бирать лоратадин и цетиризин.

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

Препараты для лечения бессонницы, указанные врачами, в основном растительного происхождения, их безопасность и эффективное действие на организм беременности и кормления грудью полностью изучены: «Персен» (комбинированный препарат, содержащий экстракт валерианы, экстракт мелиссы, экстракт мяты перечной «Ново-пассит» (комбинированный препарат, содержащий экстракты корневищ с корнями вианы лекарственной, травы мелиссы листья и зверобоя продырявленного, льна и цветков боярышника однопестичного колючего, травы пассифлоры инкарнатной (с стоцвета), соплодий хмеля обыкновенного цветков бузины черной). Согласно инструкции

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 парофармацевтической 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-

I, но и беременных и контролировать в педиатрии прием всех ЛС, включая аститеральные средства, поливитамины и т.д. Любое профилактическое назначение карбонатов во время беременности должно строго обосновано.

Проведение фармакоэпидемиологических исследований, создание республиканского «Регистра беременных» **ПОЗВОЛИТ** получать сведения о структуре лекарственных назначений, опасности и отдаленных последствиях про-1мой в период **беременности** и кормления *ю фармакотерапии, разработать национальные рекомендации по оптимизации приема ЛС у **женщин во время беременности** и кормления **грудью**.

ЛИТЕРАТУРА

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-Aflick 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-EPIDEMIOLICAL 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.