

- це, перш за все, національні програми, Закони України, поетапний перехід на засади страхової медицини, подальший розвиток сімейної медицини, можливість поєднання приватної та бюджетної медицини.

Таким чином, наукове обґрунтування реформ в охороні здоров'я, що проводиться співробітниками кафедри соціальної медицини та деканату сімейної медицини, дає можливість більш глибокого розуміння значення, змісту та, як результат, більш ефективного впровадження їх на місцях силами організаторів охорони здоров'я, лікарями, в т.ч. і за фахом "Сімейна медицина".

*Громова А.М., Дудченко А.А.,  
Мітюніна Н.І., Лихачов В.К.*

### **Організація фармакологічної опіки у вагітних з екстрагенітальною патологією**

Низька народжуваність в Україні поряд з достатньо високою перинатальною захворюваністю та високою загальною смертністю складають реальну загрозу для майбутнього нашої країни. Кількість нормальних пологів не перевищує 20%. Разом з цим зростає кількість жінок, які, не зважаючи на наявність у них різних хронічних екстрагенітальних захворювань, бажають стати матерями. Безумовно, вагітність у такої категорії жінок частіше перебігає з різними ускладненнями (гестози, невиношування). Окрім того, під час вагітності нерідко виникає загострення хвороби чи є декомпенсація. Поряд з цим розповсюдження інфекцій та зниження можливості у захисті внутрішньоутробного плоду складають для нього реальну загрозу. Внаслідок порушень у фетоплацентарному комплексі та внутрішньо-утробного інфікування, виникають вроджені вади розвитку, гіпоксії, гіпотрофії, внутрішньоутробні інфекції. І, нарешті, "синдром втрати плода та новонародженого" на різних етапах його розвитку.

Усе це разом взяте примушує лікарів частіше застосовувати медикаментозне лікування під час вагітності з метою покращення стану матері, збереження вагітності та попередження різних перинатальних ускладнень чи лікування внутрішньоутробного плоду [1,2]. Це суттєво знижує материнську смертність та перинатальну захворюваність та смертність.

З другого боку, застосування лікарських засобів (ЛЗ), певним чином може впливати на стан і розвиток внутрішньоутробного плоду. По даним різних авторів, від 60% до 90% вагітних приймають ліки у різні терміни вагітності [3,4]. Вважають, що 2-8% вроджених вад розвитку пов'язані із впливом лікарських препаратів [4]. Окрім цього, в залежності від терміну вагітності, дози та особливостей дії, ЛЗ можуть викликати гальмування розвитку, загибель плоду і навіть порушити формування поведінкових

реакцій у майбутньому.

Найбільш вразливий плід у критичні терміни. У перший критичний період (до 7 діб) під впливом ЛЗ можуть виникати зігтопатії, які супроводжуються або враженням спадкового апарату (мутагенез), або ембріо-летальною дією - елімінація зародка навіть до моменту реєстрації вагітності.

Другий критичний період - з 3 до 8 тижня вагітності, коли найчастіше реалізується тератогенний (формування вад розвитку) та ембріотоксичний ефект.

Третій критичний період - останній місяць вагітності, коли вплив ЛЗ приводить до фето- та неопатопатій.

У зв'язку з цим, застосування ліків під час вагітності потребує виваженості та знання їх можливих негативних впливів.

Виділяють 4 групи ЛЗ, застосування яких під час вагітності проти-показано [3]:

I - із високим ступенем небезпеки: антиметаболіти, цитостатики, імунодепресанти, алкалоїди барвінку та ін.;

II - із досить вираженою небезпекою: стрептоміцин, тетрацикліни, пеніциліни, цефалоспорини, дифеніл, триметин, карбамазепін, галоперидол, резерпін та ін.;

III - із визначеною небезпекою: трициклічні антидепресанти (амітриптилін, імизин, фторацизин), транквілізатори (хлордіазепоксид, мепротан, амизил, оксилідин та ін.), антибактеріальні сульфаніламід, протиглисні, протималярійні, антипротозойні лікарські засоби, препарати статевих гормонів (чоловічих і жіночих) та ін.;

IV - ліки, небезпека яких суперечна: гіпотензивні (клофелін, апресин, метилдофа та ін.), (адреноблокатори (пропранолол, окспреналол), ніфедипін, метаквалон, первинкамін, антикоагулянти прямої і непрямої дії, антифібринолітики, гіполіпідемічні засоби, бензодіазепіни.

Безумовно, у кожному випадку застосування ЛЗ, необхідний індивідуальний підхід. Групою українських вчених [4] розроблений алгоритм проведення фармакотерапії у вагітних:

I етап - прийняття рішення про необхідність і доцільність призначення ЛЗ (користь повинна бути більшою за шкоду);

- визначення цілі фармакотерапії (лікування акушерської чи екстрагенітальної патології, лікування внутрішньоутробного плода);

II етап - вибір групи ЛЗ та складання схеми лікування з урахуванням механізму дії та сукупності фармакологічних ефектів ЛЗ, загальних негативних ефектів, наявності акушерської та екстрагенітальної патології, взаємодії з іншими ЛЗ, алергологічним анамнезом;

III етап - вибір конкретного ЛЗ, разової курсової, добової дози, шляхів введення;

IV етап - власне фармацевтична опіка вагітної жінки (проводиться провізором) - інформація пацієнтки про:

- фармакологічні властивості препарату;
- можливі побічні ефекти;
- взаємодію із їжею;
- режим прийому;
- умови та терміни зберігання;
- необхідність фіксування ознак алергічних та інших реакцій.

V етап - моніторний нагляд та оцінка клінічної ефективності фармакотерапії.

Даний підхід до застосування ЛЗ у вагітних, дозволить проводити раціональне лікування та запобігатиме виникненню можливих ускладнень для матері та дитини.

### Список використаної літератури

1. І.С.Лук'янова "Вплив максидоміну на матково-плацентарно-плодовий кровоток у жінок з серцевою недостатністю. //Здоров'я жінки. - №2(14). - 2003. - С.4-5.
2. Т.Т. Берестовая, А.А. Руденко, Л.Е. Туманова "Значение адекватного лечения генитальной герпетической инфекции в акушерской практике". //Здоров'я жінки. - №2(14). - 2003. - С.83-87.
3. О.П. Вікторов "Фармакокінетика і фармакодинаміка ліків у системі "мати-плід". //Нова медицина. - №4. - 2002. - С.54-58.
4. А.В.Зайченко, О.И.Шевченко, А.П.Вікторов, А.В.Сторчак "Основы рационального применения лекарств и фармакологической опеки в акушерско-гинекологической практике": Монографія/ Под ред. И.А. Зупанца, О.В. Грищенко. - Харьков: Золотые страницы, 2003, - 304с.

*Шахненко В.І., Волос Б.О.*

### Медико-педагогічні проблеми здоров'я учнів

Аналіз стану здоров'я населення України свідчить про незадовільну медико-демографічну ситуацію, зростання смертності та поширеності хвороб, скорочення середньої очікуваної тривалості життя, від'ємний приріст населення[5].

Статистичні дані дають підстави вважати, що загрозливі темпи депопуляції та погіршення здоров'я населення починаються з сім'ї і школи: початкову школу закінчує 20 відсотків здорових дітей, а середню - лише 5-7[1]. Однією з причин цього, є низький рівень культури здоров'я сім'ї, родини і школи. В сім'ях та родинах учнів загальноосвітніх навчальних закладів (ЗНЗ) поширене куріння, вживання алкоголю, а нерідко - і наркоти-ків. Так, серед дорослого населення палить половина чоловіків і 20 від-сотків жінок. Поширеність алкоголізму становить 84,4, алкогольних психозів - 18,9 чоловік на 100 тис. населення [5]. За статистичними даними