

ИССЛЕДОВАНИЕ РИСКА ВОЗДЕЙСТВИЯ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ НА СОСТОЯНИЕ ПЛОДА

Анимова Полина Викторовна

студент Курского государственного медицинского университета, РФ, г. Курск

Болдина Наталья Владимировна

научный руководитель, старший преподаватель Курского государственного медицинского университета, РФ, г. Курск

На данный момент количество лекарственных средств, которыми пользуются врачи измеряется сотнями тысяч. В нашей стране зарегистрированы и внесены в Государственный реестр около 15 тысяч, общее количество имеющихся в разных государствах препаратов и различных их группировок превышает 250 тыс. Количество лекарственных препаратов быстро увеличилось за последнее время. Ещё 25–35 лет тому назад 65–85 % применяющихся в настоящее время лекарств не были известны или не использовались. При этом увеличивается и число регистрируемых осложнений терапии беременных. Для определения возможного риска лекарственных препаратов для плода в большинстве стран используют классификации категорий риска при беременности. На основании рекомендаций FDA (Federal Drug Administration) выявляю категории от А до Х лекарственных препаратов в зависимости от повреждающего действия:

- категория А: лекарственные препараты не приносят вредного воздействия для плода на протяжении всех триметров беременности (препарат сульфата железа, витамины, трийодтироксин);
- категория В: экспериментальным способом не выяснили повреждающего действия, либо появляющиеся у животных патологические изменения не обнаружены у детей, у которых во время беременности матери использовали лекарственные препараты, относящиеся к данной группе (ацетилсалициловая кислота, тинидазол);
- категория С: в экспериментальном изучении на животных выявлено появление тератогенного или гепатотоксического действия лекарства, контрольных испытаний не проводилось, либо действие препарата не изучено достаточно полно (тубазид, левофлоксацин, стрептомицин, транквилизаторы);
- категория D: применение лекарств связано с определённым риском для плода, однако положительный эффект от их использования превышает возможное тератогенное действие (хлордиазепоксид, окситетрациклин, неомицин);
- категория Х: доказано тератогенное действие препаратов этой группы, их приём противопоказан до и во время беременности (вальпроат натрия, канамицин) [1].

Ненаркотические анальгетики. Во время беременности по назначению врача необходимо применение обезболивающих препаратов в малых дозах (однократно). Относительно безопасными считают ацетаминофен и малые дозы аспирина. При использовании ненаркотических анальгетиков в третьем триместре беременности вследствие устранения активности простагландинов возможны осложнения в виде недоношенной беременности, кровотечений у плода и беременной, преждевременного закрытия артериального протока с возникновением лёгочной гипертензии. Нейролептик аминазин, используемый для лечения

токсикоза беременных, проникает через плацентарный барьер и может вызвать гепатотоксическое действие, а также ретинопатию недоношенных. Антигипертензивные средства. Применение атенолола при беременности может повысить тонус матки, уменьшить сердечный выброс, вызвать гипотрофию плаценты, пониженное питание плода. Лекарство проникает через плаценту в первоначальном виде и может привести к гипоксемии плода, вызвать гипогликемию, гипербилирубинемия и уменьшение количества пульса, а также уменьшить тахикардию в ответ на гипоксию. После родов у новорождённого возможно угнетение дыхания. Применение гидрохлортиазида может стать причиной тромбоцитопении и нарушений электролитного обмена. Применение эналаприла у беременных вызывает различные патологии у плода: сердечную недостаточность, патологию почек, гипотонию, открытый баталлов проток, респираторный дистресс синдром, аплазию лёгких, внутриутробную гибель, что обусловлено воздействием ингибиторов ангиотензинпревращающего фермента на ренальную систему. Вероятно, также нарушение процесса окостенения скуловой дуги у новорожденного. Применение антагониста кальцевых каналов нифедипина вызывает незначительные побочные эффекты в виде тахикардии, головокружений [2]. Гормональные препараты. У девочек, у которых на 9-18 неделе беременности матери использовали фосфэстрол в качестве заместительной гормональной терапии, повышается риск развития аденокарциномы надвлагалищной части матки, а также морфологические дефекты внутренних половых органов: поперечных складок на шейке матки, аплазии матки, дисфункции половых желез. Эстрогены и прогестероны не следует применять в первый триместр беременности из-за риска нарушения развития сердечной системы и возможности развития гинандротропии у мальчиков. Изменение анатомического строения под действием гормональных противозачаточных средств описано как возникновение патологии позвоночника, заднего прохода, сердца, бронхиального дерева, пищевода, аномалии развития почек и аномальное формирование конечностей. Тератогенное действие кортикотропного гормона обусловлено расщеплением мягкого нёба. Глюкокортикоиды у беременных необходимо применять с осторожностью из-за возможности развития аплазии надпочечников. Антикоагулянты. Гепарин не проникает через плаценту и в редких случаях может быть использован у беременных. Непрямые антикоагулянты проходят через плаценту в первоначальном виде и могут вызвать кровотечения у плода, если не был диагностирован геморрагический синдром у беременной.

Список литературы.

1. Верткин, А. Л. Артериальная гипертензия беременных: механизмы формирования, профилактика, подходы к лечению/А.Л. Верткин //Российский кардиологический журнал. – 2003.- Т. 1, № 6. – С. 162-173.
2. Стрюк Р. И. Диагностика и лечение сердечно- сосудистых заболеваний при беременности Российские рекомендации/Р.И. Стрюк //Кардиоваскулярная терапия и профилактика. – 2010. – Т. 9, № 4. – С. 1-36.