

Общие затраты на АБП (22 наименования) за указанный период составили 79 млн 501 тыс 590 рублей. Класс А (53 млн 635 тыс 460 руб) — вошло 3 наименования АБП (тейкопланин, цефоперазон, цефотаксим) — 13,6 % от общего количества АБП в ЛОР-отделении (таблица 4).

Таблица 4

| Лекарственное средство   | V<br>E<br>N | Форма<br>выпус-<br>ка | Кол-<br>во | Экономич.<br>затраты | Стои-<br>мость<br>упаковки | Доля (%) в<br>общих<br>расходах | Долей<br>(%) | А<br>В<br>С |
|--------------------------|-------------|-----------------------|------------|----------------------|----------------------------|---------------------------------|--------------|-------------|
| Тейкопланин-ТФ 200 мг№ 5 | Е           | уп                    | 18         | 22302000             | 1239000                    | 28,05                           | 28,05        | А           |
| Цефоперазон 1 г          | Е           | фл                    | 304        | 16589280             | 54570                      | 20,8                            | 48,85        |             |
| Цефотаксим 1 г           | Е           | фл                    | 3275       | 14744180             | 4502                       | 18,5                            | 67,35        |             |

### Вывод

1. Посредством ABC/VEN-анализ установлено, что больше затрат на лекарственные средства класса А пришлось на ОАРИТ и 1-е хирургическое отделение УГОКБ, значительно меньше всех — на отделение детской хирургии.

2. Из антибактериальных препаратов в класс А для ОАРИТ УГОКБ вошли — стизон, имицинем, меропенем, дорипрекс, линезолид, коломицин; для 1-го хирургического отделения: имицинем, стизон, цефтриаксон, флуконазол; для ДХО: цефотаксим, цефтриаксон; для ЛОР: тейкопланин, цефоперазон, цефотаксим.

3. Проведенный анализ показал, что выбор врачами антибактериальных препаратов в отделениях хирургического профиля УГОКБ за период I полугодия 2014 г, определялся качественными и количественными особенностями микробного спектра заболеваний в отделениях.

*Е. С. ПЕТРЕНКО, С. Н. КОВАЛЬ, Н. Е. МОЗГОВ, Л. А. АЛЕКСЕЕВА.*

## ОБЕЗБОЛИВАНИЕ РОДИЛЬНИЦ ПОСЛЕ ОПЕРАТИВНОГО РОДРАЗРЕШЕНИЯ

*Учреждение «Гомельская областная клиническая больница»  
УО «Гомельский государственный медицинский университет»*

Полноценное обезболивание после кесарева сечения позволяет рано активизировать родильницу, ускоряет заживление операционных швов и инволюцию матки, является частью профилактики пареза кишечника, гнойно-воспалительных и тромбоэмболических осложнений. При проведении спинальной анестезии помимо основного анестетика для улучшения качества нейроаксиального блока и продления анестезии в послеоперационном периоде в качестве адъювантов используют опиоидные анальгетики. Однако интратекальное введение значительных доз морфина помимо продления анестезии приводит сопряжено с риском развития побочных эффектов, таких как, тошнота, рвота, брадикардия, избыточная седация, зуд кожи, задержка мочеиспускания, нарушение терморегуляции, отсроченное угнетение дыхания.

**Цель исследования** показать, как соотносится с действительностью послеоперационное анальгетическое действие морфина, вводимого в минимальных дозах в качестве адъюванта при операциях кесарева сечения под спинальной анестезией; оценить выраженность побочных эффектов и безопасность применения; оценить эффективность дополнения обезболивания нестероидными противовоспалительными средствами.

**Материалы и методы.** Проведено исследование качества послеоперационного обезболивания у 72 родильниц в возрасте 18–39 лет, перенесших операцию кесарева сечения при сроках беременности 38-40 недель в родильном отделении роддома УГОКБ с 01.01.2013 г. по 31.05.2014 г. Функциональное состояние всех пациенток соответствовало I-II классу по шкале ASA (классификация американской ассоциации ане-

стезиологов). Критерием включения в исследование было отсутствие у них акушерской и экстрагенитальной патологии в стадии декомпенсации. Пациентки были разделены на три группы случайным образом в зависимости от избранной методики послеоперационного обезбоживания. Группы не отличались по возрасту, сроку гестации, классу по ASA, объему и продолжительности операции.

Во всех группах выполняли спинальную анестезию на уровне L<sub>3</sub>–L<sub>4</sub> в положении сидя. В первой группе (n = 24) интратекально вводили 0,5% раствор бупивакаина (Magcain Spinal Heavy) в дозе 11–15 мг. В послеоперационном периоде обезбоживание осуществляли комбинированным применением промедола 20мг в/м и анальгина 1 г в/в 4 раза в сутки. Во II (n = 26) и III (n = 22) группах введение бупивакаина в дозе 11–13 мг сочетали с применением адьюванта, в качестве которого использовали морфина гидрохлорид в дозе 50–100 мкг. Во II группе для послеоперационного обезбоживания использовали в/м инъекции кеторолака (Борисовский ЗМП) по 30 мг 4 раза в сутки. В III группе обезбоживание проводили чередованием инъекций кеторолака 2–3раза в сутки и внутривенной инфузии парацетамола 1 % 100 мл (СПОО «Фармлэнд») через 8–12 часов. Первую инфузию парацетамола проводили в конце операции в течение 15–20 мин. Все пациентки в течение первых послеоперационных суток находились в палате интенсивной терапии. В течение первых суток послеоперационного периода помимо стандартного мониторинга контролировали частоту дыхания, следили за уровнем сознания. Качество послеоперационной анальгезии оценивали по интенсивности болевого синдрома в покое и при активации родильницы, используя 10-балльную визуально-аналоговую шкалу (ВАШ), а также по необходимости дополнительного введения анальгетиков в ответ на просьбу пациентки. Отслеживали также частоту побочных реакций и послеоперационных осложнений.

**Результаты и обсуждение.** В первые сутки у родильниц первой группы, несмотря на значительный расход анальгетиков, отмечались достоверно более высокие оценки по ВАШ в первые часы послеоперационного периода и при активизации ( $p < 0,05$ ) по сравнению с пациентками II и III групп. Достоверных различий оценки по ВАШ между пациентками II и III не было, однако у пациенток III группы отмечалась тенденция к более низким оценкам, чем во II группе ( $p > 0,05$ ). Дополнительное введение анальгетиков пациенткам III группы не проводилось, а во II группе потребовалось у 2 (7,7 %) пациенток. Побочные эффекты интратекального введения морфина в виде озноба встречались в 2 % случаев, в виде тошноты и/или рвоты наблюдались у 6,5 % пациенток и носили большей частью эпизодический, однократный характер. Побочных эффектов применения НПВС не отмечено.

#### **Выводы**

Интратекальное введение морфина в дозе 50-100мкг в качестве адьюванта значительно улучшило качество обезбоживания после кесарева сечения.

Количество побочных эффектов введения морфина в такой дозе незначительно и не влияет на удовлетворенность женщин качеством обезбоживания.

Выявленная тенденция к преимуществу дополнения обезбоживания комбинацией кеторолака и внутривенной инфузии парацетамола требует более широкого исследования.

***О. Ю. ПОДГУРСКАЯ, А. Ф. СТЕПАНОВА***

### **ЗНАЧЕНИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ АНТИЭРИТРОЦИТАРНЫХ АНТИТЕЛ В ОБЕСПЕЧЕНИИ БЕЗОПАСНОСТИ ГЕМОТРАНСФУЗИЙ**

*Учреждение «Гомельская областная клиническая больница»*