рази у межах норми); інсульту стовбура головного мозку. **Покроковий підхід до лікування.** Основною метою лікування є зниження високого рівня летальності та тяжкості серйозних ускладнень за допомогою застосування атропіну і/або пралідоксиму, а також підтримуючої терапії та деконтамінації пацієнта. До лікування цих пацієнтів слід залучувати ранню допомогу експертів та терапію критичних станів. Усі пацієнти із тяжким отруєнням підлягають уважному спостереженню у перші 4–5 днів.

УДК 616-001.186(798)

Марков Ю.І.
Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, м. Київ, Україна

Холодові ушкодження: рекомендації 2014 року штату Аляска (США)

Проблема холодових ушкоджень є доволі актуальною. Географічна північ — той регіон, де подібні ушкодження зустрічаються частіше. На прикладі рекомендацій 2014 року штату Аляска (США) розглянуто основні клінічні підходи при гіпотермії на догоспітальному та госпітальному етапах. Усі випадки розглядають залежно від рівнів зниження внутрішньої температури тіла: легка гіпотермія (35–32 °С), помірна (32–28 °С), тяжка (менше за 28 °С). У клініці розрізняють такі градації відчуття холоду. I. *Холодове тремтіння* — приблизна температура понад 35 °С (гіпотермія відсутня), значення температури 35–32 °С (м'яка гіпотермія). Подібні ситуації не потребують застосування спеціальних методів зігрівання. II. *Помірна гіпотермія* — супроводжується порушеннями психіки, коли температура має значення менше за 30 °С (тремтіння припиняється, втрачається свідомість при температурі 32–28 °С). При цьому застосовують методи зовнішнього зігрівання тіла. III. *Тяжка гіпотермія.* Значне зниження вітальних ознак. Значний ризик фібриляції шлуночків з тяжкими наслідками при температурі менше за 28 °С. IV. *Вітальні ознаки* зазвичай втрачаються за температури 24 °С та нижче. Спонтанна фібриляція шлуночків та зупинка серця (асистолія). У двох останніх градаціях (III–IV) здатність до нагрівання тіла без спеціальних зовнішніх методів зігрівання втрачена. Важливе значення мають вимірювання та моніторинг внутрішньої температури, вміле поводження з гіпотермічним пацієнтом, початкова оцінка та лікування охолоджених пацієнтів (залежно від рівня зниження температури тіла), їх транспортування у спеціальних термоізоляційних мішках, лікувальні заходи (особливо у випадках тяжкої гіпотермії та коли втрачаються вітальні ознаки). Питання здійснення захисту дихальних шляхів та судинного доступу (з подальшою інфузійною терапією), констатації зупинки серця у пацієнтів з гіпотермією у багатьох організаційних та лікувальних аспектах мають свої особливості. Слід враховувати механізм виникнення та вид холодової травми. Дотримання клінічних настанов з надання невідкладної допомоги пацієнтам дозволяє покращити кінцеві результати лікування пацієнтів з холодовою травмою.

УДК 15.099+615.212+615.9

Маркова С.О.[1], Курділь Н.В.[2]
[1]Міська лікарня швидкої медичної допомоги, м. Миколаїв, Україна
[2]ДП «Науковий центр превентивної токсикології, харчової та хімічної безпеки імені академіка Л.І. Медведя Міністерства охорони здоров'я України», м. Київ, Україна

Клінічний випадок успішного лікування токсичного гепатиту, обумовленого гострим отруєнням ненаркотичним анальгетиком парацетамолом

Парацетамол. Код АТС N02BE01. Фармакотерапевтична група: анальгетики та антипіретики. У людини вживання 15 г парацетамолу протягом доби провокує інтоксикацію, а понад 25 г — смерть. Статистика свідчить, що в США і країнах Європи парацетамол є лідером за кількістю отруєнь, у тому числі з летальним результатом. 11.06.2018 бригадою екстреної медичної допомоги у токсикоз-терапевтичне відділення лікарні швидкої медичної допомоги м. Миколаєва була доставлена хвора Я., 22 років, студентка. З анамнезу захворювання відомо, що протягом того ж дня дівчина з суїцидальної метою прийняла велику кількість таблеток парацетамолу. При опитуванні у лікарні було з'ясовано, що хвора Я. напередодні придбала в різних аптеках та випила близько 110 таблеток парацетамолу (в різних дозах — 200, 350 та 500 грамів), разом із хворою були доставлені пусті упаковки від зазначених таблеток. При надходженні у стаціонар хвора була в свідомості, дещо загальмована. Температура тіла, дихання, серцевий ритм та артеріальний тиск були у нормі, шкіра та слизові звичайного кольору, живіт м'який безболісний. Проведено промивання шлунка, очищення кишечника, ентеросорбція, інфузійна терапія розчинами глюкози, кристалоїдів, реосорбілакту, соди 4%. Призначено антидот — ацетилцистеїн (140 мг/кг на добу), гепатопротектори — ліпоєва кислота (20 мг/кг на добу), силібінін (20 мг/кг на добу) та симптоматичну терапію. На другу добу зареєстровано різке підвищення рівня АсАТ — 1073 (норма — до 32), АлАТ — 1116 (норма — до 33) та зниження протромбінового індексу (ПТІ) — 38,0. На третю добу показники ферментів крові набули максимальних значень: АсАТ — 19740, АлАТ — 14800, а показник ПТІ знизився до 13,0. Одночасно з'явилися жовтяниця, збільшення печінки, асцит, кров'янисті виділення з піхви, зниження діурезу. Продовжувалася антидотна терапія, ентеросорбція, введення глюкози, кристалоїдів, свіжозамороженої

плазми крові, здійснювалася симптоматична терапія (метоклопрамід, вікасол, етамзилат кальцію, фуросемід, верошпірон, дексаметазон, пентоксифілін, нормолакт тощо). На шосту добу лікування була відмічена позитивна динаміка біохімічних показників крові: зниження АсАТ — 240, АлАТ — 3495, зростання ПТІ — 61, збільшення добового діурезу. На сьому добу стан хворої Я. стабілізувався, була відрегульована дієта. Хвора була виписана із відділення в задовільному стані на 16-ту добу лікування. На момент виписки апетит був хорошим, диспептичні явища відсутні, скарг хвора не пред'являла. Рекомендовано спостереження сімейного лікаря, дотримання дієти, прийом гепатопротекторів.

УДК 616-06

Марценюк Г.О.
Українська військово- медична академія, м. Київ, Україна

Основні причини розвитку постпункційного головного болю

Спінальна анестезія була вперше виконана Bier в 1897 році. Основними характеристика методу є простота, економічність, висока ефективність, особливо при використанні анестетиків нового покоління та адаптованих одноразових голок (Quincke, Yale, Balton). Як і будь-який метод анестезії, він має певні побічні ефекти, недоліки, ускладнення. Тому важливим питанням є вирішення проблеми попередження виникнення такого ускладнення, як постпункційний головний біль (ППГБ), частота якого, за даними літератури, становить від 10 до 85 % випадків [1]. Згідно з Міжнародним товариством головного болю (International Headache Society), постпункційний головний біль — це головний біль, що розвивається не більше як за 5 днів після дуральної пункції, виникає або посилюється не більше чим через 15 хвилин після переходу в вертикальне положення і супроводжується хоча б одним із наступних симптомів: ригідність м'язів шиї, зниження слуху, дзвін у вухах, фотофобія, нудота. Цей головний біль має зникнути через 7–14 днів після спінальної пункції; якщо біль не минає, то його називають головним болем ліквороного свища [2]. Причина розвитку пояснюється витіканням спинномозкової рідини в епідуральний простір через дефект твердої мозкової оболонки, спричинений пункцією, внаслідок чого розвивається синдром ліквороної гіпотензії. Біль пояснюють двома механізмами: 1) рефлекторне розширення судин, церебральних і менінгеальних, внаслідок ліквороної гіпотензії; 2) просідання головного мозку з натягом чутливих до болі внутрішньочерепних структур у вертикальному положенні. Натяг верхніх шийних спінальних нервів (C_1–C_3) викликає біль в шиї і надпліччях, натяг 5 черепних нервів викликає лобний біль, натяг 9 і 10 черепних нервів — біль в потилиці [3]. Велике значення мають і інші причини, такі як діаметр голки (чим товща голка, тим більш вірогідна поява болю) та її зріз, доступ: парамедіанний складніший в виконанні, але рідше призводить до головного болю, вид та баричність місцевого анестетика, супутні захворювання центральної нервової системи (арахноїдит, менінгоенцефаліт, мігрень), вихідний рівень внутрішньочерепного тиску, вік (частіше розвивається у молодих (31–50 років). Lybecker та співавт. встановили зворотний зв'язок між частотою прояву ППГБ та віком хворих із високим ступенем вірогідності ($p < 0{,}00001$). Vandam та Dripps, аналізуючи дані спинномозкових анестезій, дійшли висновку, що ППГБ виникають вдвічі частіше у жінок, ніж у чоловіків (відповідно 14 та 7 %), що пояснюється більшою еластичністю твердої оболонки і зіянням отвору в ній, також естрогени підвищують чутливість рецепторів до субстанції Р [1, 3]. **Висновки.** І хоча, згідно зі статистичними даними, частота ППГБ з кожним роком зменшується, не потрібно забувати про той відсоток пацієнтів, які стикнулися з проявами головних болей вже перебуваючи вдома. А через те, що розвиток ППГБ у більшості випадків пов'язаний з «автором» дуральної пункції, то дотримання методичних рекомендацій і встановлених методик виконання є основними методами профілактики ППГБ, на які може вплинути лікар.

Список літератури

1. Ренькас В.Б., Чорноус І.А. Проведення профілактики виникнення постпункційного головного болю // Гострі та невідкладні стани у практиці лікаря. — 2011. — № 3(27).

2. Суслов В.В., Фесенко У.А., Фесенко В.С. Спинальная анестезия и аналгезия: Руководство для врачей. — Харьков: СИМ, 2013. — 544 с.

3. Фесенко В.С. Постпункційний головний біль: етіологія, патогенез, прояви // Медицина невідкладних станів. — 2015. — 6(69). — С. 17-25.

УДК 616-089.5-003.83:618.19-089

Марцінів В.В.[1, 2], Михальчишина І.В.[2]
[1]Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, м. Київ, Україна
[2]Клінічна лікарня «Феофанія» Державного управління справами, м. Київ, Україна

Порівняння післяопераційної аналгезії пекторальною та грудною паравертебральною блокадою в онкохірургії молочної залози

Вступ. В онкохірургії молочної залози новітні міофасціальні блоки, серед яких пекторальна блокада, можуть стати альтернативою усталеній паравертебральній аналгезії. **Мета роботи:** порівняти больовий синдром та потребу в анальгетиках після операцій з приводу новоутворень молочної залози при застосуванні грудної паравертебральної та пекторальної блокади. **Матеріали та методи.** В дослідження були включені жінки, 1–2 за