

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

Спинальна анестезія була вперше виконана Вієг 1897 році. Основними характеристиками 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 лікворного свища [2]. Причина розвитку пояснюється витіканням спинномозкової рідини в епідуральний простір через дефект твердої мозкової оболонки, спричинений пункцією, внаслідок чого розвивається синдром лікворної гіпотензії. Біль пояснюють двома механізмами: 1) рефлекторне розширення судин, церебральних і менингеальних, внаслідок лікворної гіпотензії; 2) просідання головного мозку з натягом чутливих до болі внутрішньочерепних структур у вертикальному положенні. Натяг верхніх шийних спінальних нервів (C<sub>1</sub>–C<sub>3</sub>) викликає біль в шиї і надпліччях, натяг 5 черепних нервів викликає лобний біль, натяг 9 і 10 черепних нервів — біль в потилиці [3]. Вели-

ке 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 зиянням отвору в ній, також естрогени підвищують чутливість рецепторів до субстанції P [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., Черноус І.А. Проведення профілактики виникнення постпункційного головного болю // *Гострі та невідкладні стани у практиці лікаря*. — 2011. — № 3(27).
2. Сулов 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.<sup>1,2</sup>, Михальчишина І.В.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, м. Київ, Україна

<sup>2</sup>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