

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 ПТТ — 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 (С₁–С₃) 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 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., 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.^{1,2}, Михальчишина І.В.²

¹Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, м. Київ, Україна

²Клінічна 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

ASA, яким виконувалась мастектомія або лампектомія з аксілярною лімфодисекцією. Пацієнтки були розподілені на дві групи. У першій групі перед операцією виконувалась пекторальна блокада розчином ропівакаїну 0,375% 20 і 10 мл за методикою Бланко, у другій — паравертебральна блокада на рівні 3–4-го грудного хребця розчином ропівакаїну 0,5% 20 мл. Після чого в обох групах проводилась тотальна внутрішньовенна анестезія. В післяопераційному періоді оцінювали інтенсивність болю за цифровою рейтинговою шкалою болю (ЦРШ) від 0 до 10 відразу після операції та через 2, 6, 12, 24 години, а також час і дозу введених наркотичних (промедол 20 мг) та ненаркотичних (кетопрофен 100 мг) анальгетиків. **Результати.** Тридцять пацієнтів було розподілено на дві рівні за кількістю групи, які статистично не відрізнялись за віком та масою. Співвідношення лампектомій до мастектомій в групі пекторальної блокади — 10/5, паравертебральної — 11/4. Результати наведені в табл. 1.

Таблиця 1

Показник	Пекторальна блокада		Паравертебральна блокада		p
	Середнє значення	Стандартне відхилення	Середнє значення	Стандартне відхилення	
Промедол, мг	8,7	10,13	5,5	9,34	0,462
Кетонал, мг	47,6	74,96	72,7	78,62	0,383
ЦРШ 0	0,8	1,08	0,5	0,52	0,663
ЦРШ 2	1,8	1,64	1,4	0,97	0,731
ЦРШ 6	1,8	1,52	2,2	2,25	0,829
ЦРШ 12	2,2	1,89	2,0	1,67	0,902
ЦРШ 24	1,8	1,29	1,6	1,20	0,726
Час до першого знеболювання, хв	529,0	164,80	410,0	205,26	0,074

Висновки. Після операцій з приводу новоутворень молочної залози статистично значимої різниці в інтенсивності болю, потребі в наркотичних й ненаркотичних анальгетиках і в часі до їх першого введення в групі паравертебральної та пекторальної блокад не було.

УДК 615.211:616-089.168.1

Маслій В.А., Гомон М.Л., Вигонюк А.В., Гончарук О.С., Перова В.П., Пахно І.П.
Вінницький національний медичний університет
ім. М.І. Пирогова, м. Вінниця, Україна

Ефективність післяопераційного знеболювання при лапароскопічних холецистектоміях

Вступ. Незважаючи на розвиток сучасних методик знеболювання, більше ніж у половини пацієнтів зберігається виражений больовий синдром у післяопераційному періоді. Скорочення тривалості та зменшення травматичності оперативних втручань

посилює коливання інтенсивності больового синдрому, оскільки достатня післяопераційна анальгезія при таких умовах не досягається [1, 2]. **Мета роботи:** дослідити вираженість післяопераційного больового синдрому при лапароскопічних холецистектоміях, що виконуються під інгаляційною анестезією, з метою оцінки доцільності його корекції. **Матеріали та методи.** Проведено моніторинг 147 хворих, яким виконано лапароскопічну холецистектомію під інгаляційною анестезією севофлураном у Вінницькій ОКЛ ім. М.І. Пирогова та Вінницькій МКЛ № 1. Післяопераційне знеболювання включало використання НПЗП (декскетопрофен) за 10 хв до закінчення операції та подальше введення кожні 8 годин. Оцінка больового синдрому проводилась за візуальною аналоговою шкалою болю через 2, 6, 12, 24, 48, 72 години після операції. **Результати.** Отримані результати показали, що в першу добу коливання больового синдрому вище 6 балів відмічалось у 38 пацієнтів (25,8%), вище 3 балів — у 126 пацієнтів (85,7%), що говорить про надлишкову вираженість больового синдрому у більшості хворих. На 2-гу добу виражений больовий синдромом більше 3 балів спостерігався у 32 пацієнтів (21,7%). На 3-тю добу — лише у 2 пацієнтів. Разом із тим коливання больового синдрому в першу добу на 2, 6, 12, 24-ту години в діапазоні від 0 до максимальних величин спостерігалось у всіх пацієнтів, що свідчить про відсутність рівномірного післяопераційного знеболювання. При додатковому аналізі 21 хворих, в яких больовий синдром не перевищував 3 балів, виявлено, що вони отримували системно два знеболюючі засоби одночасно: НПЗП та наркотичний анальгетик через 2 години після операції. **Висновки.** Існує проблема адекватного післяопераційного знеболювання після лапароскопічної холецистектомії, яка вимагає більш глибокого дослідження. Ефективність післяопераційного знеболювання певною мірою залежить від рівності знеболюючої дії анальгетиків.

Список літератури

1. Бишовець С.М. Трикомпонентна місцева анестезія для знеболювання лапароскопічних втручань // Український медичний часопис. — 2013. — № 4(96). — С. 147-150.
2. Baratta J., Schwenk E.S., Viscusi E.R. Clinical consequences of inadequate pain relief: barriers to optimal pain management / Baratta J., Schwenk E., Viscusi E. // *Plast. Reconstr. Surg.* — 2014. — № 134(4). — P. 15-21.

Масуді А.В., Донець В.В., Мельник О.Ф., Злочевський О.М., Дивак В.В.
Київська обласна клінічна лікарня, м. Київ, Україна

Анестезіологічне забезпечення пацієнта з міастенією без використання міорелаксантів під час тимектомії (клінічний випадок)

Вступ. Міастенія гравіс — це аутоімунне захворювання, при якому відбувається ураження нервово-м'язових синапсів. Щорічна захворю-