

повышение качества жизни пациентов. Отмечено уменьшение чувства тяжести в ноге и значительное облегчение при ходьбе. При волюметрии отмечено уменьшение объема конечности на  $10345 \pm 1680$  см<sup>3</sup>. Компьютерная томография показала уменьшение толщины мягких тканей левой голени в среднем на  $48 \pm 7,23$  мм и их плотности на  $29 \pm 8,02$  ед. НУ. Показатели «физического функционирования» и «ролевого физического функционирования» повысились на 5 и 6 баллов, а показатели «социальное функционирование» и «психическое здоровье» на 10 и 6 баллов, соответственно.

**Выводы.** Таким образом, лечение пациентов с тяжелыми формами вторичной лимфедемы представляет сложную, но вполне решаемую задачу. В определении стадии заболевания и в выборе оптимальной тактики оперативного лечения наряду с другими методами диагностики важную роль играет компьютерная томография.

## ЧАСТОТА ГОЛОВНЫХ БОЛЕЙ ПОСЛЕ ХИРУРГИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ С ПРИМЕНЕНИЕМ СПИНАЛЬНОЙ АНЕСТЕЗИИ

Небылицин Ю. С.<sup>1</sup>, Никитина Е. В.<sup>2</sup>, Славников А. В.<sup>3</sup>,  
Дробашевский С. А.<sup>1</sup>, Ивец И. Л.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Клиника УО «Витебский государственный ордена Дружбы народов медицинский университет»,

<sup>2</sup>УО «Витебский государственный ордена Дружбы народов медицинский университет»,

<sup>3</sup>УЗ «Витебский областной клинический специализированный центр»  
г. Витебск, Республика Беларусь

**Введение.** Изучение причин возникновения постпункционной головной боли (ППГБ) идет с давних времен, но, к сожалению, до настоящего времени не разработано адекватного и эффективного лечения для ее купирования и нормализации состояния пациентов. Хирургическое вмешательство предполагает значительный стресс для организма,

и воздействие на психоэмоциональную сферу пациента является одним из проявлений этого стресса. Осложнение, развивающееся после анестезиологического пособия, может замедлить процесс выздоровления и реабилитации пациента в послеоперационном периоде. Возникновение ППГБ ухудшает самочувствие пациентов и изменяет на диаметрально противоположную всю информацию о безопасности и безвредности спинальной и эпидуральной анестезии. В последнее время, благодаря более детальному изучению этиологии и патогенеза возникновения ППГБ, частота возникновения данного осложнения минимизируется, что приводит к укреплению позитивного отношения пациентов к спинальной и эпидуральной анестезии.

**Цель:** провести сравнительный анализ развития постпункционной головной боли при проведении оперативных вмешательств у пациентов с варикозной болезнью нижних конечностей в зависимости применения игл разного диаметра.

**Материал и методы.** В исследование включены 514 пациента, которые находились на лечении в УЗ «Витебский областной клинический специализированный центр» и в клинике УО «Витебский государственный ордена Дружбы народов медицинский университет» в 2016-2018 гг. с диагнозом варикозная болезнь нижних конечностей, которым проводилось оперативное вмешательство с применением спинальной анестезии. Мы изучали иглы режущего типа Quincke 25G и карандашного типа Pencil Point (G26 и G27). Люмбальная пункция выполнялась на уровне LIII-LIV.

Пациенты были разделены на три группы. В группе № 1 использовалась игла режущего типа Quincke 25G у 242 (47,08%) пациентов, в группе №2 использовалась игла карандашного типа Pencil Point G26 у 113 (21,98%) пациентов, в группе №3 использовалась игла карандашного типа Pencil Point G27 у 159 (30,94%) пациентов.

Всем пациентам в качестве предоперационной подготовки проводилась профилактическая инфузионная терапия в объеме 400 мл солевыми растворами. Пациентам применялась спинальная анестезия 0,5% раствором бупивакина (15-20 мг).

В раннем послеоперационном периоде всех пациентов

осматривал лечащий врач (хирург) и анестезиолог. Проводили сбор жалоб и учитывали наличие: головной боли, головокружения, шума в ушах, нечеткое зрение, тошноту и рвоту. При наличии постпункционного синдрома назначались: постельный режим, инфузионная терапия в объеме 1 500-2 000 мл солевых растворов, нестероидные противовоспалительные лекарственные средства, кофеин 20% 1 мл 2 раза подкожно в течение 2-5 дней в зависимости от выраженности клинических проявлений.

**Результаты и их обсуждение.** Врачи-анестезиологи чаще использовали иглы режущего типа Quincke 25G. Наибольшее число повторных попыток проведения пункции наблюдалось в группе №1 – 24. В случае возникновения необходимости повторных пункций врачам не разрешалось менять тип иглы. Частота развития ППГБ во всем исследовании составила – 2,03%.

В группе № 1 частота развития ППГБ составила – 2,9% (7 случаев), в группе № 2 – 1,8% (2 случая), в группе № 3 – 0,6% (1 случай). Средние сроки пребывания в стационаре составили в группе № 1 – 7,4 к/дня, в группе № 2 – 6,1 к/дня, в группе № 3 – 3,4 к/дня. У всех пациентов ППГБ купировалась к моменту выписки из стационара, лишь у двух пациенток из группы № 1 сохранялся незначительной интенсивности шум в ушах.

Таким образом, исследование показало, использование разных игл (режущих, карандашного типа, разного диаметра) может приводить к развитию ППГБ. Однако наиболее высокий риск развития осложнения наблюдается при использовании иглы режущего типа диаметром 25G.

**Выводы:**

1. Наибольшая частота развития постпункционной головной боли при проведении спинальной анестезии у пациентов, оперированных по поводу варикозной болезни нижних конечностей, наблюдается при использовании режущих игл наибольшего диаметра.

2. Использование игл карандашного типа с меньшим диаметром снижает риск развития постпункционной головной боли и приводит к сокращению пребывания пациентов в стационаре.