

Ивец И. Л.

ЧАСТОТА РАЗВИТИЯ ПОСТПУНКЦИОННОГО СИНДРОМА ПОСЛЕ ПРОВЕДЕНИЯ СПИНАЛЬНОЙ АНЕСТЕЗИИ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ОПЕРАТИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ У ПАЦИЕНТОВ С ВАРИКОЗНОЙ БОЛЕЗНЬЮ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

*Научные руководители канд. мед. наук, доц. Небылицин Ю. С., канд. мед. наук, доц.
Никитина Е. В.*

*Кафедра анестезиологии и реаниматологии с курсом ФПК и ПК
Витебский государственный ордена Дружбы народов медицинский университет,
г. Витебск*

Актуальность. Постпункционная головная боль является осложнением спинальной и эпидуральной анестезии. Частота развития данного осложнения при спинальной – до 40% пациентов. Довольно часто данное осложнение проявляется у трудоспособного возраста, ограничивая свободное передвижение и физическую активность, связанной с сильной головной болью.

Цель: провести сравнительный анализ развития постпункционного синдрома при проведении оперативных вмешательств у пациентов с варикозной болезнью нижних конечностей в зависимости применения игл различного диаметра.

Материалы и методы. В проводимое исследование было включено 540 пациентов, которые находились на лечении в УЗ «Витебский областной клинический специализированный центр» и Клиника УО «ВГМУ» с 2016 по 2019 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 разбиты на три группы. В группе №1 использовалась игла режущего типа Quincke 25G у 242 (44,5%) пациентов, в группе №2 - игла карандашного типа Pencil Point G26 у 113 (20,9%) пациентов, в группе №3 - игла карандашного типа Pencil Point G27 у 185 (34,6%) пациентов. Всем пациентам в качестве предоперационной подготовки проводилась профилактическая инфузионная терапия в объеме 400 мл солевыми растворами. Пациентам применялась спинальная анестезия 0,5% раствором бупивакаина (15-20 мг).

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 постпункционного синдрома во всем исследовании составила – 1,8%. В группе №1 частота развития постпункционного синдрома составила – 2,9% (7 случаев), в группе №2 – 1,8% (2 случая), в группе №3 – 0,5% (1 случай). Средние сроки пребывания в стационаре составили в группе №1 – 7,4 к/дня, в группе №2 – 7,1 к/дня, в группе №3 – 4,3 к/дня. У всех пациентов постпункционный синдром купировался к моменту выписки из стационара, лишь у двух пациенток из группы №1 сохранялся незначительной интенсивности шум в ушах. Таким образом, исследование показало, что использование различного типа и разного диаметра игл может приводить к развитию постпункционного синдрома. Однако наиболее высокий риск развития осложнения наблюдается при использовании иглы режущего типа диаметром 25G.

Выводы.

1. Наибольшая частота развития постпункционного синдрома 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 постпункционного синдрома и приводит к сокращению пребывания пациентов в стационаре.