

УДК 616-089.5-031.3

Настенко О.М.¹, Назаренко Л.Г.¹, Фесенко В.С.²**ЗАСТОСУВАННЯ БЛОКАДИ КРИЛО-ПІДНЕБІННОГО ВУЗЛА
ДЛЯ ЛІКУВАННЯ ПІСЛЯПУНКЦІЙНОГО ГОЛОВНОГО БОЛЮ**¹Міський клінічний пологовий будинок № 6, Харків; ²Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького

У 45-річної жінки (зріст – 165 см, маса тіла – 110 кг, індекс маси тіла – 40,4) виник післяпункційний головний біль за 2 дні після спінальної анестезії (з першої спроби парамедіанним доступом, голка Квінке G22) для тотальної гістеректомії. Внутрішньовенна акватерапія (40 мл дистильованої води) була неефективною. Інтраназальний 10% лідокаїн в аерозолі спричинив швидку аналгезію. Обговорюються блокада крило-піднебінного вузла та її можлива роль у лікуванні післяпункційного головного болю.

Ключові слова: спінальна анестезія, ускладнення, головний біль, блокада крило-піднебінного вузла.

- Ти старий, любий діду, – сказав молодик, –
 І волосся у тебе вже сиве,
 А стоїш вверх ногами й до цього вже звик, –
 На твій вік це не дуже красиво.
 – Молодим, – мовив дід, – я боявсь неспроста,
 Що це може відбитись на мізку,
 Та моя голова – я вже знаю – пуста,
 На ній можна стояти без ризику.

Lewis Carroll, переклад М.Лукаша

Давно відомо, що пацієнтам старшого віку післяпункційний головний біль (ППГБ) загрожує рідко. Ще 60 років тому, коли не було сучасних тонких голок, аналіз понад 10 тис. спінальних анестезій [1] показав, що ризик ППГБ становить у осіб віком 20–29 років – 16%, 30–39 років – 14%, 40–49 років – 11%, 50–59 років – 8%, 60–69 років – 3%, 70–79 років – 2%. Автори також зазначили, що ППГБ значно частіше виникає у молодих жінок, особливо при спінальному знеболюванні вагінальних пологів [1], що підтверджено сучасними дослідженнями [2]. Випадок, про який ми повідомляємо, цікавий сильним ППГБ у не надто молодій жінки після гінекологічної операції, а також нестандартним методом успішного лікування ППГБ.

Жінці 45 років (зріст – 165 см, маса тіла – 110 кг, індекс маси тіла – 40,4) виконано в плановому порядку тотальну гістеректомію з приводу вузлової лейоміоми великого

розміру. Супутні захворювання: гіпертонічна хвороба II стадії, ожиріння IV ступеня. Виконано спінальну пункцію на рівні L2 парамедіанним доступом голкою Квінке калібру 22 вітчизняного виробництва. З першої спроби отримано ліквор, інтра-текально введено 3,5 мл 0,5% ізобаричного бупівакаїну (Лонгокаїн), 150 мкг бупренорфіну. Верхня межа анестезії шкіри – каудальніше за T6. Перебіг анестезії – без ускладнень. Гемодинаміку підтримували інфузією мезатону, загальний об'єм інфузії – 1400 мл. Тривалість операції – 1 год 25 хв, тривалість анестезії – 3 год 20 хв. Перебіг раннього післяопераційного періоду – без ускладнень.

Приблизно через дві доби виникли скарги на сильний головний біль, який виникав лише при вертикальному положенні тіла. З урахуванням часу початку головного болю та його чіткого позиційного

характеру діагностовано післяпункційну цефалгію (ППГБ). Виконано сеанс внутрішньовенної акватерапії за Ткаченком: 20 мл води для ін'єкцій повільно болюсно, потім інфузія 1200 мл 0,9% NaCl. Зазвичай цей метод усуває біль одразу ("на голці"), однак через 3 год після сеансу вертикальне положення спричиняло головний біль високої інтенсивності. Хірургами була призначена планова очисна клізма, а жінці через головний біль тяжко було встати, не те що тужитися на унітазі. Тому анестезіолог вирішив уперше в нашому пологовому будинку застосувати блокаду крило-піднебінного вузла.

Пацієнтка лежала на спині з дещо закинutoю головою. У кожен ніздрю зроблено по два впорскування аерозольної форми 10% лідокаїну-спрей. Через 5 хв, прийнявши вертикальне положення, жінка відчула значно слабший головний біль. Після очисної клізми пацієнтка продовжувала ходити, головний біль був незначним. Наступного ранку головного болю не було, жодного додаткового лікування не проводили.

Епідуральне пломбування автокров'ю, стандартний сучасний спосіб усунення ППГБ, резистентного до консервативного лікування, запропонував у 1960 р. американський хірург Джеймс Гормлі. Він тонкою голкою проколював тверду мозкову оболонку, вводив до підпаутинного простору 0,9% NaCl (що миттєво припиняло біль), підтягував до себе голку до зникнення аспірації ліквору, тобто до епідурального простору, куди вводив 2 мл автокрові для утворення "латки", яка б закрила отвір у твердій мозковій оболонці [3]. Тепер вводять приблизно 20 мл автокрові. Але цей агресивний спосіб може призвести до інфікування, ненавмисної пункції *duramater*, неврологічних ускладнень.

Внутрішньовенну акватерапію, запропоновану Рене Лерішем одразу після Першої світової війни, застосовували на Заході ще

в 1960 р. [4], відроджено в Україні у XXI ст. Ткаченком Р.О. [5]. Вона не завжди є ефективною (як свідчить наведений випадок), інколи потребує повторних сеансів [6].

Але є ще давніший спосіб – блокада крило-піднебінного вузла, яку застосовують з 1908 р. [7] для регіонального знеболювання [8] і лікування низки хронічних больових синдромів [9]. Крило-піднебінний вузол (ганглії Меккеля), *ganglion pterygopalatinum* за сучасною термінологією [9, 10], *ganglion sphenopalatinum* за старою базельською номенклатурою [7], може бути блокований уколами крізь шкіру, носову чи ротову порожнину [9], а також тампоном, уведеним до носа (рисунок), бо він розміщений під його слизовою оболонкою на глибині лише 1–2 мм [11]. Завдяки можливості швидкої дифузії описано способи його блокування інстиляцією до носа аерозолію з розчином місцевого анестетика [11, 12].

Лікування ППГБ блокадою крило-піднебінного вузла за допомогою носового аплікатора з маззю лідокаїну або кремом EMLA на тампоні вже застосовували у США [1–15]. За даними різних авторів, ефективність цього методу становить не менше

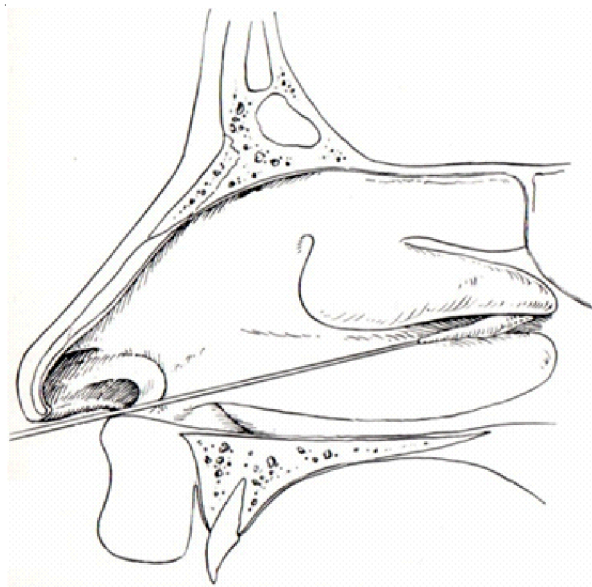


Рис. Малоінвазивна блокада крило-піднебінного вузла тампоном із місцевим анестетиком [8]

ніж 70%. Випадки неефективності пояснюються анатомічними особливостями – дальшим від слизової оболонки носа розміщенням крило-піднебінного вузла, який зрідка може розташовуватися на глибині 7–9 мм [7, 11].

ВИСНОВКИ

Блокада крило-піднебінного вузла шляхом впорскування аерозолу лідокаїну у ніс через свою легкість і безпечність може стати лікуванням першого вибору при післяпункційній цефалгії. Таке застосування цієї блокади потребує подальших досліджень.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Vandam L.D., Dripps R.D.(1956) Long-term follow-up of patients who received 10,098 spinal anesthetics. Syndrome of decreased intracranial pressure (headache and ocular and auditory difficulties). *JAMA*; 161(7): 586-591.
2. Фесенко В.С., Настенко О.М.(2005) Ускладнення й невдачі спінальної анестезії в акушерстві та гінекології – досвід лікування й профілактики. *Проблеми медичної науки та освіти.*, №3, с.86-89.
3. Gormley J.B.(1960) Treatment of post-spinal headache. *Anesthesiology*; 21: 565-566.
4. Bell W.E., Joynt R.J., Sahs A.L.(1960) Low spinal fluid syndromes. *Neurology*; 10: 512-521.
5. Ткаченко Р.А.(2003) Лечение постпункционных головных болей после регионарных методов обезболивания. *Біль, знеболювання і інтенсивна терапія*, № 2д, с.219-221.
6. Фесенко В.С., Настенко О.М.(2006) Досвід лікування післяпункційного головного болю // Тезиси докладів Межобластной научно-практ. конференции "Актуальные вопросы анестезии, реанимации и интенсивной терапии". Мелитополь, с.25-28.
7. Sluder G.(1909) The anatomical and clinical relations of the sphenopalatine ganglion to the nose. *N. Y. State J. Med.*; 90: 293-298.
8. Blatt I.M.(1963) Regional anesthesia in otorhinolaryngology. *Intern. Anesthesiol. Clin.*; 1(3): 681-695.
9. Piagkou M., Demesticha T., Troupis T., Vlasis K., Skandalakis P., Makri A., Mazarakis A., Lappas D., Piagkos G., Johnson E.O.(2012) The pterygopalatine ganglion and its role in various pain syndromes: from anatomy to clinical practice. *Pain Pract.*; 12(5): 399-412.
10. Бобрик І.І., Ковешніков В.Г. (ред.) (2001) Міжнародна анатомічна номенклатура. К.: Здоров'я, 328 с.
11. Kanai A., Suzuki A., Kobayashi M., Hoka S.(2006) Intranasal lidocaine 8% spray for second-division trigeminal neuralgia. *Br. J. Anaesth.*; 97(4): 559-563.
12. Wheeler D.W.(2007) Lidocaine intranasal spray for treatment of trigeminal neuralgia. *Br. J. Anaesth.*; 98(2): 275-276.
13. Cohen S., Trnovski S., Zada Y.(2001) A new interest in an old remedy for headache and backache for our obstetric patients: a sphenopalatine ganglion block. *Anaesthesia*; 56(6): 606-607.
14. Cohen S., Sakr A., Katyal S., Chopra D.(2009) Sphenopalatine ganglion block for postdural puncture headache. *Anaesthesia*; 64(5): 574-575.
15. Cohen S., Ramos D., Grubb W., Mellender S., Mohiuddin A., Chiricolo A.(2014) Sphenopalatine ganglion block: a safer alternative to epidural blood patch for postdural puncture headache. *Reg. Anesth. Pain Med.*; 39(6): 563.

Настенко А.М.¹, Назаренко Л.Г.¹, Фесенко В.С.²

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ БЛОКАДЫ КРЫЛО-НЕБНОГО УЗЛА ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ПОСТПУНКЦИОННОЙ ГОЛОВНОЙ БОЛИ

¹Городской клинический родильный дом № 6, Харків; ²Львовский национальный медицинский университет имени Данила Галицкого

У 45-летней женщины (рост – 165 см, масса тела – 110 кг, индекс массы тела – 40,4) возникла постпункционная головная боль через 2 дня после спинальной анестезии (с первой попытки парамедианым доступом, игла Квинке G22) для тотальной гистерэктомии. Внутривенная аква-терапия (40 мл дистиллированной воды) была неэффективной. Интраназальный 10% лидокаин в аэрозоле обеспечил быструю анальгезию. Обсуждаются блокада крыло-небного узла и ее возможная роль в лечении постпункционной головной боли.
Ключевые слова: спинальная анестезия, осложнения, головная боль, блокада крыло-небного узла.

Nastenko O.M., Nazarenko L.G., Fesenko V.S.

USE OF PTERYGOPALATINE GANGLION BLOCKADE FOR POST DURAL PUNCTURE HEADACHE TREATMENT

45-year-old woman (height – 165 cm, mass of body – 110 kg, body mass index – 40.4) developed post dural puncture headache in 2 days after spinal anesthesia (first attempt with paramedian approach, Quincke needle G22) for total hysterectomy. Intravenous aqua therapy (distilled water, 40 ml) was ineffective. Intranasal lidocaine 10% administered by a spray produced prompt analgesia. The pterygopalatine ganglion blockade and its possible role in post dural puncture headache treatment are discussed.

Key words: spinal anesthesia, complications, headache, pterygopalatine ganglion blockade.