

останнім часом героїні притаманна не зовсім адекватна поведінка. Незабаром їй належить перебороти свій страх і вийти на вулицю.

Посттравматичний стресовий розлад виникає як затяжна реакція на стресову подію чи ситуацію (короткочасну або тривалу) виключно загрозливого чи катастрофічного характеру. Іноді він може мати хронічний перебіг, протягом років, що призводить до зміни особистості. Кінострічка «Явних проявів немає» – драматична історія жінки, яка повертається з війни. Борючись із посттравматичним стресом та панічними атаками, вона намагається повернутися до нормального життя. Типовими ознаками є епізоди повторного переживання травми у вигляді спогадів, снів чи кошмарів, що виникають на тлі хронічного почуття «заціпенілості», відсторонення від оточення і ухиляння від діяльності й ситуацій, що нагадують про травму. Іноді трапляються драматичні, гострі спалахи страху, паніки чи агресії, які провокуються несподіваними спогадами про травму чи про реакцію на неї.

Дисоціативний розлад ідентичності розглядається як варіант психогенної реакції на травматичну подію, проявом якого є витіснення травмуючих спогадів. Маючи множинні особистості, індивід може переживати їх з індивідуально різними характеристиками – такі альтернативні особистості можуть мати різний вік, психологічну стать, різний стан здоров'я, різні інтелектуальні властивості, а також почерк. Даний розлад ідентичності демонструє кінокартина «Спліт». У голові Кевіна існує 23 різні особистості, про яких він розказав своїй лікарці-психіатру Флетчер. Психіатр Кевіна підкреслює автономність та унікальність кожної із його особистостей, необхідність створення між ними гармонійних стосунків замість інтеграції в одну єдину.

Таким чином, порівнявши аспекти психопатологічних станів, представлених у фільмах, з клінічними проявами, можна відмітити високу точність та документальність їх зображення. Популяризація розуміння проявів душевних хвороб сприяє подоланню стигматизації в психіатрії.

## **ВИБІР ОПТИМАЛЬНОГО РОЗМІРУ ГОЛКИ, ЯК ОДИН ІЗ МЕТОДІВ ПРОФІЛАКТИКИ ПОСТПУНКЦІЙНОГО ГОЛОВНОГО БОЛЮ**

*Осипенко Є.В. Вишневецька К.О.*

**Науковий керівник: к.мед.н., доц. Могильник А.І.**

*Кафедра анестезіології з інтенсивною терапією*

*Українська медична стоматологічна академія*

Постпункційний головний біль (ПГБ), протягом багатьох років був досить поширеним ускладненням і одним з основних аргументів негативно-го відношення до спінальної анестезії. Частота цього ускладнення варіює в різних лікувальних установах від 3% до 30%, в залежності від популярності методу і досвіду співробітників. Більшість дослідників пов'язують виникнення ПГБ виключно з проколом твердої мозкової оболонки, виті-

канням через неї ліквору і формуванням лікворної гіпотензії.

Профілактичні заходи полягають у застосуванні для пункції субарахноїдального простору голок діаметром 0,5 мм (25 G) і меншого типу Quincke, або атравматичних голок Whitacre зі зрізом pensil point.

Мета: дослідити виникнення постпункційного головного болю, при проведенні спінальної анестезії голками різного діаметру.

Матеріали та методи: дослідження проводилися у 108 пацієнтів у віці 25-63 роки, яким проводилася спінальна анестезія, при операціях на нижніх кінцівках в плановому порядку; використовувалися: анестетик Маркаїн –Спінал – Хеві 5 мг/мл -5 мл, місце пункції проміжок LII - LIII, без технічних труднощів, вага пацієнтів в межах 62 - 96 кг при зрості 161 - 182см.

Використовувалися голки різних діаметрів, вкол, уздовж волокон, зрізом вгору, положення пацієнтів сидячи. Голки: 27G - 10 осіб, 26G - 16 осіб, 24G – 56 осіб, 22G – 16 осіб, 20G – 10 осіб. Результати дослідження; з 108 пацієнтів у 33 розвинувся постпункційний головний біль (31%) різної інтенсивності від легкої до сильної.

Розподіл наведений в таблиці.

№	Розмір голки	Всього пацієнтів	Пацієнтів у яких розвинувся ПГБ	% розвитку ПГБ
1	27G	10	4	40%
2	26G	16	5	31,25%
3	24G	16	2	12,5%
4	22G	56	18	32,14%
5	20G	10	5	50%

Висновки: діаметр спінальної голки, на розвиток ПГБ, особливо не впливає. Можливо, при використанні надтонких голок з малим внутрішнім діаметром доводиться довго шукати субарахноїдальний простір, просувати голку вперед і назад, повертати голку за годинниковою стрілкою і проти неї, щоб побачити появу ліквору, що не захищає від додаткового травмування твердої мозкової оболонки. При використанні голки більшого діаметру, беззаперечно робиться великий отвір в результаті у 50% маємо ПГБ. Тому оптимальною, для проведення спінальної анестезії, можна вважати голку діаметром 24G -22G.