

*Дудойць А. С.*

**ПЕРСПЕКТИВЫ ПРИМЕНЕНИЯ КОМБИНАЦИИ МЕСТНЫХ АНЕСТЕТИКОВ ПРИ БЛОКАДЕ ПЛЕЧЕВОГО СПЛЕТЕНИЯ МЕЖЛЕСТНИЧНЫМ ДОСТУПОМ ПОД УЛЬТРАЗВУКОВЫМ КОНТРОЛЕМ ПРИ ОПЕРАЦИЯХ НА ВЕРХНЕЙ КОНЕЧНОСТИ**

*Научный руководитель ассист. Теренин М. А.*

*Кафедра анестезиологии и реаниматологии*

*Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск*

**Актуальность.** При операциях на верхних конечностях регионарная анестезия имеет целый ряд преимуществ перед общей анестезией. Однако на сегодняшний день не существует местного анестетика, который бы обладал коротким временем развития анестезии и одновременно обеспечивал бы длительное послеоперационное обезболивание. С целью суммирования эффектов различных местных анестетиков продолжаются попытки создания эффективной смеси этих препаратов.

**Цель:** сравнение времени развития и продолжительности периферической блокады плечевого сплетения межлестничным доступом под ультразвуковым (УЗ) контролем, выполненной 1,5% раствором лидокаина с добавлением адреналина (1:200 000) и различных фармакологических комбинаций местных анестетиков.

**Материалы и методы.** В исследовании участие приняли 90 пациентов, которым выполнялась межлестничная блокада плечевого сплетения под УЗ-контролем. Все участники исследования были случайным образом распределены в одну из трёх групп: в группе I (n=30) анестезия выполнялась 30 мл 1,5% раствором лидокаина с добавлением адреналина (1:200 000), в группе II (n=30) – обезболивание осуществлялось 20 мл 1,5% раствором лидокаина с добавлением адреналина (1:200 000) в комбинации с 20 мл 0,5% раствора бупивакаина и в группе III (n=30) – 20 мл 1,5% раствором лидокаина с добавлением адреналина (1:200 000) в комбинации с 20 мл 0,5% раствора ропивакаина. Всем участникам исследования проводилось измерение времени развития и продолжительность сенсорного и моторного блоков. Указанные параметры сравнивались между I и II группами, I и III группами, II и III группой. Статистическая обработка данных проводилась с применением ППП Statistica10.

**Результаты и их обсуждение.** Статической значимой разницы между I и II, I и III группами во времени развития полного сенсорного и моторного блока выявлено не было. Продолжительность сенсорного блока оказалась больше в группе II и III (590 [580; 610] и 597 [585; 625] минут соответственно), по сравнению с I группой – 285 [270; 310] минут ( $U=0$ ;  $p=0,0000$  и  $U=0$ ;  $p=0,0000$  соответственно). Продолжительность моторного блока оказалась больше в группе II и III (562,5 [545; 585] и 565 [550; 580] минут соответственно), по сравнению с I группой – 260 [245; 280] минут ( $U=0$ ;  $p=0,0000$  и  $U=0$ ;  $p=0,0000$  соответственно). При сравнении группы II и III по ключевым параметрам статической значимой разницы выявлено не было.

**Выводы.** 1) Применение фармакологических комбинаций позволило: А) увеличить продолжительность моторного блока, что особенно важно в ортопедии и травматологии; Б) увеличить период послеоперационной анальгезии, за счет продолжительности сенсорного блока, что повышает качество анестезиологического обеспечения и уменьшает кратность применения наркотических анальгетиков. 2) При добавлении к 1,5% раствору лидокаина 0,5% раствора бупивакаина или ропивакаина в той же концентрации не удалось выявить каких-либо преимуществ по изучаемым параметрам между группами.