

Маркевич Д.П.¹, Марочков А.В.²

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТИ ДЕЙСТВИЯ ПРОВОДНИКОВЫХ БЛОКАД ПЕРИФЕРИЧЕСКИХ НЕРВОВ СКАЛЬПА У ПАЦИЕНТОВ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМОЙ

*Могилевская городская больница скорой медицинской помощи¹
Могилевская областная клиническая больница²*

Актуальность. В раннем послеоперационном периоде около 2/3 пациентов после плановых краниотомий испытывают боль средней или значительной интенсивности. Неадекватный контроль боли у пациентов, прооперированных на голове и головном мозге, часто приводит к повышению внутричерепного и артериального давлений, усиливает отек головного мозга, увеличивает частоту послеоперационной тошноты и рвоты и т.п. Неэффективное обезболивание у данного контингента пациентов является совокупностью многих факторов, однако большинство исследователей основной причиной считают трудности в оценке боли. При черепно-мозговой травме (ЧМТ) выявление выраженности болевого синдрома имеет особенности: пациенты в силу своего заболевания могут не предъявлять жалоб или неправильно интерпретировать свои ощущения. Доказано, что эффективное обезболивание возможно только при соблюдении мультимодального подхода к лечению боли, когда блокированы основные звенья ноцицепции. В сообщениях, которые посвящены проводниковым блокадам нервов скальпа при плановых краниотомиях, указывается на лучший контроль боли в периоперационном периоде. Тем не менее, данных о применении проводниковых блокад периферических нервов волосистой части головы у пациентов с ЧМТ в раннем послеоперационном периоде не обнаружено.

Цель исследования: сравнить продолжительность действия проводниковых блокад периферических нервов волосистой части головы малыми объемами ропивакаина в зависимости от концентрации местного анестетика в раннем послеоперационном периоде у пациентов с ЧМТ.

Материалы и методы. У 88 (21 женщина и 67 мужчин) пациентов с ЧМТ для анестезиологического обеспечения нейрохирургического вмешательства применили комбинированную многокомпонентную сбалансированную эндотрахеальную анестезию в сочетании с проводниковыми блокадами периферических нервов скальпа. Эндотрахеальная анестезия была представлена тотальной внутривенной анестезией с применением в качестве гипнотика пропофола, а в качестве анальгетика фентанила. Для миорелаксации использовали рокурониум или атракуриум. Проводниковые

блокады нервов скальпа выполняли после индукции общей анестезии 1% (39 пациентов - группа 1) или 0,75% (49 пациентов - группа 2) раствором ропивакаина. В зависимости от операционного доступа блокировали от 3 до 14 нервов скальпа. Для блокад одного нерва использовали 0,5-1,5 мл местного анестетика (МА). Через 2 и 10-12 часов после операции у пациентов с ЧМТ, которые были доступны продуктивному контакту, произвели оценку выраженности боли с помощью 10-балльной визуальной аналоговой шкалы (ВАШ). При оценке ≥ 3 баллам по ВАШ, а также по требованию пациентов применяли обезболивающие средства. Назначали НПВС, опиоиды и ацетаминофен. Спустя 14-20 часов после оперативного вмешательства с целью обезболивания производили проводниковые блокады нервов скальпа 0,75% (21 пациент) и 1% (22 пациента) ропивакаином. У пациентов, доступных продуктивному контакту, после выполнения блокад нервов скальпа в послеоперационном периоде боль оценивали через каждый час. Продолжительность действия блокад нервов оценивали путем опроса пациентов, в том числе и по ВАШ, а также определяли ощущения при прикосновении в области блокад нервов тупым и острым концами иглы для инъекций. Для обработки данных использовали программу Statistica 8.0. Применяли непараметрические методы статистического анализа. Отличия считали значимыми при значениях критерия Манна-Уитни ($p < 0,05$).

Результаты. Значимых различий между группами 1 и 2 по полу, возрасту, массе тела, использованию в периоперационном и раннем послеоперационном (первые сутки после вмешательства) периодах анестетиков, анальгетиков, миорелаксантов, инфузионной поддержке, объему МА для выполнения блокад нервов у одного пациента (в общей группе $7,7 \pm 1,9$ мл) и кровопотере не выявили, $p > 0,05$. У доступных продуктивному контакту пациентов в группе 1 у 17 (43,6%) пациентов через 2 часа после операции и у 18 (46,2%) пациентов через 10-12 часов после вмешательства оценка боли по ВАШ составила 1 (0; 2) и 3 (1; 3) балла соответственно через 2 и 10-12 часов после краниотомии. В группе 2 по ВАШ через 2 часа после операции опросили 28 (57,1%), а через 10-12 часов после вмешательства 30 (61,2%) пациентов. Оценка боли в группе 2 через 2 часа после краниотомии составила 1 (0; 3), а через 10-12 часов 3 (1; 4) балла соответственно. Достоверной статистической разницы в оценках боли между группами пациентов с разной концентрацией МА через 2 и 10-12 часов после краниотомии не выявили ($p > 0,05$).

Через 14-20 часов после нейрохирургического вмешательства у доступных продуктивному контакту 7 пациентов группы 1 и у 10 пациентов группы 2 с целью обезболивания выполнили проводниковые блокады нервов скальпа соответственно 1% и 0,75% раствором ропивакаина. Между этими пациентами групп 1 и 2 не выявили значимых различий по возрасту,

Интраабдоминальная инфекция. Вопросы диагностики и лечения : сб. материалов
респ. науч.-практ. видеоконф. с междунар. участием, Минск, 20 нояб. 2020 г.

массе тела, полу, использованию обезболивающих средств, объему примененного МА для блокад нервов у одного пациента и оценке боли по ВАШ. При использовании 1% ропивакаина продолжительность проводниковых блокад нервов скальпа составила 8,1 (6,7; 9,5) часа, а при применении 0,75% ропивакаина продолжительность проводниковых блокад нервов составила 7,6 (4,5; 9,5) часа, $p=0,81$.

Выводы: 1. Проводниковые блокады периферических нервов волосяной части головы малыми объемами ропивакаина не зависимо от его концентрации позволяют эффективно контролировать боль у пациентов с ЧМТ в раннем периоде после краниотомий. 2. Значимых различий в продолжительности проводниковых блокад нервов скальпа при использовании 0,75% (7,6 (4,5; 9,5) часа) и 1% (8,1 (6,7; 9,5) часа) ропивакаина не выявили, $p=0,81$.