

ОБОСНОВАНИЕ ВЫБОРА КОНЦЕНТРАЦИИ РОПИВАКАИНА ДЛЯ PENG БЛОКА В СОЧЕТАНИИ С БЛОКАДОЙ ЛАТЕРАЛЬНОГО КОЖНОГО НЕРВА БЕДРА ПРИ ТОТАЛЬНОМ ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИИ ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА

Теренин М.А.¹, Римашевский В.В.², Титова А.Д.², Усов В.В.¹,
Якубенко С.В.¹, Герасимович Г.Ю.¹, Василевич В.В.¹

¹УЗ «6-я городская клиническая больница»,

²УО «Белорусский государственный медицинский университет»,
г. Минск, Беларусь

Введение. Сочетание блокады перикапсулярной группы нервов (PENG блок) с блокадой латерального кожного нерва бедра (ЛКНБ) зарекомендовало себя как безопасный и эффективный метод анальгезии после тотального эндопротезирования тазобедренного сустава (ТЭТС). Однако продолжают поиски идеальной концентрации местного анестетика для обеспечения достаточной анальгезии после операции.

Цель исследования. Сравнить анальгетические эффекты различной концентрации (0,375% и 0,5%) ропивакаина для PENG блока с блокадой ЛКНБ при ТЭТС.

Материалы и методы исследования. В проспективном исследовании приняло участие 60 пациентов (средний возраст – 57,03±12 лет, мужчин – 63,33%), госпитализированных для планового первичного ТЭТС. Перед операцией всем пациентам под ультразвуковым контролем были выполнены PENG блок и блокада ЛКНБ. Вводилось 25 мл ропивакаина различной концентрации с адреналином в соотношении 1:200 000 (20 мл смеси для PENG блока и 5 мл для блокады ЛКНБ). Для пролонгирования блокад внутривенно вводился дексаметазон 8 мг.

Сформированы 2 группы сравнения в зависимости от концентрации ропивакаина: 1-я группа – 0,375% раствор (n=30); 2-я группа – 0,5% раствор (n=30). Разделение пациентов по группам проведено рандомно.

ТЭТС выполнялось переднелатеральным (n₁=2 и n₂=2) или задним доступами (n₁=28 и n₂=28) под спинальной анестезией 0,5% изобарическим бупивакаином (2,7-2,8 мл). Седация проводилась 5 мг мидазолама.

Пациенты обеих групп в 1-е сутки после операции получали базис-анальгезию: парацетамол 3000 мг/сутки, декскетопрофен 150 мг/сутки, прегабалин 75 мг на ночь. В качестве «спасающей анальгезии» вводилось внутримышечно 20 мг промедола.

Оценивалась выраженность боли (в покое и при движении) по цифровой рейтинговой шкале (ЦРШ) через 4, 6, 8 и 24 часа после операции, время первого требования промедола и его суммарная суточная потребность за 1-е сутки, качество восстановления пациента после анестезии за 24 часа (по опроснику QoR-15).

Результаты. Интенсивность болевого синдрома по ЦРШ (в покое и при движении) статистически значимо не отличалась между группами через 4, 6, 8 и 24 часа после операции (p>0,05).



Пациенты 1-й группы раньше потребовали первую дозу промедола (7 [6;8] часов), чем во 2-й группе – 11,25 [9,75;12,25] часа ($p < 0,001$ при $n_1=26$ и $n_2=4$). В 1-й группе 4 пациента (13,3%) вообще не потребовали промедола, а во 2-й группе – 26 пациентов (86,7%) ($p < 0,0001$). Пациенты в группе 2 потребовали меньше промедола за 1-е сутки, чем в группе 1 (20 [20;20] мг против 0 [0;0] мг, $p < 0,0001$).

Статистически значимо удовлетворенность качеством восстановления после анестезии не отличалась между группами (124,4±15,39 балла против 129,5±7,98 баллов, $p=0,1125$).

Заключение. Использование 0,5% ропивакаина для PENG блока и блокады ЛНKB под ультразвуковым контролем позволило обеспечить адекватную аналгезию в течение первых суток после ТЭТС, сопоставимую с 0,375% ропивакаином, при этом значительно снизив потребность в опиоидных анальгетиках.

* * *



ФОРУМ АНЕСТЕЗИОЛОГОВ И РЕАНИМАТОЛОГОВ РОССИИ

ФАРР-2024

СЪЕЗД ФЕДЕРАЦИИ
АНЕСТЕЗИОЛОГОВ И РЕАНИМАТОЛОГОВ

СБОРНИК ТЕЗИСОВ

12-14 ОКТЯБРЯ 2024

ГОСТИНИЦА «PARK INN BY RADISSON PRIBALTIYSKAYA»
САНКТ-ПЕТЕРБУРГ, УЛ. КОРАБЛЕСТРОИТЕЛЕЙ, Д. 14

congressfar.ru