

Якушенко А.А.

СОЧЕТАНИЕ PENG БЛОКА И БЛОКАДЫ ЛАТЕРАЛЬНОГО КОЖНОГО НЕРВА БЕДРА ПРИ ТОТАЛЬНОМ ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИИ ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА

Научный руководитель: ассист. Теренин М.А.

Кафедра анестезиологии и реаниматологии с курсом повышения квалификации и переподготовки

Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск

Актуальность. Блокада перикапсулярной группы нервов (PENG блок) обеспечивает эффективное обезболивание после тотального эндопротезирования тазобедренного сустава (ТЭТС), что подтверждается результатами последних опубликованных исследований. Однако PENG блок не затрагивает другие анатомические структуры, вовлекаемые в патогенез болевого синдрома при ТЭТС. В одном из исследований было показано, что наибольшее количество ноцицепторов, связанных с возникновением боли после ТЭТС, локализуется в коже. В связи с этим некоторые авторы предлагают дополнять PENG блок блокадой латерального кожного нерва бедра (БЛКНБ).

Цель: оценить эффективность применения комбинации PENG блока и БЛКНБ при ТЭТС.

Материалы и методы. В проспективном рандомизированном исследовании приняли участие 80 человек, которые были планово госпитализированы в УЗ «6-я ГКБ» г. Минска для выполнения первичного ТЭТС (средний возраст пациентов – $58,09 \pm 10,99$ лет, среди них мужчин – 53,75% ($n=43$)). Пациентам обеих групп выполнялась спинальная анестезия (СА) 0,5% раствором изобарического бупивакаина объёмом 2,7-2,8 мл без адъювантов.

Все пациенты случайным образом были разделены на 2 группы: 1-я группа – пациентам за 30 минут до СА выполнялся PENG блок с БЛКНБ под ультразвуковой навигацией ($n=40$), и 2-я группа, пациентам которой выполнялась только СА ($n=40$). Для регионарной анальгезии вводилось 25 мл 0,5% ропивакаина с адреналином 1:200 000 соответственно, при этом 20 мл раствора использовано для выполнения PENG блока и 5 мл для БЛКНБ.

Межгрупповое сравнение проводилось по интенсивности болевого синдрома в области послеоперационной раны по цифровой рейтинговой шкале через 2, 4, 6, 8, 24 и 48 часов; времени первого требования промедола и его общей необходимости за 1 и 2 послеоперационные сутки; срокам начала активизации; качеству восстановления пациента после анестезии через 24 часа после ТЭТС (по опроснику QoR-15).

Результаты и их обсуждение. В 1-й группе интенсивность боли после ТЭТС была ниже в течение 48 ч по сравнению со 2-й группой ($p<0,05$).

Пациенты 2-й группы раньше потребовали первую дозу промедола, чем пациенты 1-й группы – (3 [2;4] часа против 11,25 [9,75;12,25] часов, $p<0,001$ при $n_1=4$ и $n_2=40$). Суммарная доза промедола за первые 48 часов после ТЭТС была выше у пациентов 2-й группы (0 [0;0] мг против 60 [60;60] мг, $p<0,0001$). В 1-й группе 36 пациентов (90%) вообще не потребовали промедола, а во 2-й группе таких пациентов не было.

Первичную опору на оперированную конечность при помощи вспомогательных приспособлений выполнили больше пациентов в группе 1, чем в группе 2 ($n_1 = 35$ (87,5%) против $n_2 = 18$ (45%), $p = 0,0009$).

По результатам опросника QoR-15 пациенты 1-й группы были более удовлетворены качеством восстановления после анестезии за 1-е сутки после ТЭТС по сравнению со 2-й группой (128 [123,5;136] баллов против 117,5 [108,5;129,5] балла, $p=0,0002$).

Выводы. Применение комбинации PENG блока с БЛКНБ под ультразвуковым контролем обеспечивает достаточный уровень анальгезии в первые двое суток после ТЭТС, что способствует снижению потребности в опиоидных анальгетиках и повышению качества восстановления в раннем послеоперационном периоде.