

Теренин М.А.

PENG БЛОК В КОМБИНАЦИИ С БЛОКАДОЙ ЛАТЕРАЛЬНОГО КОЖНОГО НЕРВА БЕДРА ПРИ ТОТАЛЬНОМ ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИИ ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА

Научный руководитель: д-р. мед. наук, доц. Римаевский В.В.

Кафедра анестезиологии и реаниматологии с курсом повышения квалификации и переподготовки

Белорусский государственный медицинский университет

Актуальность. В настоящее время послеоперационная боль остается нерешенной проблемой тотального эндопротезирования тазобедренного сустава (ТЭТС), влияя на результаты лечения пациентов с патологией тазобедренного сустава. Одной из перспективных, но малоизученных методик является комбинация блокад перикапсулярной группы нервов (PENG блок) и латерального кожного нерва бедра (ЛКНБ).

Цель: оценить эффективность применения комбинации PENG блока с блокадой ЛКНБ при ТЭТС.

Материалы и методы. В проспективном исследовании приняли участие 68 пациентов, планово госпитализированных в УЗ «6-я ГКБ» г. Минска для выполнения первичного ТЭТС. Проведение исследования одобрено локальным этическим комитетом стационара. Операции выполнялись под спинальной анестезией (СА) изобарическим 0,5% раствором бупивакаина с внутривенной седацией (мидазолам).

Все пациенты методом случайной рандомизации были разделены на 2 группы: 1-я группа – СА (n=34); 2-я группа – СА + PENG блок + блокада ЛКНБ (n=34). Пациентам 2-й группы вводилось 25 мл 0,5% ропивакаина с адреналином в разведении 1:200 000 (20 мл смеси для PENG блока и 5 мл для блокады ЛКНБ). Для пролонгирования регионарной анальгезии в группе 2 вводилось внутривенно 8 мг дексаметазона.

Пациенты обеих групп после операции получали базовую мультимодальную анальгезию (ММА): в 1-е сутки – парацетамол 3000 мг/сутки, декскетопрофен 150 мг/сутки, прегабалин 75 мг на ночь; 2-3-е сутки – парацетамол 2000 мг/сутки, декскетопрофен 100 мг/сутки и прегабалин 75 мг на ночь; 4-е сутки и далее – декскетопрофен по требованию. При неэффективности ММА вводилось «по требованию» 20 мг тримепиридина (промедола).

После операции оценивалась выраженность боли по цифровой рейтинговой шкале (ЦРШ) через 2, 4, 6, 8, 24 и 48 часов; время первого требования промедола и его суммарная суточная потребность за 48 часов; сроки начала активизации; качество восстановления пациента после анестезии через 24 часа после ТЭТС (по опроснику QoR-15).

Результаты и их обсуждение. В группе 2 интенсивность боли после ТЭТС по ЦРШ (в покое и при движении) была ниже во всех временных точках, чем в группе 1 ($p < 0,05$).

Во 2-й группе 30 пациентов (88,2%) вообще не потребовали промедола, а в 1-й группе таких пациентов зарегистрировано не было. Пациенты 1-й группы раньше потребовали первую дозу промедола (2,75 [2;4] часов), чем во 2-й группе – 11,25 [9,75;12,25] часа ($p < 0,001$ при $n_1=34$ и $n_2=4$). Пациенты в группе 2 потребовали меньше промедола за 1-е сутки, чем в группе 1 (0 [0;0] мг против 60 [60;60] мг, $p < 0,0001$).

Первичную опору на оперированную конечность при помощи вспомогательных приспособлений выполнили больше пациентов в группе 2, чем в группе 1 ($n_1 = 16$ (47,06%) против $n_2 = 29$ (85,29%), $p = 0,0062$).

Согласно результатам опросника QoR-15 пациенты 2-й группы были более удовлетворены качеством восстановления после анестезии за 1-е сутки после ТЭТС (129 [123;136] баллов против 122 [111;130] балла, $p=0,0005$) по сравнению с 1-й группой.

Выводы. Применение комбинации PENG блока с блокадой ЛКНБ под ультразвуковой навигацией обеспечивает достаточный уровень анальгезии после ТЭТС, обеспечивая

ускоренную реабилитацию пациентов за счет ранней активизации пациентов, и повышает качество восстановления пациентов в раннем послеоперационном периоде.