

**Ваакс-Степень Б.**

## **ОЦЕНКА ПРИМЕНЕНИЯ КОМБИНАЦИИ PENG БЛОКА С БЛОКАДОЙ ЛАТЕРАЛЬНОГО КОЖНОГО НЕРВА БЕДРА ПРИ ТОТАЛЬНОМ ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИИ ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА**

**Научный руководитель: ассист. Теренин М.А**

*Кафедра анестезиологии и реаниматологии*

*Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск*

**Актуальность.** В настоящее время распространенной ортопедической операцией является тотальное эндопротезирование тазобедренного сустава (ТЭТС). Данная операция остается затруднительной для выполнения регионарной анальгезии, учитывая сложную иннервацию и желание сохранить движения в конечности для ускоренного послеоперационного восстановления. В 2018 году предложена блокада перикапсулярной группы нервов (PENG блок), которая обладает необходимыми требованиями для послеоперационной анальгезии. Чаще всего при ТЭТС разрез кожи локализуется на латеральной поверхности бедра, которая иннервируется латеральным кожным нервом бедра (ЛКНБ). В связи с этим некоторыми исследователями было предложено комбинировать блокаду перикапсулярной группы нервов с блокадой ЛКНБ для обеспечения лучшего анальгезирующего эффекта.

**Цель:** оценить анальгетические возможности применения PENG блока в комбинации с блокадой латерального кожного нерва бедра у пациентов при тотальном эндопротезировании тазобедренного сустава.

**Материалы и методы.** В проспективном исследовании приняло участие 74 пациента (средний возраст –  $56,66 \pm 11,27$  лет, среди них мужчин – 54,05%), госпитализированные в УЗ «б-я городская клиническая больница» г. Минска для выполнения ТЭТС в период с июля 2023 года по февраль 2024 года. Все пациенты были разделены на 2 группы: 1-я группа – комбинация PENG блока и блокады ЛКНБ под ультразвуковой навигацией ( $n=37$ ); 2-я группа – контроль ( $n=37$ ). Было введено 25 мл 0,375% раствора ропивакаина с добавлением адреналина в разведении 1:200 000 (20 мл смеси для PENG блока и 5 мл для блокады ЛКНБ). Для усиления анальгетических свойств регионарной анальгезии пациентам после выполнения блокады вводилось внутривенно 8 мг дексаметазона. Операция выполнялась в условиях спинальной анестезии изобарическим 0,5% раствором бупивакаина. У пациентов оценивалось интенсивность боли по цифровой рейтинговой шкале (ЦРШ) в покое и при движении через 2, 4, 6, 8 и 24 часа после операции, время потребности в первой дозе опиоидного анальгетика (промедола) и общая потребность в 1-е сутки после операции, качество восстановления после анестезии (по опроснику QoR-15). Статистический анализ проводился с помощью программы Statistica (версия 12). Статистически значимыми считали различия при  $p < 0,05$ .

**Результаты и их обсуждение.** Сочетание PENG блока с блокадой ЛКНБ привело к уменьшению выраженности боли в покое и при движении по ЦРШ через 2-8 часов после операции по сравнению с контрольной группой ( $p < 0,001$ ). Кроме того, интенсивность боли через 24 часа после операции различалась между группами в покое ( $p = 0,0173$ ), но не при движении ( $p = 0,0627$ ). Пациенты 1-й группы позднее потребовали первую дозу промедола (6 [0; 8] часов против 3,5 [2,5; 4] часов,  $p = 0,0007$ ). В 1-е сутки после операции суммарная потребность в опиоидном анальгетике была меньше у пациентов в группе 1 (20 [0; 20] мг против 60 [60; 60] мг,  $p < 0,001$ ), чем в группе 2. Пациенты 1-й группы были более удовлетворены качеством восстановления после анестезии по опроснику QoR-15 ( $126,05 \pm 16,1$  балла против  $115,51 \pm 16,83$  балла,  $p = 0,0075$ ) по сравнению с группой контроля.

**Выводы.** Применение PENG блока в комбинации с блокадой латерального кожного нерва бедра под ультразвуковым контролем обеспечивает достаточный уровень анальгезии и повышает качество восстановления пациентов после анестезии (по опроснику QoR-15) в первые сутки после ТЭТС.