

ЗНАЧЕНИЕ ДЛИТЕЛЬНОЙ БЛОКАДЫ БЕДРЕННОГО НЕРВА В РАННЕЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА ПОСЛЕ ОПЕРАЦИЙ ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЯ КОЛЕННОГО СУСТАВА.

Строкань А.М., Зазирный И.М., Синицын М.Н., Семенов И.П., Евсеенко В.Г.

Клиническая больница «Феофания» ГУД, г. Киев,

Национальная медицинская академия последиplomного образования им. П.Л.Шупика,
г.Киев, Украина

Проблема послеоперационного обезболивания остается актуальной для современной анестезиологии и интенсивной терапии. Кроме того, недостаточное обезболивание не позволяет проводить комплекс мероприятий, направленных на раннюю реабилитацию и восстановление пациентов. Подавляющее большинство больных, которым выполняются операции эндопротезирования коленного сустава – это люди пожилого или старческого возраста с соответствующей коморбидной патологией, поэтому методы послеоперационной анальгезии должны быть эффективными и безопасными для этой категории пациентов.

Цель: на основании оценки послеоперационной боли в покое и во время проведения ранней реабилитации дать рекомендации по оптимальным методам обезболивания у пациентов пожилого возраста после операций эндопротезирования коленного сустава.

Материалы и методы исследований. Проведено исследование контингента ортопедических больных пожилого возраста (116 пациентов), которые находились на стационарном лечении в центре ортопедии, травматологии и спортивной медицины КБ «Феофания» на протяжении 2004-2012 годов. Все больные, которым была выполнена операция эндопротезирования коленного сустава, были распределены на три группы в зависимости от способа послеоперационного обезболивания. В I (контрольную) группу были включены 44 пациента, которым для послеоперационного обезболивания назначали внутримышечные инъекции опиатов и НПВП по требованию. II группу составили 35 пациентов, у которых послеоперационная анальгезия достигалась за счет пролонгированной феморальной блокады раствором ропивакаина (наропин 0,2% - 6,0 мл/час). III группу составили 37 пациентов с остеоартрозом, которым проводили пролонгированную эпидуральную анальгезию раствором ропивакаина в той же дозе. Группы сравнения были репрезентативными по половым и демографическим признакам.

Функцию пораженного сустава оценивали до и после оперативного вмешательства с помощью модифицированной шкалы Insall по 100 бальной системе. Интенсивность боли и уровень анальгезии оценивали по ВАШ. Оценку болевого синдрома проводили перед оперативным вмешательством (день 0), через 6 часов после оперативного вмешательства и на протяжении 14 дней послеоперационного периода. Боль оценивали, как в состоянии покоя, так и во время занятий на моторизированной шине (СРМ).

Результаты и их обсуждение. Традиционная методика обезболивания за счет внутримышечных инъекций опиатов «по требованию» после операций обеспечивала умеренный контроль боли в состоянии покоя (от 48 до 41 бала, $p < 0,001$) со значительным нарастанием интенсивности болевых ощущений (больше 70 баллов по ВАШ $p < 0,001$) с началом ранней реабилитации.

Пролонгированная эпидуральная анальгезия за счет постоянного введения местного анестетика обеспечивала полный контроль боли в состоянии покоя в течении первых трёх суток после операции (оценка по ВАШ – 24, 22 и 23 бала соответственно, $p < 0,001$) но, интенсивность боли существенно нарастала с началом ранней реабилитации (оценка по ВАШ – 43, 39 и 40 баллов соответственно, $p < 0,001$).

Пролонгированная блокада бедренного нерва несколько уступает в первые 3-ое суток уровню анальгетического действия пролонгированной эпидуральной блокаде, но лучше предупреждает значительное усиление боли в процессе ранней функциональной реабилитации (оценка по ВАШ – 38, 35 и 36 баллов соответственно, $p < 0,001$). Метод обеспечивает отличную динамику ранней функциональной реабилитации нижней

конечности с оценкой по шкале Insall 94 бала из 100 возможных, что существенно ($p < 0,01$) превышает аналогичные показатели в контрольной группе (71 бал, $p < 0,01$) и в группе эпидуральной аналгезии (88 баллов, $p < 0,01$). На основании применения сонографической визуализации и нейростимуляционной верификации проведения катетеризации периневрального пространства бедренного нерва разработаны критерии доказательной феморальной блокады.

Выводы. Таким образом, пролонгированная феморальная блокада является эффективным и безопасным методом аналгезии у пациентов после операции тотального эндопротезирования коленного сустава, что обеспечивает оптимальные условия для проведения ранней реабилитации.