

порогом (22%) испытывали очень сильную и максимальную боль, несмотря на комбинированное обезболивание с применением НПВС и НА.

3. Предварительная оценка порога болевой чувствительности позволяет добиться более эффективного обезболивания в послеоперационном периоде.

Литература

1. Pain intensity on the first day after surgery / H. Gerbeshagen [et al] // – Anesthesiology. – 2013. – Vol. 118. – P. 934–944.

ОСОБЕННОСТИ АНЕСТЕЗИОЛОГИЧЕСКОГО ПОСОБИЯ ПРИ ОПЕРАЦИЯХ НА ПРОТЕЗИРОВАННЫХ КРУПНЫХ СУСТАВАХ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Федюк Е. Г., Микишко В. В., Иванцов А. В.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра травматологии, ортопедии и ВПХ

Научный руководитель – канд. мед. наук, ассистент Иванцов В. А.

Актуальность. Перипротезная инфекция является одним из самых тяжелых осложнений в эндопротезировании, а ее лечение связано с высокими затратами и сопровождается значительным влиянием на физическое и психоэмоциональное состояние пациента. Частота встречаемости инфекции протезированного сустава по данным зарубежных авторов достигает 3%. Основными подходами в лечении пациентов с данной патологией являются консервативное или хирургическое лечение, проводимое в сочетании с курсами антибактериальной терапии. При этом стоит отметить, что любое хирургическое вмешательство немыслимо без анестезиологического пособия. Применяемые в травматологии методы обезболивания: местная анестезия, общая эндотрахеальная, регионарная анестезия [1,2].

Цель. Изучить особенности анестезиологического пособия при операциях на протезированных тазобедренном и коленном суставах.

Материалы и методы исследования. Было изучено 53 истории болезни пациентов, находившихся на лечении по поводу перипротезной инфекции после тотального эндопротезирования тазобедренного сустава и тотального эндопротезирования коленного сустава в гнойном травматологическом отделении №3 УЗ «ГКБ СМП г. Гродно» с 2016 по 2018 гг. Материалами для исследования служили протоколы осмотра врача-анестезиолога-реаниматолога и протоколы анестезии.

Результаты. Анализ протоколов показал, что из 30 хирургических вмешательств, выполненных на протезированном тазобедренном суставе, в 22 (73%) случаях использовалась спинномозговая анестезия, в 5 (17%) случаях – внутривенная, в 3 (9%) случаях – тотальная внутривенная, местная анестезия и общая эндотрахеальная. Из 23 операций, произведенных на протезированном

коленном суставе, в 11 (48%) случаях была использована спинномозговая анестезия, в 10 (43%) случаях – внутривенная анестезия, в 2 (9%) случаях – местная анестезия и общая эндотрахеальная. Средняя продолжительность операций, выполненных на протезированном тазобедренном и коленном суставах, составила: при спинномозговой анестезии – 60 и 105 мин., при внутривенной – 20 и 26 мин., при местной – 15 и 10 мин., при общей эндотрахеальной анестезии – 120 и 150 мин., соответственно. При выборе вида анестезии учитывалось физическое состояние пациента по классификации ASA (American Society of Anesthesiologists, 1941). Из 33 случаев использования спинномозговой анестезии состояние пациентов в 23 (70%) случаях оценивалось в 2 балла, в 6 (18%) случаях – в 3 балла, в 2 (6%) случаях – в 1 балл. Из 15 случаев проведения внутривенной анестезии состояние пациентов в 8 (53%) случаях оценивалось в 2 балла, в 4 (27%) случаях – в 3 балла, в 2 (13%) случаях – в 1 балл. Общая эндотрахеальная анестезия проводилась пациентам, состояние которых оценивалось в 4 и 2 балла. В выборе препарата для проведения спинномозговой анестезии преобладал бупивакаин в 20 (61%) случаях из 33, в остальных использовался лидокаин. При выполнении внутривенной анестезии преобладала комбинация фентанил+тиопентал натрия в 11 (73%) случаях из 15, в 2 (13%) случаях – фентанил+пропофол.

Выводы. 1. Вид анестезии зависит от состояния пациента, предполагаемой продолжительности операции и области оперативного вмешательства.

2. Методом выбора анестезии при операциях на крупных суставах нижних конечностей считается спинномозговая анестезия.

3. Внутривенная анестезия используется при продолжительности хирургического вмешательства до 30 минут, при более длительных операциях – спинномозговая анестезия.

4. При тяжёлом состоянии пациента (по классификации ASA 4 балла) предпочтение отдают общей эндотрахеальной анестезии.

5. Препаратором выбора при выполнении спинномозговой анестезии является бупивакаин, при внутривенной – фентанил+тиопентал натрия.

Литература

1. Т. Винклер, А. Трампуш, Н. Ренц, К. Перка, С.А. Божкова. Классификация и алгоритм диагностики и лечения перипротезной инфекции тазобедренного сустава. Травматология и ортопедия России. – 2016. – 1(79). – С. 33-45.
2. Морган Дж.Э., Михаил М.С., Буняян А.А. Клиническая анестезиология: книга 3-я. – Пер. с англ. – М.: Издательство БИНОМ, 2003. – 304 с., ил.
3. C. Otto-Lambertz, A. Yagdiran, F. Wallscheid, P. Eysel, N. Jung. Periprosthetic infection in joint replacement – diagnosis and treatment // Dtsch Arztebl Int. – 2017;114: 347–53