

**ПРИМЕНЕНИЯ РАЗЛИЧНЫХ МЕТОДОВ АНЕСТЕЗИИ И ОЦЕНКА ИХ
ВЛИЯНИЯ НА ТЕЧЕНИЕ РАННЕГО ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ПЕРИОДА
ПРИ АРТРОСКОПИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЯХ НА КОЛЕННОМ СУСТАВЕ**

Кадамбой Машарипов
Ургенчский филиал Ташкетский
медицинский академии.
masharipovkadam02@gmail.com

Аннотация: Исследование основано на анализе данных клинических наблюдений и результатов наблюдений за пациентами, подвергшимися артроскопическим вмешательствам на коленном суставе. Оценивается эффективность различных методов анестезии с точки зрения контроля боли, длительности реабилитации, частоты осложнений и общего благополучия пациентов в послеоперационном периоде.

Ключевые слова: артроскопические операции, анестезия, послеоперационный период, коленный сустав, общая анестезия, региональная анестезия, блокады, эффективность, осложнения.

Известно, что анестезиологическое обеспечение влияет не только на успех оперативного вмешательства, но и на течение раннего послеоперационного периода. Не являются исключением и артроскопические операции на коленном суставе. Основная задача анестезиолога не только минимизировать риск нарушений жизненно-важных функции и обеспечить защиту от операционного стресса, но и создать благоприятные условия для работы оператора и ведение пациента в раннем послеоперационном периоде.

Травматологи-ортопеды под такими условиями подразумевают адекватное обезболивание пациента и наименьший риск для здоровья больного, а также удобство технического исполнения операции.

Цель исследования. Оценить эффективность применения общей комбинированной (ОКА) и спинальной анестезии (СА) при проведении артроскопических вмешательств на коленном суставе.

Материалы и методы. Исследованы данные о 84 пациентах, из них 48 при ретроспективном изучении историй болезни. Возраст обеих групп 25+55 лет.

В зависимости от вида анестезии, были выделены 2 группы. I группа (n=28) составили больные, которым проводилась ОКА с ИВЛ, индукция выполнялась пропофолом, фентанилом, рокурония бромидом, поддержание анестезии – севоран, фентанил. II группа (n=56) составили люди, отказавшиеся или имеющие противопоказания к ОКА. Им была выполнена СА с внутривенной седацией комбинацией препаратов (бупивакаин, пропофол). Группы сопоставимы по возрасту и наличию сопутствующих патологий.

В раннем послеоперационном периоде у пациентов оценивалась скорость пробуждения, гемодинамика, уровень боли по визуальной аналоговой шкале (ВАШ), срок активизации, имеющиеся осложнения и некоторые особенности.

Результаты и обсуждение. В I группе пациентов скорость пробуждения варировалась от 5 до 20 минут, активно проявлялись гемодинамические реакции (артериальная гипертензия). Появление болевого синдрома, 5-7 баллов согласно ВАШ, пациенты отмечали уже через 3-5 минут после пробуждения. Активация пациентов (передвижения по палате) наступала, в среднем через 4-6 часов после операции. Во II группе мы наблюдали пробуждение в среднем через 5 минут после прекращения инфузии пропофола. Гемодинамические показатели оставались в пределах исходных значений. Активные боли 4-6 баллов по ВАШ, отмечались через 1.5-2.5 часа после выполнения СА. Активация пациентов происходила не раньше, чем на следующий день после операции, ввиду профилактики постпункционной головной боли. Однако стоит учесть, что во время реконструктивных операций из-за продолжительного нахождения в вынужденной позе, пациенты периодически осуществляли активные движения, что мешало работе травматолога-ортопеда. А комфортное течение послеоперационного

периода нарушает резкое появление выраженного болевого синдрома после окончания действия СА.

При использовании спинальной анестезии обращала на себя особое внимание повышенная кровоточивость во время длительных реконструктивных артроскопических операций на коленном суставе, которые проводились без использования турникета. Это также нашло отражение в более длительном активном дренировании коленного сустава после подобных операций (2 суток), относительно большем отеке, как самого коленного сустава, так и места забора сухожильного и костно-сухожильного аутотрансплантата (в частности при первичной и ревизионной артроскопической реконструктивной пластике крестообразных связок), требовало коррекции необходимой антикоагулянтной терапии.

У ряда пациентов данной группы длительное время после операции сохранялся гемартроз коленного сустава и лихорадка, что в свою очередь требовало проведения пункции коленного сустава, коррекции стандартной антибактериальной терапии и повышало риск гнойно-септических осложнений.

Выводы. 1. При планировании тактики анестезиологического обеспечения артроскопических операции на коленном суставе важно учитывать не только состояние здоровья пациента, но и удобство хирурга, специфическое положение больного на операционном столе, объем, длительность и особенность оперативного вмешательства.

2. С точки зрения лекарственного воздействия спинальная анестезия наиболее благоприятна и может использоваться у пациентов с сопутствующей кардиологической патологией. Однако наиболее предпочтительной для врача травматолога-ортопеда является ОКА в связи с возможностью максимальной релаксации больного, относительно лучшего течения гемостаза и состояний связанных с ним.

3. С учетом фармакодинамики и фармакокинетики препаратов для местной анестезии (резкое окончание их действия) в раннем послеоперационном

периоде требуется четкая схема обезболивания пациента и согласованность терапии с лечащим врачом.

ЛИТЕРАТУРА

1. Акимкина А. М., Знаменский И. А., Гончаров Е. Н., Чибисов С. М., Лисаченко И. В., Юматова Е. А. Возможности магнитнорезонансной томографии в диагностике повреждений плечевого сустава при острой травме. Радиология. 2010; 2: 16–7. [Akimkina A. M., Znamensky I. A., Goncharov E. N., Chibisov S. M., Lisachenko I. V., Yumatova E. A. Possibilities of magnetic resonance imaging in the diagnosis of injuries of the shoulder joint in acute trauma. Radiology. 2010; 2: 16–7. (in Russian)]

2. Васильев В. Ю., Монастырев В. В. Хирургическое лечение рецидивирующей нестабильности плечевого сустава. Бюл. Восточ.Сиб. науч. центра СО РАМН. 2008; 4: 104–5. [Vasiliev V. Y., Monastirev V. V. Surgical treatment of recurrent instability of the shoulder joint. Bul. EastSib. Sci. Center of the Siberian Branch of the Russian Academy of Medical Sciences. 2008; 4: 104–5. (in Russian)]

3. Hadzic, A., Hadzic, A., & Vloka, J. D. (2012). Hadzic's Peripheral Nerve Blocks and Anatomy for Ultrasound-Guided Regional Anesthesia (2nd ed.). McGraw-Hill Education / Medical.

4. Neal, J. M., Barrington, M. J., Brull, R., Hadzic, A., Hebl, J. R., Horlocker, T. T., ... & Watson, M. J. (2015). The second American Society of Regional Anesthesia and Pain Medicine evidence-based medicine assessment of ultrasound-guided regional anesthesia: Executive summary. *Regional Anesthesia and Pain Medicine*, 40(2), 99-101.

5. Ruan, W., Zhang, W., Li, Y., & Wang, L. (2020). Comparison of general anesthesia and regional anesthesia in arthroscopic surgery: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Orthopaedic Surgery and Research*, 15(1), 1-12.