

Спосіб анестезіологічного
забезпечення при
ендопротезуванні кульшового
суглоба у людей похилого віку

Коломаченко В.І.

Харків 2013



Потреба в
ТОТАЛЬНОМУ
заміщенні
кульшового суглоба
в Україні становить
не менше 45 тис. на
рік, при реальних
показниках 3,5-4
тис. на рік

Эндопротезирование тазобедренного сустава:
Монография / Под ред. проф. Лоскутова – Д.: Лира, 2010.



Показанням до
операції у людей
похилого віку, як
правило, є травматичне
пошкодження шийки
стегна

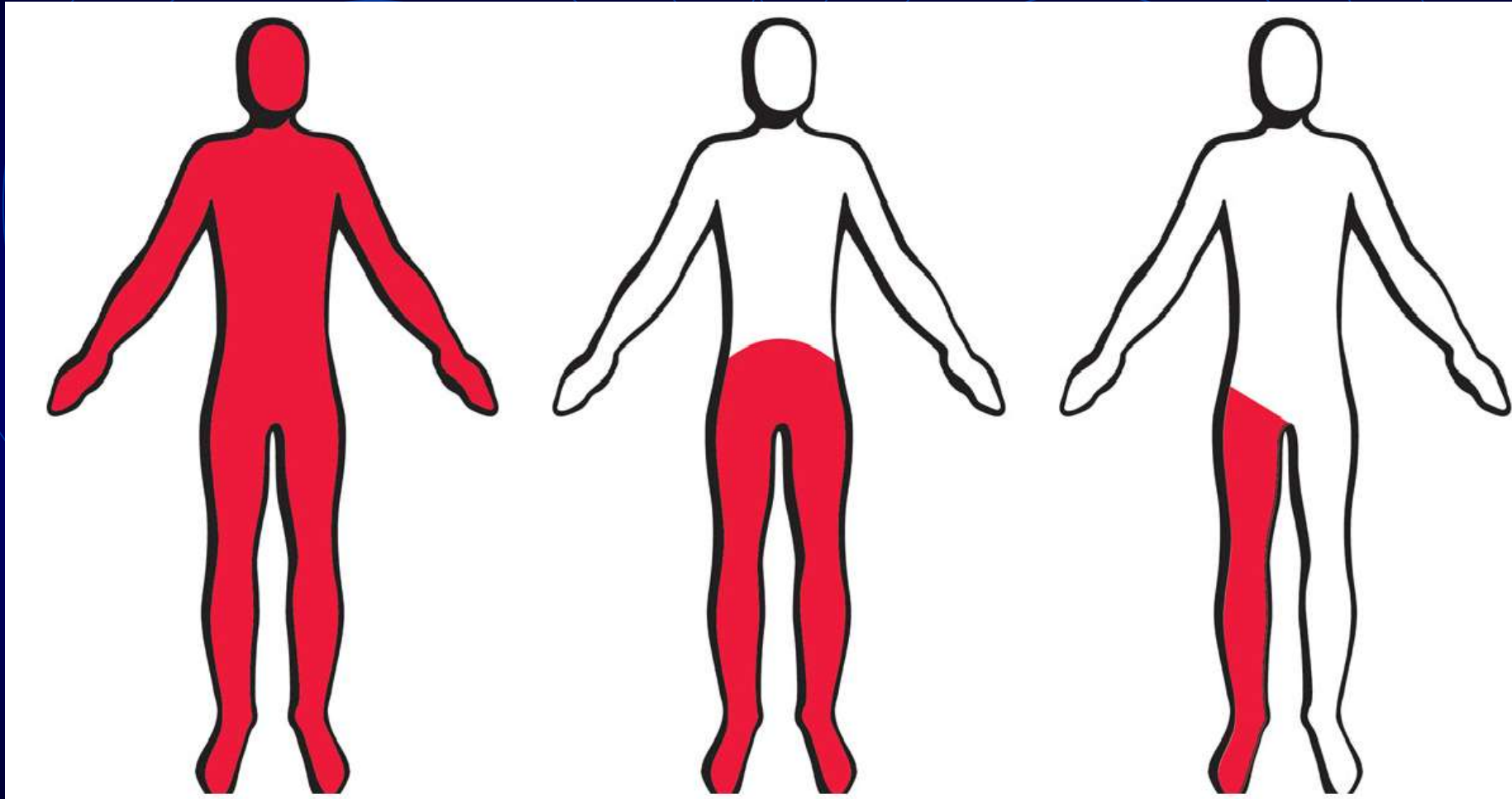
Частота переломів проксимального відділу стегна

- 68,7% всіх переломів стегнової кістки
- на 10.000 жителів у віці:
 - 30 років – 0,9-1,1 випадків
 - 50 років – 7,8 випадків
 - 60 років - 45 випадків
 - старше 80 років – більше 250 випадків

Проблеми знеболювання при ендопротезуванні кульшового суглоба

- наявність супутньої патології, найчастіше з боку серцево-судинної системи
- травматичність операції та можливість значної крововтрати як під час, так і після оперативного втручання
- застосування антикоагулянтів як у перед-, так і в післяопераційному періоді
- метилметакрилатний цемент може викликати алергічні, токсичні, емболічні ускладнення
- перебування в ліжку на протязі різного часу

Методи анестезії



загальна

нейраксіальна

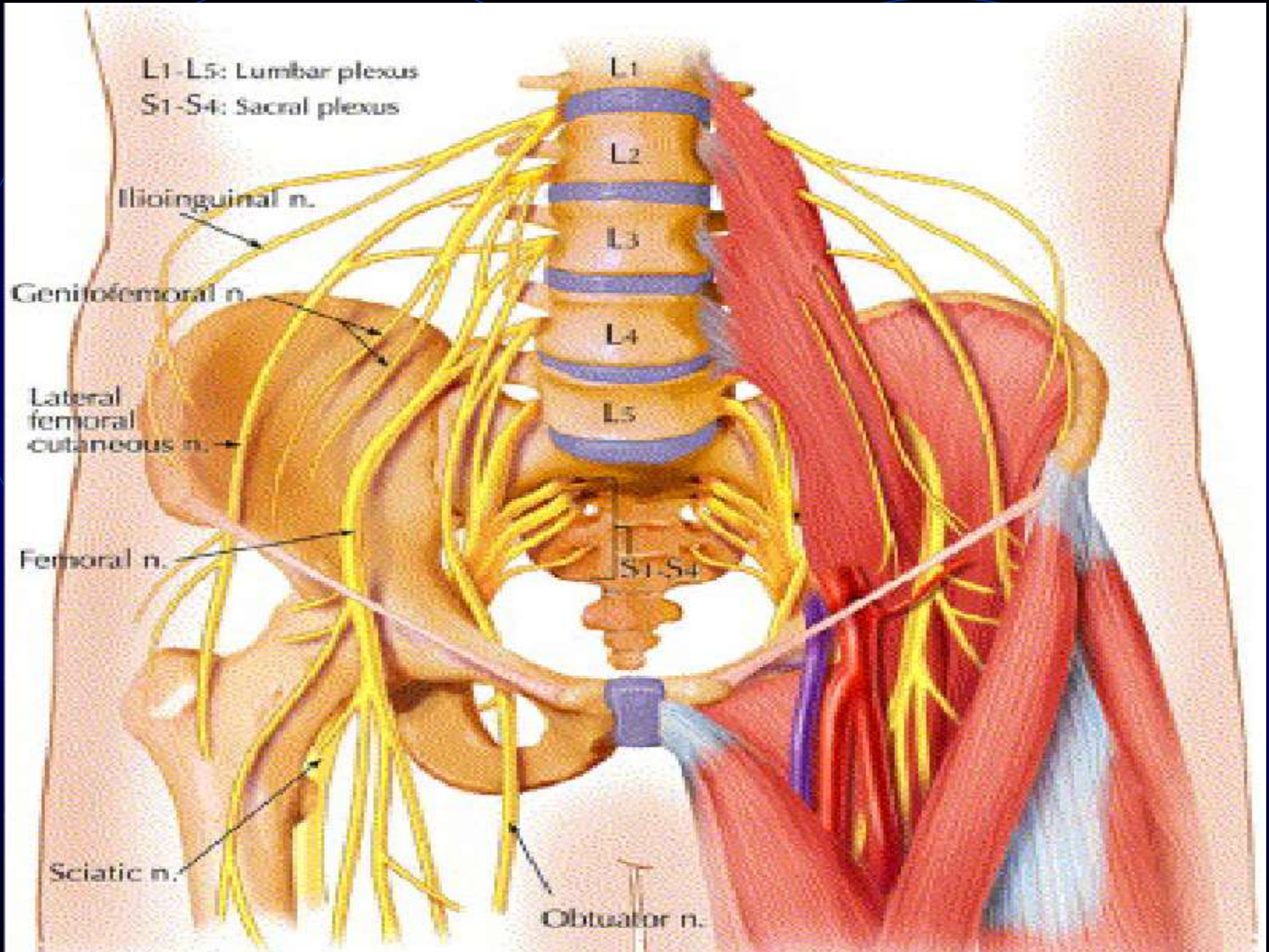
провідникова



Мета роботи

з'ясувати ефективність блокади поперекового сплетення заднім доступом у комбінації з трансглютеальною блокадою сідничого нерва при ендопротезуванні кульшового суглоба в осіб похилого віку

L1-L5: Lumbar plexus
S1-S4: Sacral plexus



Ilioinguinal n.

Genitofemoral n.

Lateral femoral cutaneous n.

Femoral n.

Sciatic n.

Obturator n.

L1

L2

L3

L4

L5

S1-S4

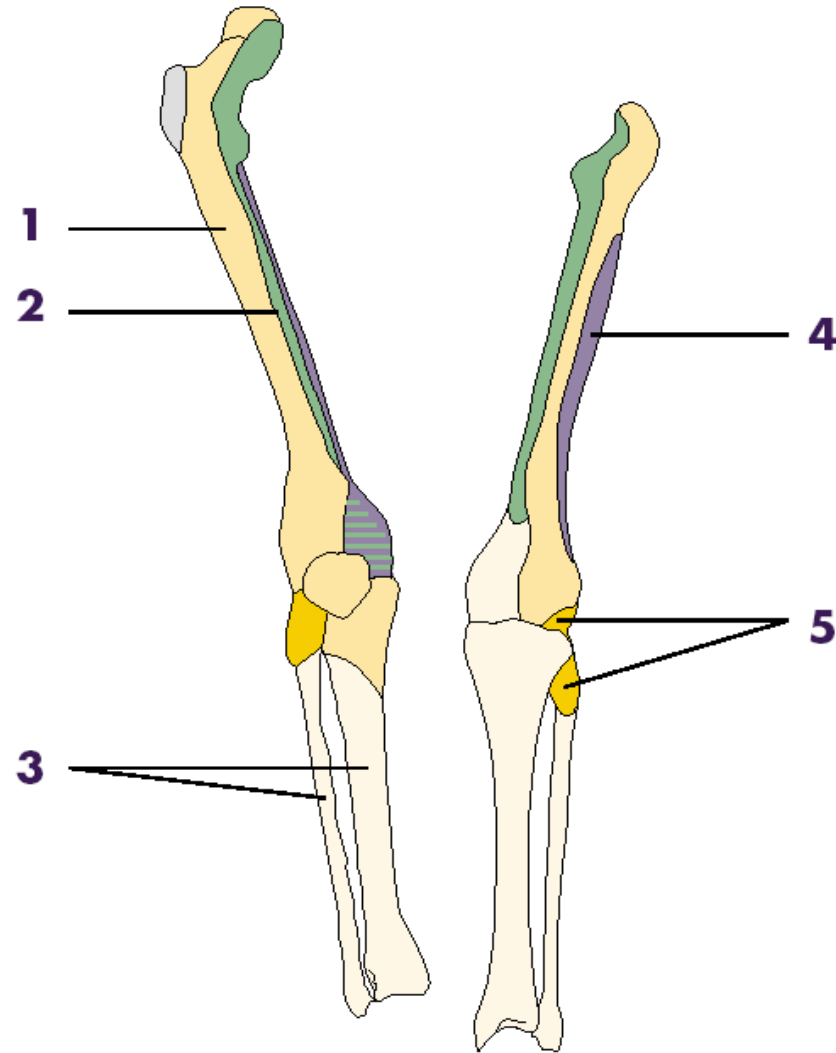
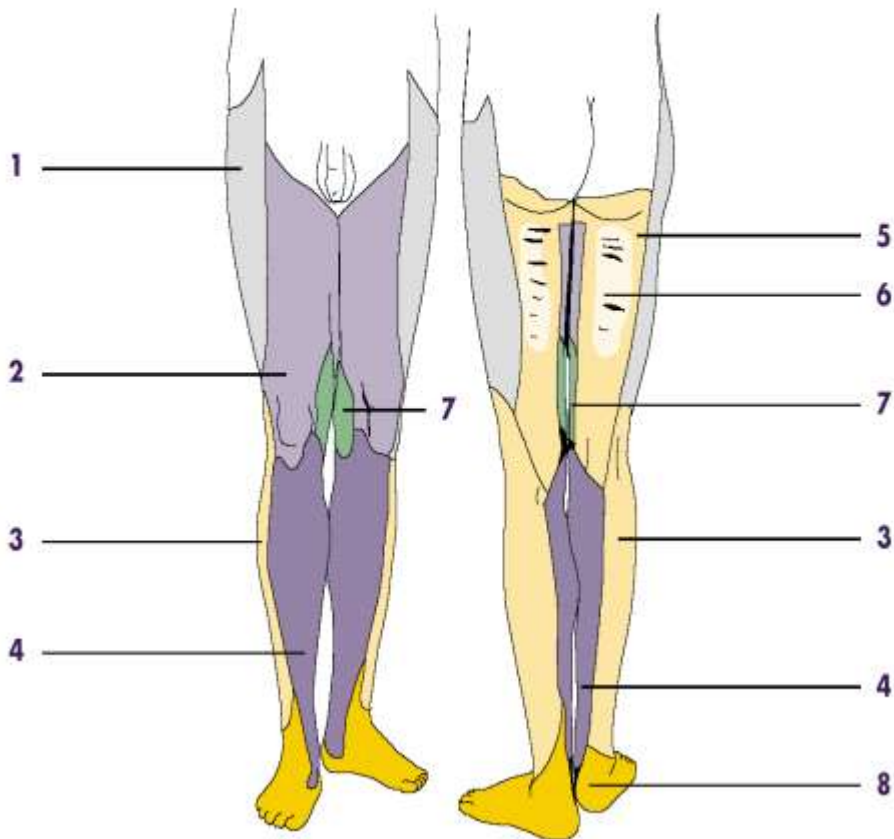
Іннервація НИЖНЬОЇ КІНЦІВКИ

- 1.N. ischiadicus 2.N. obturatorius
3.N. tibialis 4.N. femoralis
5.N. peroneus communis

- 1 lateral femoral cutaneous n.
2 femoral n.
3 peroneal n.
4 saphenous n.
5 sciatic n.

- 6 posterior femoral cutaneous n.
7 obturator n.
8 posterior tibial n.
9 superficial peroneal n.
10 sural n.

- 11 deep peroneal n.
12 medial plantar n.
13 lateral plantar n. (tibial n.)



Протокол анестезії

- Премедикація (бензодіазепін та наркотичний анальгетик)
- Блокада поперекового сплетення (40 мл 1% р-ну лідокаїну)
- Блокада сідничого нерва (30 мл 1% р-ну лідокаїну)
- Підшкірний валок, що розпочинається від точки блокади сідничого нерва, проводиться до верхньої задньої клубової ості, а потім продовжується понад клубовим гребенем до його середини
- Підтримання седації шляхом введення гіпнотиків

Оснащення для анестезії



Доступы до поперекового сплетения

Winnie, 1974

Chayen, 1976

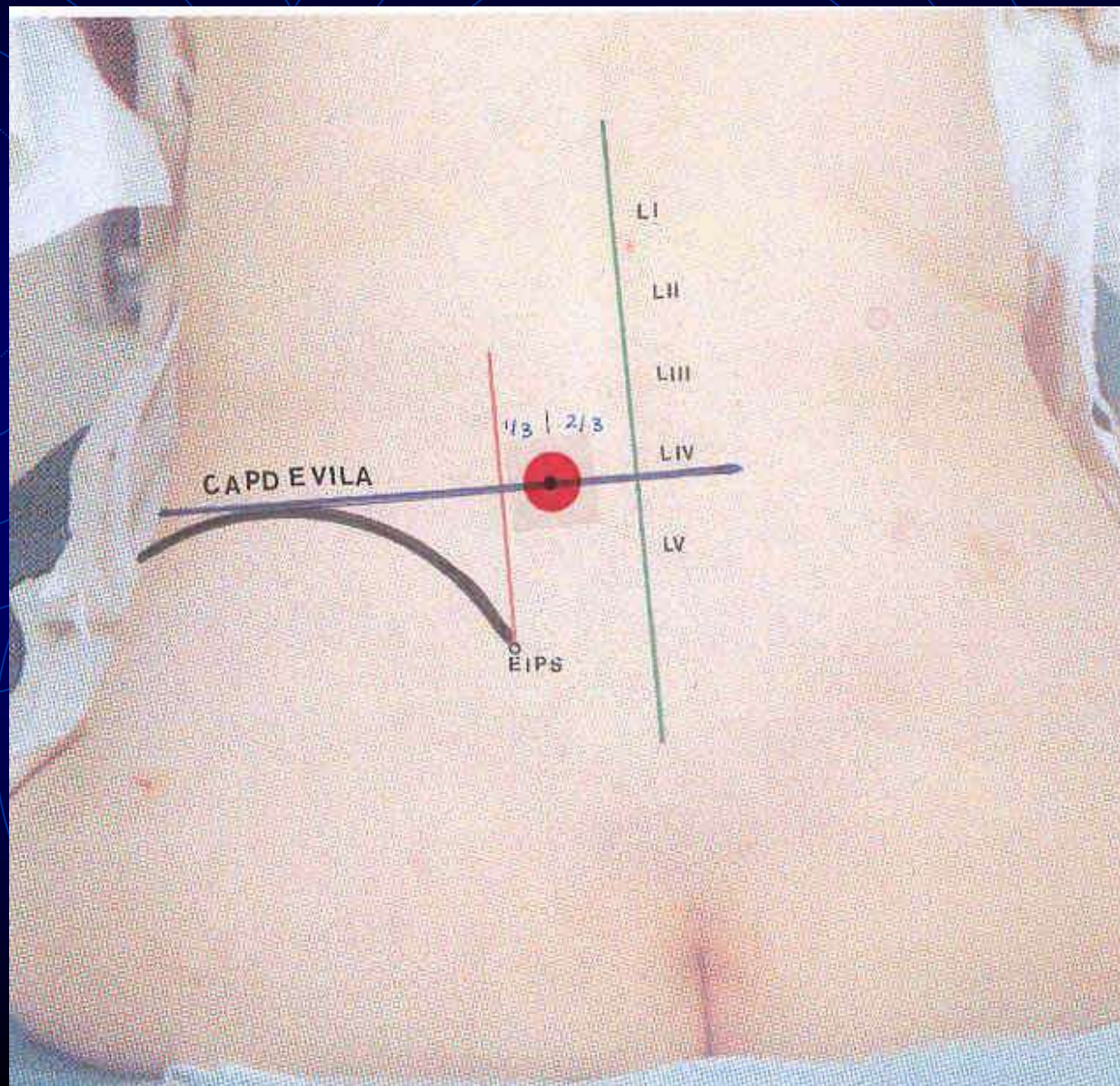
Dalens, 1988

Parkinson, 1989

Hanna, 1993

Capdevila, 2002

Pandin, 2002



Блокада поперекового сплетення

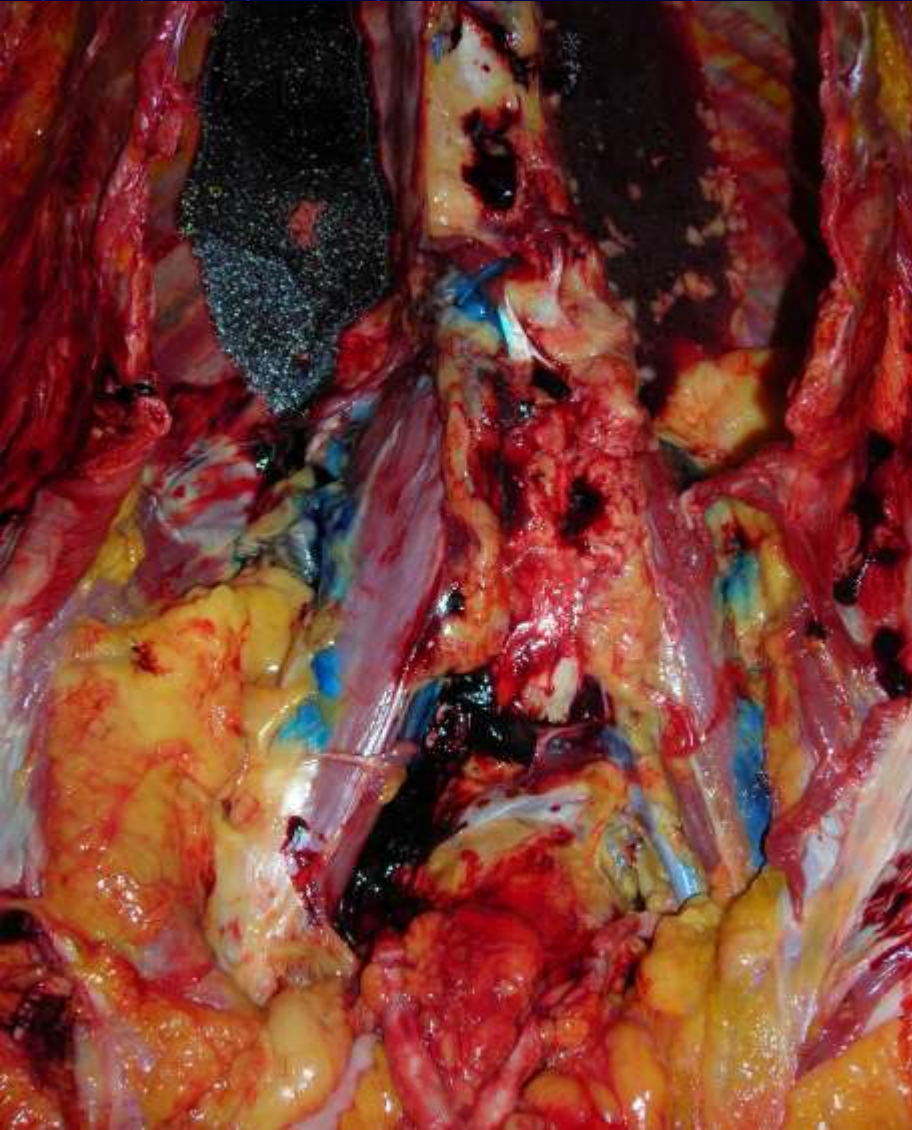
Рентгенографія хребта



Ультрасонографія хребта

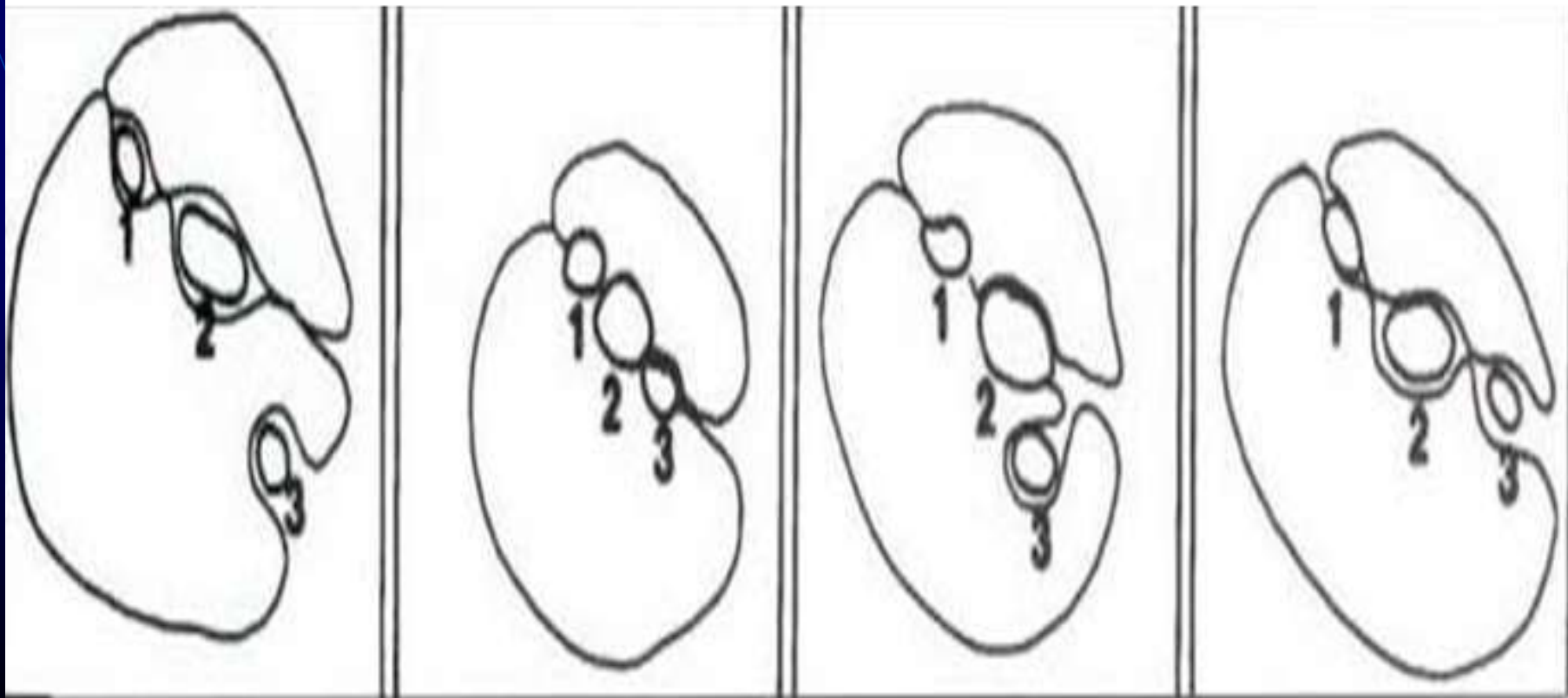


Дослідження на трупному матеріалі: введення метиленової синьки



Варіанти взаємовідносин гілок поперекового сплетення та *m. psoas major*

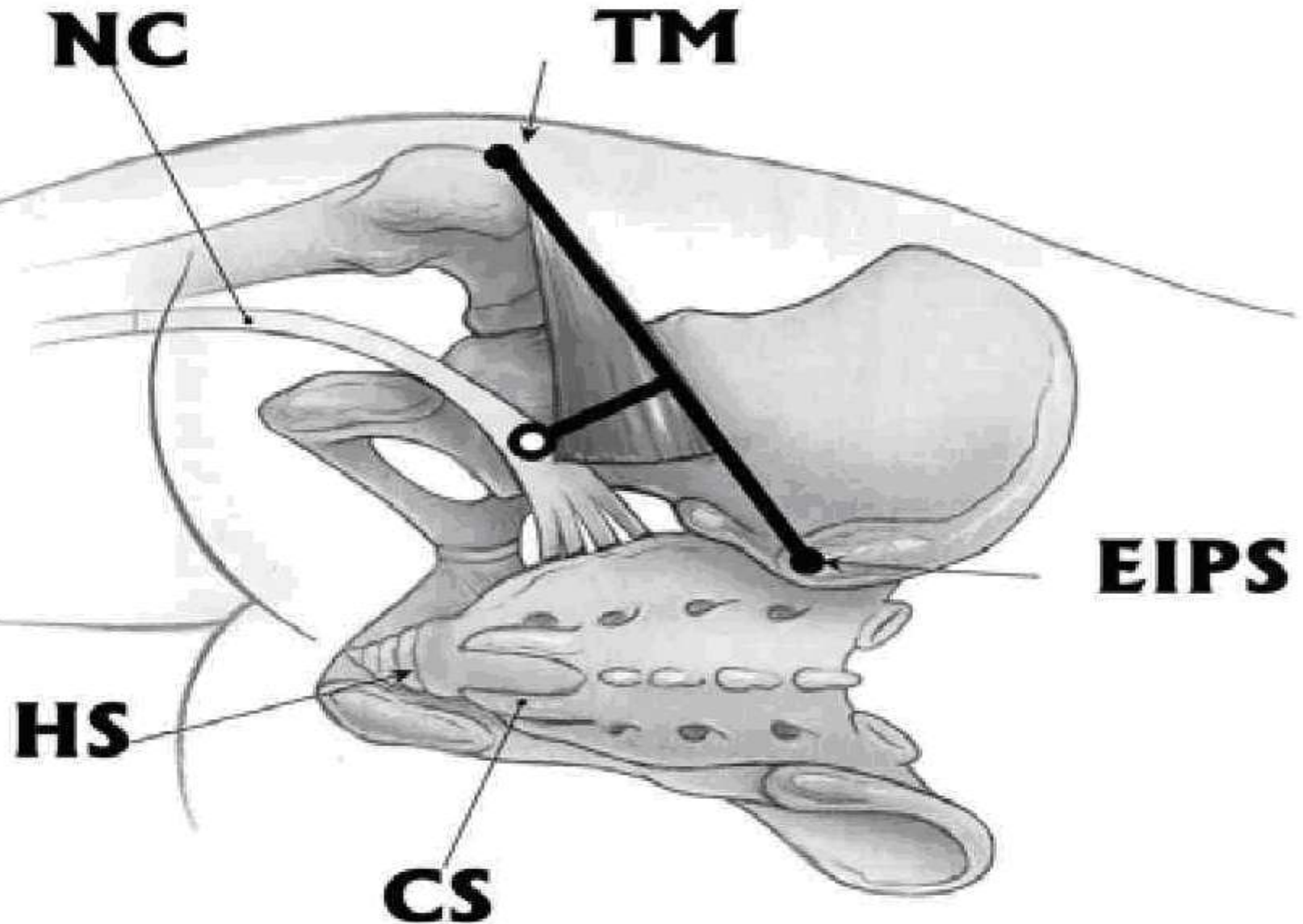
1. *N. cutaneus femoris lateralis*
2. *N. femoralis*
3. *N. obturatorius*



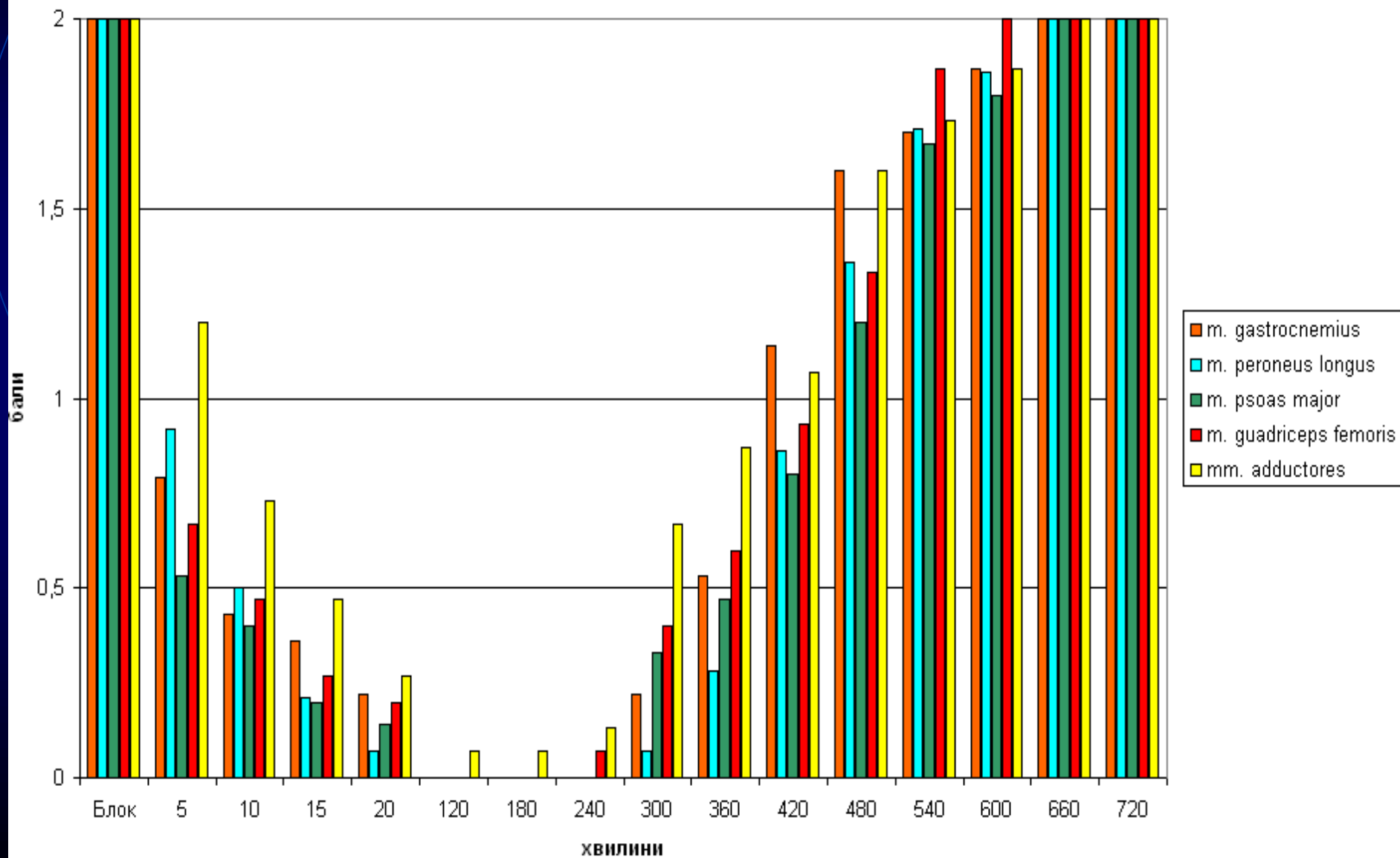
Рентгенологічне дослідження



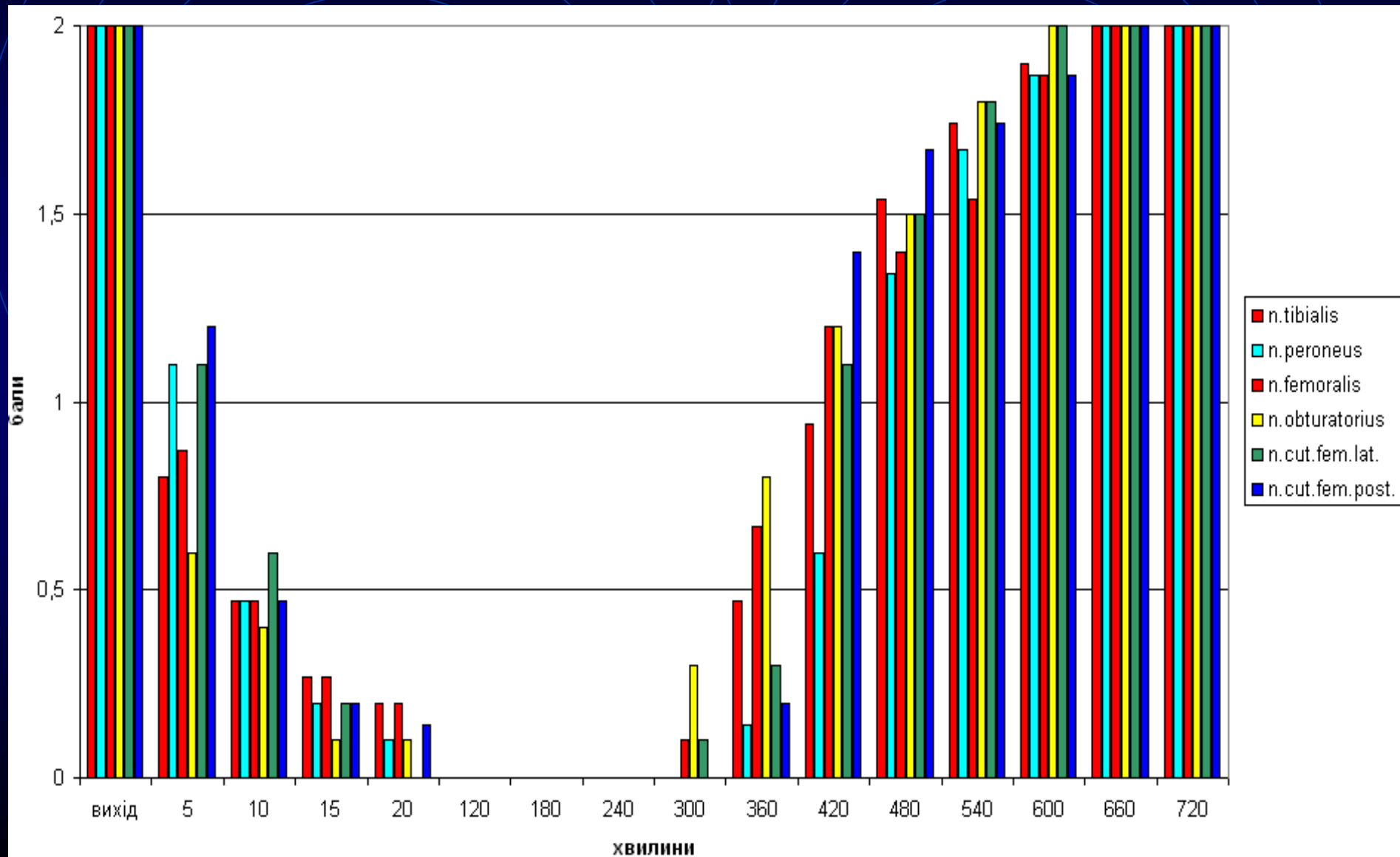
Блокада сідничного нерва



Моторна функція



Чутливість



Післяопераційне знеболювання

- постійна інфузія 0,2% ропівакаїну або 0,125% бупівакаїн 4-5 мл/год
- фракційне введення 0,2% ропівакаїну або 0,125% бупівакаїну по 20 мл кожні 6 годин

Недоліки методу анестезії

- Потребує більше часу для проведення, але не для підготовки анестезії
- Існує вірогідність неповноцінної аналгезії
- Теоретично ймовірна інтоксикація місцевим анестетиком

Переваги методу анестезії

- Якісне післяопераційне знеболювання
- Менше частота післяопераційної нудоти та блювоти
- Можлива при відмові пацієнта від нейраксіальної анестезії або при протипоказаннях до неї
- Мало ймовірна артеріальна гіпотонія, котра потребувала б введення симпатоміметиків
- Можлива на фоні прийому препаратів, що впливають на гемостаз
- Не потребує катетеризації сечового міхура

Дякую

за

увагу!