

Рис. 21. Крестцовое сплетение.

2.2.1 Блокада бедренного нерва

Больного укладывают на спину. Определяют пульсацию на бедренной артерии ниже паравертебральной связки, иглу вводят на 1 см латеральнее этой точки (рис. 22). Используют иглу калибра 23G и длиной 2,5 см с тупым срезом. Через иглу хорошо ощущается прокол фасции, сразу после этого возникают парестезии либо индуцированная двигательная реакция (сокращение четырехглавой мышцы бедра). Синхронные с пульсом колебания артерии говорят о правильности введения иглы. Сомкнутыми пальцами кисти, фиксирующими иглу в нужном положении, пережимают бедренный канал дистальнее иглы. Периодически выполняют аспирационную пробу, вводят 20 мл анестетика. Если необходима блокада одновременно бедренного, запирательного и латерального кожного нервов бедра, то дистальнее места инъекции прижимают мягкие ткани и вводят не менее 20 мл раствора анестетика. Это футлярная периваскулярная блокада «три из одного», предложенная A.P.Winnie и соавт. (1973), которую выполняют из одного вкола иглы. Возможность такой блокады объясняется тем, что бедренный нерв располагается в пространстве, сформированном подвздошной фасцией.

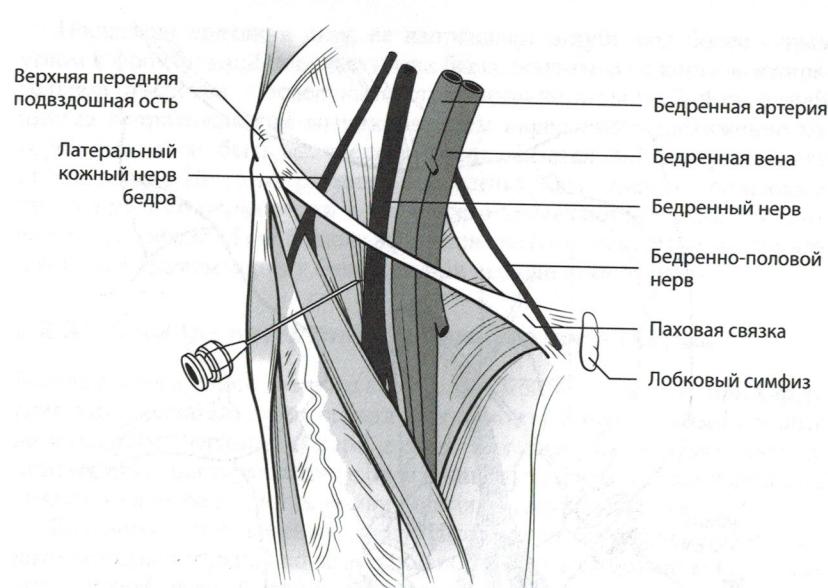


Рис. 22. Блокада бедренного нерва.

Осложнения. При слишком дистальной инъекции блокада может не распространиться на проксимальные ветви. Кроме того, существует риск внутривенного введения раствора, особенно если аспирационную пробу выполнять не очень тщательно. Возможна и интраневральная инъекция, но ее вероятность ниже, чем при других блокадах, из-за распыленного типа ветвления нерва.

2.2.2 Блокада запирательного нерва

Запирательный нерв является смешанным нервом, сформированным соединением передних ветвей корешков L2, L3 и L4. Соединение происходит в толще поясничной мышцы. Нерв проходит через запирательное отверстие вместе с запирательными сосудами (см. рис. 23). Он находится в тесной связи с нижнебоковой стенкой мочевого пузыря, с шейкой и предстательной частью мужского мочеиспускательного канала. При выполнении трансуретральных операций на мочевом пузыре часто происходит раздражение запирательного нерва через стенку мочевого пузыря, что вызывает приведение ноги. Запирательный нерв разделяется на две ветви: переднюю и заднюю. Передняя ветвь иннервирует тазобедренный сустав и формирует подпортняжное сплетение, в то время как задняя ветвь иннервирует приводящие мышцы, колено и кожу медиальной поверхности бедра. В 30% случаев имеется дополнительный запи-

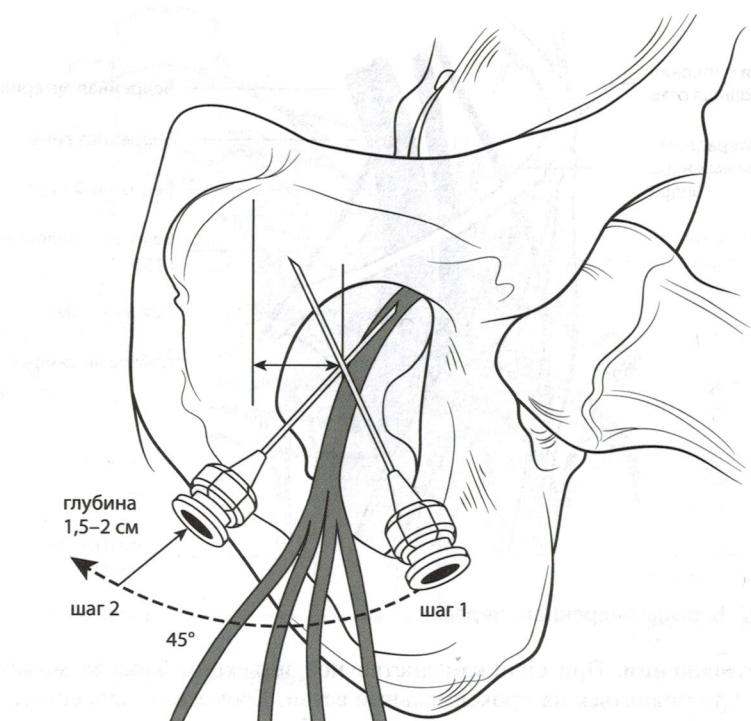


Рис. 23. Блокада запирательного нерва.

рательный нерв, который формируется из ветвей L3 и L4. Расположение дополнительного нерва такое же, как и самого запирательного нерва, но он пересекает верхнюю ветвь лобковой кости и отдает ветви к тазобедренному суставу и гребенчатой мышце (Hong Y., O’Grady T., 1996).

Данную блокаду можно применять для лечения болевого синдрома у пациентов со спазмом приводящих мышц, обусловленным центральными расстройствами (рассеянный склероз, постинсультные контрактуры, нервно-мышечные заболевания, последствия травматического повреждения спинного мозга, нейроинфекций), а также при хронической боли в бедре и в области тазобедренного сустава (James C.D.T., Little T.F., 1976) и при синдроме запирательного нерва.

Методика

Больного укладывают на спину, нижнюю конечность слегка приводят. После инфильтрационной анестезии кожи на 2 см ниже и латеральнее лобкового бугорка иглу длиной 9–10 см вводят в дорсомедиальном направлении до упора в нижнюю ветвь лобковой кости, предполагая небольшое количество раствора анестетика.

Несколько подтянув иглу, ее направляют вглубь под более тупым углом к фронтальной плоскости, как бы соскальзывая с кости в запирательное отверстие. Последующее продвижение иглы на 2–4 см вглубь иногда сопровождается возникновением парестезии, достижение которой не должно быть самоцелью. После обязательной аспирационной пробы вводят 10–15 мл раствора анестетика. Осложнения при блокаде запирательного нерва редки и чаще всего проявляются в виде несостоившейся блокады. Из побочных эффектов следует отметить возможность появления дискомфорта у больного при выполнении блокады.

2.2.3 Блокада латерального кожного нерва бедра

Блокаду латерального кожного нерва бедра можно применять при хирургических вмешательствах, ограниченных кожей и подкожными тканями латеральной поверхности бедра, для лечения боли у пациентов с постгерпетическими, посттравматическими и иными повреждениями наружного кожного нерва бедра, а также при болезни Бернгардта–Рота.

Больного укладывают на спину. Иглу вводят медиальнее и на 2 см ниже передней верхней подвздошной ости, кожу и подкожную клетчатку под паховой связкой инфильтрируют раствором анестетика (рис. 24). Прокалывают фасцию, что ощущается как щелчок и исчезновение сопротивления игле. Веерообразно вводят 10 мл раствора анестетика как

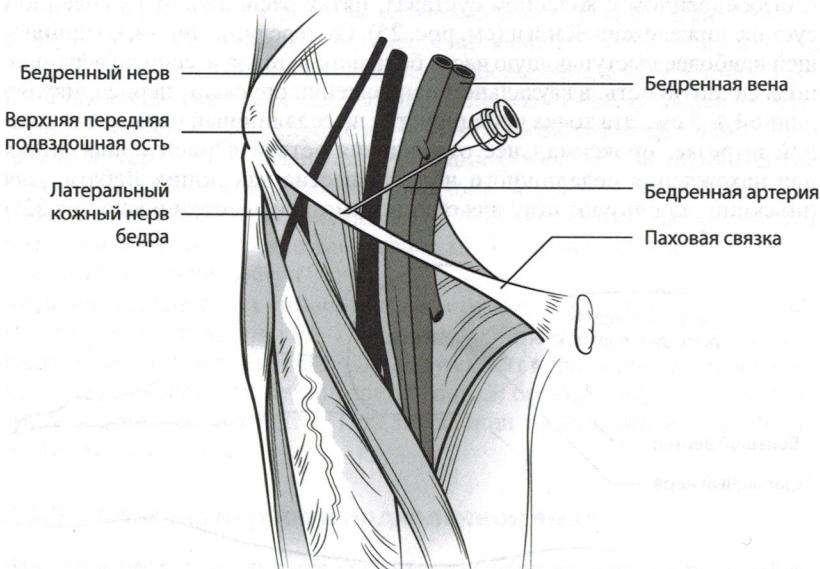


Рис. 24. Блокада латерального кожного нерва бедра.