



УКРАЇНА

(19) UA (11) 60765 (13) U
(51) МПК (2011.01)
A61M 19/00

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ
І НАУКИ УКРАЇНИ

ДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІ

ОПИС ДО ПАТЕНТУ НА КОРИСНУ МОДЕЛЬ

видається під
відповідальність
власника
патенту

(54) СПОСІБ ПРОВЕДЕННЯ ПРОВІДНИКОВОЇ АНЕСТЕЗІЇ КУЛЬШОВОГО СУГЛОБА

1

2

(21) u201015175

(22) 16.12.2010

(24) 25.06.2011

(46) 25.06.2011, Бюл.№ 12, 2011 р.

(72) КРИВОБОК ВІКТОР ІВАНОВИЧ, ЧАПЛИНСЬКИЙ РОСТИСЛАВ ПЕТРОВИЧ, КОЛОМАЧЕНКО ВІТАЛІЙ ІВАНОВИЧ, ФЕСЕНКО ВОЛОДИМИР СЕРГІЙОВИЧ

(73) ХАРКІВСЬКА МЕДИЧНА АКАДЕМІЯ ПІСЛЯ-ДИПЛОМНОЇ ОСВІТИ

(57) Спосіб проведення провідникової анестезії кульшового суглоба, який здійснюють шляхом класичної блокади сідничного нерва (nervus ischiadicus), який **відрізняється** тим, що додатково здійснюють блокаду поперекового сплетення заднім доступом.

Корисна модель відноситься до медицини, а саме до анестезіології, і може бути використана при операціях на нижній кінцівці, у тому числі - на кульшовому суглобі.

Найбезпечнішим і найбільш тривалим методом знеболювання операцій на нижній кінцівці є провідникова анестезія, при якій навколо відповідних нервів вводиться розчин місцевого анестетика.

В якості аналогу використана спинномозкова анестезія [Д.П.Рафмелл и соавт. Регионарная анестезия. - М.: МЕДпресс-информ, 2007], перевагою якої є придатність для знеболювання всіх ділянок нижньої кінцівки. Недоліками спинномозкової анестезії є ризики специфічних для неї ускладнень (головного болю, менінгіту) і притаманні їй побічні ефекти, зокрема - зниження артеріального тиску, особливо - при значній крововтраті.

Найбільш близьким до способу, що заявляється, є спосіб провідникової анестезії нервів нижньої кінцівки (сідничного - nervus ischiadicus - заднім доступом і стегового - nervus femoralis - переднім доступом), обраний в якості прототипу [Mulroy M.F. Regional anesthesia. - Boston: Little, Brown & Co, 1996]. Спосіб полягає у блокаді нервів нижньої кінцівки (сідничного - nervus ischiadicus - заднім доступом і стегового - nervus femoralis - переднім доступом). Перевагами цього способу є далеко від спинного мозку введення голки та відсутність негативного впливу на системний кровообіг і дихання.

Недоліком вищеприписаного способу є ненадійність для анестезії стегна та коліна і недостатність для анестезії ще вищих ділянок нижньої кінцівки,

зокрема - кульшового суглоба.

В основу корисної моделі поставлено задачу вдосконалення способу провідникової анестезії нижньої кінцівки, в якому за рахунок зміни місця проведення блокади, досягається анестезія не лише стегового, а й інших нервів, що виходять із цього сплетення.

Поставлена задача вирішується в способі проведення провідникової анестезії кульшового суглоба, який здійснюють шляхом класичної блокади сідничного нерва (nervus ischiadicus), згідно з корисною моделлю, додатково здійснюють блокаду поперекового сплетення заднім доступом.

Блокада поперекового сплетення заднім доступом дозволяє розширити зону анестезії.

Спосіб виконують наступним чином. Після укладання пацієнта здоровим боком на операційний стіл, шляхом пальпації визначають гребінь клубової кістки та верхню задню клубову вісь. Від останньої проводять перпендикуляр до linea intercrurum. Відстань між цим перпендикуляром і серединною лінією ділиться на три відрізки, голку вколюють на межі зовнішнього та середнього відрізків до зустрічі з поперечним відростком поперекового хребця (на глибині приблизно 6-7 см). Голка трохи підтягується й, оминувши поперечний відросток, заглиблюється не глибше ніж на 2 см до отримання моторної відповіді з чотириголового м'яза або аддукторів стегна. Вводять 40 мл розчину місцевого анестетика. Після цього виконують класичну блокаду сідничного нерва (nervus ischiadicus) з уведенням 30 мл розчину місцевого анестетика.

Важливими перевагами запропонованого способу є його придатність для знеболювання всіх

UA (11) 60765 (13) U

ділянок нижньої кінцівки, з кульшовим суглобом включно, без ризиків і побічних ефектів спинномозкової анестезії.

Адекватність пропонованого способу підтверджується клінічною картиною інтраопераційного та післяопераційного знеболювання, яке можна забезпечити як притомним, так і непритомним пацієнтам.

Спосіб ілюструють такі приклади клінічного використання.

Приклад 1. Пацієнт К., 55 років (історія хвороби №5716). Діагноз: двобічний коксартроз IV ст. Операція: тотальне безцементне ендопротезування правого кульшового суглоба. Провідникова анестезія (поперекового сплетення та сідничного нерва): 70 мл 1% лідокаїну, 100 мкг клофеліну, 150 мкг бупренорфіну, 0,2 мг адреналіну. Післяопераційне знеболювання - 20 мг омнопону.

Приклад 2. Пацієнтка К., 78 років (Історія хвороби №5730). Діагноз: закритий несвіжий перелом шийки лівого стегна. Операція: тотальне цементне ендопротезування лівого кульшового суглоба. Провідникова анестезія (поперекового сплетення та сідничного нерва): 70 мл 1% лідокаїну, 100 мкг клофеліну, 150 мкг бупренорфіну, 0,2 мг адреналіну. Післяопераційне знеболювання - 20 мг промедолу.

Таким чином, провідникова анестезія запропонованим способом може успішно використовуватись для знеболювання як усіх операцій на нижніх кінцівках, так і післяопераційного періоду. Перевагами такого способу є можливість його застосування як у притомного, так і в непритомного пацієнта, а також уникнення ризиків спинномозкової анестезії.