

УДК 617.559:612.014.465

ББК 56.12

Г56

Все права защищены. Никакая часть данной книги не может быть воспроизведена в любой форме и любыми средствами без письменного разрешения владельцев авторских прав.

Авторы и издательство приложили все усилия, чтобы обеспечить точность приведенных в данной книге показаний, побочных реакций, рекомендуемых доз лекарств. Однако эти сведения могут изменяться.

Информация для врачей. Внимательно изучайте сопроводительные инструкции изготовителя по применению лекарственных средств.

Книга предназначена для медицинских работников.

Гнездилов А.В.

Г56 Центральные блокады в терапии боли нижнего отдела спины. - М. :

МЕДпресс-информ, 2015. - 24 с. : ил.

ISBN 978-5-00030-229-3

Методические рекомендации посвящены тактике купирования острых и интенсивных хронических болевых синдромов и применению для этой цели различных методик регионарной анестезии. Эти методики играют ведущую роль как в купировании острой боли, так и в профилактике хронического болевого синдрома. Рассматриваются патофизиологические основы формирования болевых синдромов и принципы их направленной терапии. Приводятся описание методики регионарной анестезии различных участков тела, дозировка препаратов, кратность процедур, возможные побочные эффекты и осложнения.

УДК 617.559:612.014.465

ББК 56.12

ISBN 978-5-00030-229-3

© Гнездилов А.В., 2015

© Оформление, оригинал-макет.

Издательство «МЕДпресс-информ», 2015

© Иллюстрации. Издательство «МЕДпресс-информ», 2015

СОДЕРЖАНИЕ

Введение	5
1 Патолофизиологические основы и принципы применения лечебных блокад	6
2 Техника и тактика проведения лечебных блокад.....	13
2.1 Эпидуральная блокада	13
2.1.1 Трансфораминальный доступ	14
2.1.2 Каудальный доступ	15
2.1.3 Центральный доступ	17
2.2 Транссакральная блокада	17
3 Осложнения, наблюдаемые при лечебных блокадах	20
3.1 Осложнения, связанные с применением местных анестетиков	20
3.2 Осложнения, связанные с применением кортикостероидов	21
3.3 Осложнения, связанные с погрешностями в технике выполнения блокады	21
Заключение.....	22
Литература	23

ВВЕДЕНИЕ

Обращаясь к истории становления регионарной анестезии, хочется привести цитаты двух известных русских хирургов. «Я не ошибусь, если назову регионарную анестезию совершенным методом местной анестезии. На смену прежним, неуклюжим и примитивным способам послойного пропитывания анестезирующим раствором всего, что надо резать, пришла новая изящная и привлекательная методика местной анестезии, в основу которой легла глубоко рациональная идея прервать проводимость тех нервов, по которым передается болевая чувствительность из области, подлежащей операции» (Войно-Ясенецкий В.Ф., 1916). «Нет ничего более изящного в хирургии, чем проводниковая анестезия» (Юдин С.С., 1960).

Эти высказывания можно отнести не только к блокадам, но и к терапии ряда заболеваний, при которых ведущей в клинической картине является болевая симптоматика. Действительно, одно лишь избавление пациента от боли не только облегчает его физические страдания и успокаивает психологически, но также имеет **самостоятельный лечебный эффект**, в первую очередь, разрывая порочный круг боль-спазм-боль. До настоящего времени не существует более эффективных способов купирования острой боли, чем методы проводниковой или, говоря более современным языком, регионарной анестезии. Важно отметить, что лечение острой боли следует рассматривать не только как временную меру, но и как профилактику формирования хронического болевого синдрома или, другими словами, «болевого» болезни.

Отделение терапии болевых синдромов РНЦХ им. акад. Б.В.Петровского располагает более чем 35-летним опытом применения метода проводниковой анестезии в комплексном лечении боли. В своей практике мы в большинстве случаев сталкиваемся с заболеваниями, которые нередко находятся в «междисциплинарном пространстве». Например, кто должен лечить острый корешковый болевой синдром, обусловленный грыжей или протрузией межпозвонкового диска, чаще всего локализующейся в поясничном или шейном отделе позвоночника, - невролог, нейрохирург, ортопед-травматолог или другой специалист? Каждый из них может либо назначить медикаментозную терапию (которая при интенсивности боли свыше 7-8 баллов по 10-балльной ранговой шкале боли или более 7-8 см по визуально-аналоговой шкале (ВАШ) малоэффективна), либо предложить хирургическое лечение. А как быть, если больной отказывается от операции, или как поступить при острой постгерпетической невралгии, когда применение антиконвульсантов и анальгетиков лишь незначительно притупляет боль, не позволяет восстановить трудоспособность и нормализовать сон? Можно привести множество примеров, когда острая боль не купируется препаратами или длительная боль приводит к развитию хронического болевого синдрома, в настоящее время рассматриваемого специалистами как самостоятельное заболевание.