

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ**

УТВЕРЖДАЮ

Первый заместитель министра

\_\_\_\_\_ Д.Л. Пиневиц

23.12.2011 г.

Регистрационный № 101-1011

**МОДИФИЦИРОВАННАЯ МЕТОДИКА САКРАЛЬНОЙ АНЕСТЕЗИИ**

инструкция по применению

УЧРЕЖДЕНИЕ-РАЗРАБОТЧИК:

ГУО «Белорусская медицинская академия последипломного образования»

АВТОРЫ: д-р мед. наук, профессор Илюкевич Г.В., Романюк Т.И.

Минск 2011

В настоящей инструкции представлен метод анестезиологического обеспечения, позволяющий создавать полноценную антиноцицептивную защиту при оперативных вмешательствах, выполняемых со стороны промежности. Данные рекомендации представляют собой систематизированные положения, которые помогут практикующему специалисту в принятии решения. Они представляют собой базовые принципы и подходы, основанные на анализе существующей литературы, мультимодального принципа анальгезии, а также оценке результатов исследований, мнений экспертов и клинического опыта.

Инструкция рассчитана на анестезиологов-реаниматологов.

## **ПЕРЕЧЕНЬ НЕОБХОДИМОГО ОБОРУДОВАНИЯ, РЕАКТИВОВ, ПРЕПАРАТОВ, ИЗДЕЛИЙ МЕДИЦИНСКОГО НАЗНАЧЕНИЯ**

Аппаратура:

1. Реанимационно-хирургический монитор (АД, ЧСС, ЧД, SpO<sub>2</sub>).

Лекарственные средства:

1. Раствор местного анестетика для эпидурального введения (лидокаина гидрохлорид, бупивакаина гидрохлорид, ропивакаина гидрохлорид) 20 мл.

Другие изделия медицинского назначения:

1. Шприц емкостью 20 мл.

2. Одноразовая внутримышечная игла 21 G.

## **ПОКАЗАНИЯ К ПРИМЕНЕНИЮ**

Оперативные вмешательства, выполняемые на промежности.

## **ТЕХНИКА ПРОВЕДЕНИЯ САКРАЛЬНОЙ АНЕСТЕЗИИ**

Сакральная анестезия является методом регионарного обезболивания, *классическая методика* проведения которой заключается в следующем: пункция сакрального пространства и последующее введение в него раствора местного анестетика проводится через крестцовую щель, представляющую собой костный дефект V-образной формы на уровне S4–S5.

*Методика модифицированной сакральной анестезии* представляет собой блокаду люмбо-сакральных нервов путем пункции сакрального пространства на уровне S3–S4 и введением в него раствора местного анестетика. Техника выполнения блокады:

- Положение пациента — на левом боку, ноги пациента согнуты в коленных и тазобедренных суставах и приведены к груди.

- Обработка кожи крестцово-копчиковой области раствором антисептика.

- Определение анатомических ориентиров: костно-фиброзное сращение S3–S4 пальпируется в виде небольшого углубления путем скольжения указательного пальца левой (свободной) руки от остистого отростка последнего поясничного позвонка вниз по средней линии до достижения пальцем дефекта кости между крестцовым рогом. Это служит

подтверждением того, что далее уже расположен копчик, его «баллоцируют» книзу (рис. 1). Искомое углубление S3–S4 пальпируется на 1,5–2,0 см выше (краниально) по средней линии от крестцово-копчикового сочленения;

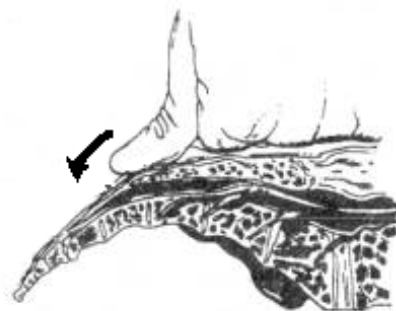


Рис. 1 — Баллотирование копчика

- Введение иглы для сагральной анестезии (J21) строго под прямым углом к поверхности крестца (рис. 2).

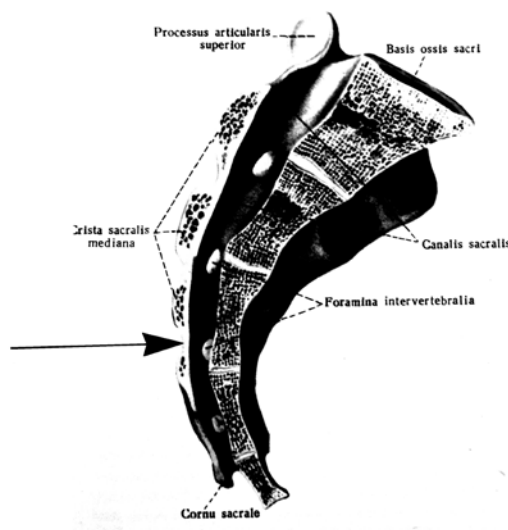


Рис. 2 — Место пункции сагрального пространства

- Идентификация правильного нахождения иглы в сагральном канале: после прокалывания костно-фиброзного сращения S3–S4 ощущается снижение сопротивления продвижению иглы (эффект «провала»).

- Введение 5 мл физиологического раствора через иглу для верификации ее нахождения в сагральном пространстве: пальпаторно определяется, есть ли выбухание кожи над поверхностью крестца или нет, отрицательный результат свидетельствует о правильном нахождении иглы.

- Аспирационная проба на предмет наличия крови или цереброспинальной жидкости для исключения попадания иглы в кровеносный сосуд или пункции твердой мозговой оболочки (проводится несколько раз по ходу введения полной дозы анестетика).

- Введение полной дозы местного анестетика (при получении отрицательных аспирационных проб). Объем вводимого раствора анестетика — 15–20 мл.

- Извлечение пункционной иглы, наложение асептической повязки на место пункции.

Адекватная анальгезия наступает через 10–20 мин после введения полной дозы раствора местного анестетика. Длительность анальгезии составляет 260–340 мин в зависимости от используемого раствора местного анестетика.

Интраоперационно осуществляется контроль витальных функций (АД, ЧСС, ЧД, SpO<sub>2</sub>), уровнем анальгезии.

### **ВОЗМОЖНЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ И ПОБОЧНЫЕ ЭФФЕКТЫ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ САКРАЛЬНОЙ АНЕСТЕЗИИ ПО МОДИФИЦИРОВАННОЙ МЕТОДИКЕ**

Побочные эффекты наблюдаются редко, вероятность их повышается при применении неадекватной (токсической) дозы анестетика и нарушении техники проведения блокады. К ним относят:

- Аллергические реакции на раствор местных анестетиков.
- Внутрисосудистое введение раствора анестетика.
- Повреждение твердой мозговой оболочки.

### **ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ ДЛЯ ПРИМЕНЕНИЯ**

Абсолютные противопоказания:

- инфекционное поражение в крестцово-копчиковой области (место пункции);
- тромбоцитопения менее  $100 \times 10^9 / \text{л}$ ;
- аллергия на местные анестетики, применяемые при регионарной анестезии;
- синдром диссеминированного внутрисосудистого свертывания (ДВС-синдром);
- отказ пациента.

Относительные противопоказания:

- судорожный синдром;
- неврологические заболевания, затрудняющие диагностику наступления признаков сакрального блока и осложнений.