



**Rycina 12-7.** Obraz rezonansu magnetycznego (przekrój poprzeczny) nerwu kulszowego w jego części proksymalnej.

## MOŻLIWE POWIKŁANIA

U chorych, u których blok wykonywany jest z powodu urazu kończyny dolnej, zastosowanie dostępu klasycznego czasami jest bardzo trudne. Wykonana blokada może także długo trwać i należy o tym uprzedzić chorego przed operacją. Chociaż tego nie udowodniono, niektórzy uważają, że zaburzenia czucia po tej blokadzie mogą być częstsze niż w przypadku innych blokad regionalnych. Poruszone powyżej kwestie odnoszą się także do blokady z dostępu przedniego.

## ISTOTNE WSKAZÓWKI

### Dostęp klasyczny

Kluczem do skutecznego wykonania tego bloku jest odpowiednia pozycja pacjenta i systematyczna zmiana kierunku igły, aż uzyska się parestezje.

### Dostęp przedni

Chociaż dostęp przedni jest teoretycznie prosty, to skuteczne znieczulenie tą techniką uzyskują nieco rzadziej niż z dostępu klasycznego. Jednak wraz ze zdobywaniem do-

świadczenia ta różnica powinna być coraz mniej widoczna. Jedna obserwacja może pomóc poprawić skuteczność tego bloku. Należy upewnić się, że kończyna dolna, która ma być blokowana, jest w pozycji neutralnej. Nie wolno jej rotować ani do przyśrodkka, ani na zewnątrz. Ten blok może być przydatny u chorych leżących, z dużym dyskomfortem, u których ułożenie w pozycji do dostępu klasycznego jest niemożliwe.

## Technika blokady pod kontrolą ultrasonograficzną (USG)

Przezpośladkowy dostęp do nerwu kulszowego z wykorzystaniem USG może być bardzo zmienny ze względu na głębokość powodującą znaczne osłabienie sygnału, brak penetracji tkanki i złą jakość obrazu. Dlatego w przypadku blokady części proksymalnej nerwu kulszowego z użyciem USG w większości wykorzystuje się dostępy ultrasonograficzne w okolicy podpośladkowej, w bruzdzie utworzonej przez mięśnie pośladkowe.

### Dostęp podpośladkowy

U chorych w pozycji bocznej lub na brzuchu operator powinien wyczuć bruzdę podpośladkową, aby wyczuć podob-