

Клинический анализ первого наблюдения позволяет оценить его как токсическую нейропатию седалищного нерва и ветвей крестцового сплетения в связи с непосредственным попаданием лекарственного вещества в область нервных структур, выходящих на ягодичную через большое седалищное отверстие. Легкий лимфатический плеоцитоз наводит на мысль о восходящем токсическом процессе с соответствующей реакцией со стороны ликвора.

Во втором и третьем наблюдениях возникали внутримышечные инфильтраты после введения в ягодичную область витаминов группы В (во втором) и фенилбутазона (в третьем). В последующем у этих больных определялся умеренно выраженный синдром поражения седалищного нерва: болезненность в проекции ствола седалищного нерва, гипотрофия или гипотония сгибателей голени, самих мышц голени, снижение ахиллова и подошвенного рефлексов, болевые ощущения и расстройства чувствительности в зоне иннервации больше- и малоберцового нервов. Поражения седалищного нерва в этих двух наблюдениях связаны с инфильтрацией грушевидной мышцы или вблизи нее и, видимо, с последующими реактивными миодистрофическими изменениями в указанной мышце. В связи с этим возникли симптомы вторичного поражения ствола седалищного нерва вследствие ущемления его в щели между увеличенной в объеме грушевидной мышцей и крестцово-остистой связкой (механизм синдрома грушевидной мышцы). О таком механизме говорят как обнаруженные у наших больных характерные проявления синдрома (болезненность грушевидной мышцы, положительный симптом Боннэ — Бобровниковой), так и лечебный эффект новокаинизации мышцы. По-видимому, в генезе поражения седалищного нерва при данном варианте наряду с указанным выше чисто механическим фактором (ущемление ствола нерва) немаловажную роль играют также дисгемические явления в стволе нерва вследствие компрессии его периневральных сосудистых образований.

При данном варианте инъекционного поражения седалищного нерва прогноз благоприятнее, чем при токсической нейропатии тех же структур. Особенно благоприятным он становится в условиях новокаинизации патологически измененной грушевидной мышцы.

Настоящим сообщением мы преследовали цель еще раз обратить внимание практического врача на небезопасность внутримышечной инъекционной терапии.

УДК 615.032.73

Н. И. Пушкарев (Белебей, БАССР). К технике внутримышечных инъекций

Одной из частых причин постинъекционных нагноений является то, что вместо внутримышечных инъекций делают подкожные. Это обусловлено приблизительным, на глаз, определением толщины жирового слоя в конкретном случае.

Хотя местами для внутримышечных впрыскиваний являются верхне-наружный квадрант ягодич, передняя и наружная поверхности бедер, области лопаток, в литературе мы находим описание чаще всего техники инъекций в верхне-наружный квадрант ягодич. При этом большинство авторов указывает неодинаковую глубину вкола, а некоторые обходят этот вопрос молчанием. Так, В. Н. Шевкуненко в двух работах (1935, 1947) рекомендовал разную глубину вкола иглы — от 2 до 4 см и от 3 до 7 см; по Г. Я. Гуревичу-Ильину (1946) иглу следует вкалывать на глубину около 5 см, по В. П. Вознесенскому (1937) — на глубину 4—5 см, по двухтомному терапевтическому справочнику (1951) — на глубину 6—8 см, по Н. В. Ходкову (1956) — на глубину 4—8 см; Г. Бергман (1936) предлагает делать «перпендикулярный вкол в напряженные мышцы»; П. А. Бархаш (1948) и А. Л. Мясников (1952) также не указывают глубину вкола.

Поскольку глубина вкола всегда зависит от расстояния снаружи до мышц, мы решили определять ее по толщине складки мягких тканей. Чтобы выяснить, насколько точен этот способ, мы проверили его на 30 трупах (лиц мужского пола — 23, женского — 7; возраст — от 1 года до 84 лет). Над местом вкола указательным и большим пальцами левой руки зажимали мягкие ткани в складку и сантиметровой линейкой, находившейся в правой руке, измеряли расстояние между кончиками пальцев; затем распускали ткани до подлежащей мышцы и сантиметровой линейкой измеряли толщину кожи с жировым слоем. Как правило, толщина кожи с жировым слоем оказывалась равной расстоянию между кончиками пальцев или несколько меньшей его.

Так, у трупа С., 31 года, при измерении расстояния между кончиками пальцев на передней поверхности бедра оно оказалось равным 2 см, а толщина кожи с жировым слоем составила 1,8 см; на латеральной поверхности бедра эти величины были равны соответственно 2 и 1,8 см, в верхне-наружном квадранте ягодичи — 3 и 2,6 см, в области лопатки — 1,5 и 1,3 см.

Чтобы гарантировать впрыскивание в толщу подлежащих мышц, надо к расстоянию между пальцами прибавить 1,5 см. Для каждого больного глубина вкола индивидуальна. Всего нами проведено 300 измерений в местах внутримышечных инъекций и перед прямой мышцей живота на уровне пупка.

Аналогичные измерения, выполненные у ряда больных во время операций, дали тот же результат. Следовательно, способ прост и надежен.