

Выводы, которые мы можем сделать на основании разбора своих случаев, следующие: 1) согласно анатомо-физиологических и клинических данных у рабочих металлистов Заднепровья наблюдались не *tendovaginit'ы* а *paratenonit'ы crepitans*;

2) *paratenonitis crepitans* присущ всем тем профессиям, при которых возможно применение быстрых, однородных и однообразных трудовых движений;

3) замечается большая склонность к данному заболеванию у новичков и у рабочих со стажем после перерыва;

4) правая половина тела поражается чаще левой, разгибатели чаще сгибателей;

Эти выводы позволяют наметить и некоторые профилактические мероприятия: а) более культурное и рациональное ведение условий труда пользуясь и применяя различные технические приспособления; б) не допускать сдельщины в однообразной продолжительной работе, особенно для новичков и вернувшихся из отпуска, для которых ввести постепенное увеличение норм выработки; в) борьба с социальным злом—ревматизмом, принимающим участие в этиологии *paratenonitis crepitans*.

В заключение считаю приятным для себя долгом искренно поблагодарить врачей Е. А. Павловского, К. М. Лядского, Е. Г. Лубенского и С. Старцеву за содействие в сборании материала.

Литература. 1. E. Sattler. Arch. f. klin. Chir., Bd. 123, 1923.—2. Frisch Ibid. Bd. 89, 1909.—3. Hauck. Ibid. Bd. 128, 1924.—4. Hauck. Ibid. Bd. 138, 1925.—5. Zollinger. Ref. Ort. и травм. № 5—6, 1927 г.—6. Мангейм и Цыпкин. Белорусск. мед. мысль, № 2—3, 1924 г.—7. А. Я. Шнее. Московск. мед. журн. № 6, 1924.—8. А. И. Оболенская и И. А. Голяницкий. Нов. хир. № 1, 1927 г.—9. З. Израильсон. Гигиена труда, № 5, 1927 г.—10. Н. Д. Коншин. Нов. хир. № 5, 1927 г.—11. Н. К. Сопнин. Руководство по топографической анатомии.

Из Факультетской хирургической клиники Каз. у-нта (Директор—проф. А. В. Вишневецкий).

Местная инфльтрационная анестезия при операциях удаления фибром основания черепа.

И. В. Домрачева.

(С 2 рис.).

Опухоли носоглоточного пространства (фибромы основания черепа) вследствие своего положения, недостаточности путей для доступа к ним и сильных кровотечений при их удалении в оперативном отношении до сих пор считаются сложными и трудными. Предложен целый ряд способов их удаления с предварительными операциями для доступа к ним. В настоящем сообщении я не буду вдаваться в рассмотрение и оценку всех этих способов, ибо они общеизвестны. Укажу только, что в борьбе с кровотечениями хирурги не останавливались даже перед такой героической мерой, как перевязка сонных артерий. Кроме предварительных способов остановки кровотечения, некоторые авторы предлагают различные способы остановки кровотечения в момент самой операции после отсечения ножки. Проф. Разумовский просто предлагает прижимать

кровоотчащее место пальцем, проф. Никольский рекомендует аутоампонаду самой опухоли и т. п. Из этого видно, как трудно бороться с кровотечениями в момент самой операции.

Выбор наркоза также имеет громадное значение на исход операции при фибромах основания черепа. Большинство авторов высказывается за то, что обескровливание еще не так страшно и с ним можно бороться, но с упадком сердечной деятельности у таких больных бороться очень трудно тем более, что у больных с полипами основания черепа сердце представляется измененным на почве продолжительного кислородного голодания вследствие длительного отсутствия носового дыхания и вследствие повторных кровотечений. Отсюда понятно, что общий наркоз при операциях полипов основания черепа было бы весьма желательным устранить и заменить его местной анестезией, когда у больного сохраняются рефлексы и он в состоянии будет отплевывать кровь, которая может затечь в дыхательные пути. Это обстоятельство имеет огромное значение для всего акта операции. Далее, используя в данном случае метод инфильтрационной анестезии, мы имеем возможность, вводя раствор с адреналином прямо в основание опухоли, ограничить в значительной степени и само кровотечение. Вот почему в представившемся нам случае мы и применили инфильтрационную анестезию в комбинации с коротким блоком, по методу проф. А. В. Вишневецкого, у одного больного для удаления фибромы основания черепа. Отметим, кстати, что Никольским была применена у 12 больных в таких случаях местная анестезия при помощи смазывания крепким раствором кокаина и, несмотря на наличие не меньшего кровотечения, он не потерял ни одного больного.

Применив способ местной инфильтрационной анестезии $1/4\%$ раствором повосаин'а с прибавлением 4 капель на 100 адреналина, нам удалось не только избежать вредного действия общего наркоза, но и действительно в значительной мере уменьшить потерю крови.

Принимая во внимание сложную иннервацию носоглотки, для местной анестезии ее мы пользовались следующим методом. В положении головы больного по Rose предварительно анестезирующий раствор впрыскивается в fossa sphenopalatina с той и другой стороны; для этого длинная игла сантиметра на 4 вводится непосредственно от середины нижнего края скуловой кости в направлении снаружи кнутри. Впрыскивается по 25 кубиков $1/4\%$ раствора с каждой стороны. При этом анестезируются чувствительные ветви, выходящие из ganglion sphenopalatinum. Затем анестезируется 20% раствором кокаина слизистая носа и, если нужно, резецируется нижняя раковина. Длинная игла, как показано на рис. 1, через носовой ход вводится в верхнюю часть основания опухоли и впрыскивается до 20 куб. с. раствора, образуя значительный инфильтрат сверху. Затем этой же иглой через рот прокалывается мягкое небо или, если нужно, истонченное твердое, вводится отсюда в опухоль до 30 куб. с. раствора (см. рис. 1). Таким образом вся опухоль инфильтрируется.

Удаление опухоли (проф. А. В. Вишневецким) было произведено со стороны полости рта. Кривыми прочными ножницами, введенными через нос, оператор действует сначала как распатором, отделяя опухоль сверху, потом заведя палец левой руки за мягкое небо сильно его оттягивает книзу и кпереди (рис. 2). Теми же куперовскими ножницами,

введенными через рот, оператор срезает опухоль со своего основания и быстро удаляет щипцами. Кровотечение поразительно мало, так что последующая тампонада носоглотки прошла совершенно спокойно. Кроме неприятного отхаркивания крови и рвоты поступающего из инфильтрата, больной не испытывает никаких ощущений.

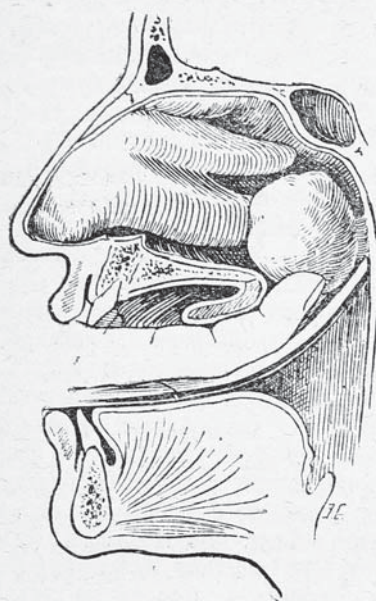


Рис. 1.

Привожу краткую историю болезни нашего больного. Больной Н. Б., 18 лет, поступил в клинику с жалобами на затруднительное дыхание через нос, затруднительное глотание пищи и на гнусавость голоса. Считает себя больным год и отмечает, что за это время были довольно частые головные боли.

При объективном осмотре пульс 92 в минуту, границы сердца в норме, тоны чистые, со стороны органов дыхания и пищеварения ничего патологического не обнаружено. Рот всегда полуоткрыт. Слизистая рта бледно-розового цвета. Мягкое небо с языком отдалено несколько книзу каким-то телом, свисающим в зев из верхнего отдела носоглотки. При прощупывании пальцем, заведенным за мягкое небо, тело довольно плотное, почти хрящевой консистенции на широкой ножке, уходящей к верхнему отделу носоглотки. Полость носа свободна от каких-либо новообразований.

25/XI—27 г. операция под местной инфильтрационной анестезией. Задняя тампонада на 48 час. По удалении тампонады послеоперационное течение гладкое.

Микроскопическая картина: на срезе опухоль покрыта слизистой оболочкой носоглотки, состоящей из хорошо выраженного многослойного эпителия и соединительной ткани, бедной сосудами. Глубже опухоль во всей своей массе состоит из волокнистых соединительно-тканых волокон, протекающих в различных направлениях, оплетая различные по величине и форме лакуны. Последние представляют собой расширенные лимфатические полости, покрытые эндотелием. Опухоль бедна кровеносными сосудами. Местами соединительная ткань значительно уплотнена (неясно выраженное волнистое направление волокон), местами сла более рыхла и содержит в значительном количестве фибробласты (фиброма лимфангиэктатическая).

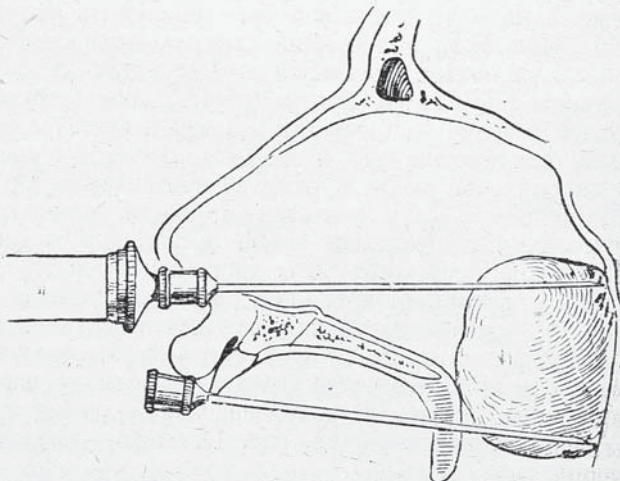


Рис. 2.