

Большая резь при мочеиспускании. Блефароконъюнктивит после закапывания в глаза кортизона значительно уменьшился, но незначительная гиперемия остается.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Василевский М. Э. и Ржевский А. В. Клин. мед., 1959, 5. —
2. Ильин И. И. Вестн. дерматол. и венерол., 1959, 1. — 3. Он же. Сов. мед., 1959, 10. — 4. Калгин В. К. и Фишзон-Рысс Ю. И. Сов. мед., 1959, 2. — 5. Коржукова П. И. Клин. мед., 1958, 3. — 6. Кричевский А. М. и соавторы. Вестн. дерматол. и венерол., 1954, 4. — 7. Кушелевский Б. П. В кн.: «Инфекционные заболевания суставов», 1945. — 8. Тареев Е. М. Сов. мед., 1953, 6.

Поступила 29 декабря 1959 г.

## СОЧЕТАНИЕ СИНДРОМА ИЦЕНКО — КУШИНГА, ВЫЗВАННОГО АДЕНОКАРЦИНОМОЙ ДОБАВОЧНОГО НАДПОЧЕЧНИКА, И РАКА ГРУДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

*Г. С. Зефирова*

Из кафедры эндокринологии (зав. — проф. Н. А. Шерешевский) ЦИУ, на базе клинической ордена Ленина больницы им. С. П. Боткина (главврач — проф. А. Н. Шабанов)

Со времени описания Иценко и Кушингом нового синдрома, связанного с поражением диэнцефальной области или базофильной аденомой гипофиза, опубликовано много случаев аналогичного синдрома, вызванного аденомой, исходящей из эозинофильных или главных клеток гипофиза, аденомой, аденокарциномой или гиперплазией коры надпочечников.

Приводим историю болезни б-ной с синдромом Иценко — Кушинга в сочетании с раком грудной железы.

Б-ная Г., 52 лет, поступила в декабре 1955 г. с жалобами на одутловатость лица, жажду, общую слабость, боли в ногах и пояснице.

В 1952 г. отметила появление участка уплотнения в правой грудной железе. Удаленный узел оказался фибромой. В 1955 г., в связи с обнаруженным уплотнением ткани в левой грудной железе, произведена эктомия грудной железы с удалением регионарных лимфатических узлов. Гистологически на фоне железисто-фиброзно-кистозной мастопатии обнаружена картина мелкопузырчатого скirroзного рака с выраженной клеточной анаплазией. В клетчатке и лимфоузлах подмышечной области метастазы аденогенного и солидного рака со слабо развитой стромой.

В течение двух месяцев самочувствие б-ной оставалось удовлетворительным. В августе 1955 г. появились общая слабость, жажда, округление лица, сухость кожи, боли в пояснице и спине.

Повышение АД впервые отмечено в 1952 г.

Округление лица, так называемый «матронизм», лицо несколько гиперемировано, с избыточным ростом пушковых волос на щеках и подбородке. Ожирение туловища с преимущественным отложением жира на груди и животе.

Волосы на голове салные, редкие. Конъюктива глаз отечна, местами отслоена с образованием водянистых пузырей. Кожа туловища сухая, с участками угревидной сыпи на плечах и груди. На бедрах атрофичные стрии багрового цвета. Голени пастозны. Мышечная сила снижена, особенно в ногах.

Рентгенологически трубчатые кости без изменений, турецкое седло в пределах нормы. В позвонках отмечен легкий остеопороз.

Со стороны органов дыхания никаких жалоб не предъявляла. Рентгенологически определялись метастазы злокачественной опухоли в обоих легких.

Граница сердца несколько увеличена влево, тоны звучные, систолический шум у верхушки, акцент 2-го тона над аортой. АД — в пределах 175/110—150/90. Пульс 120, ритмичный.

Во время пребывания в больнице отеки постепенно нарастали, несмотря на применение кардиальной терапии.

Со стороны органов пищеварения обращало на себя внимание снижение аппетита. Край печени пальпировался у реберного края.

При рентгеноскопии желудочно-кишечного тракта получены указания на смещенные петли двенадцатиперстной кишки вниз.

Сахар крови во время пребывания в стационаре колебался в пределах 219—303 мг%. Суточное выделение сахара с мочой составляло 120,0, а после применения 72 ед. инсулина в день — 28,0.

Выделение 17-кетостероидов колебалось от 51 до 15 мг за сутки. Холестерин крови — 250 мг%. Нв — 63%, Э. — 3 580 000, Л. — 9 500, РОЭ — 15 мм/час. Уд. вес мочи — 1015, белок — 0,03‰.

Состояние быстро ухудшалось, что было обусловлено явлениями присоединившегося перитонита, который и послужил причиной смерти.

На секции — аденокарцинома добавочного надпочечника с гематогенными метастазами в легкие, атрофия коры обоих надпочечников, поджелудочная железа склерозирована, с множественными жировыми некрозами, щитовидная железа и яичники атрофичны, в парашитовидных железах — умеренная гиперплазия.

Обращал на себя внимание выраженный остеопороз плоских и трубчатых костей. В кишечнике картина фибринозно-язвенного колита с микроперфорацией отдельных язв.

Особенность представленного случая — в сравнительно редком сочетании рака грудной железы и синдрома Иценко — Кушинга, обусловленного аденокарциномой добавочного надпочечника.

Данное наблюдение заслуживает внимания и как пример первично-множественных злокачественных опухолей.

Поступила 23 октября 1959 г.

## ПОДВИСОЧНАЯ ТРИГЕМИНО-СИМПАТИЧЕСКАЯ НОВОКАИНОВАЯ БЛОКАДА

*Проф. М. П. Жаков*

Из челюстно-лицевого отделения госпитальной хирургической клиники  
Ивановского медицинского института

Подвисочная тригеминно-симпатическая новокаиновая блокада разработана автором и введена в практику в 1953 г. Ее лечебное значение основано на воздействии 0,25% раствора новокаина на верхнечелюстной и нижнечелюстной нервы (вторая и третья ветви тройничного нерва) с их разветвлениями и другие нервные образования, расположенные в подвисочной и крылонёбной ямках.

Блокада производится в положении больного лежа на перевязочном столе или сидя в кресле или стуле с подголовником.

Раствор вводится в клетчатку подвисочной и крылонёбной ямок через полулунную вырезку ветви нижней челюсти.

Место вкола иглы у взрослых определяется по нижнему краю скуловой дуги на расстоянии в пределах 2,5 см от свободного края козелка ушной раковины. Игла вводится на глубину 3,5—3,75 см, через нее шприцем подается 10—20 мл раствора новокаина.

При острых заболеваниях блокада может быть повторена на следующий день, а иногда и третий раз через день после второй. При подострых или хронических формах заболевания интервалы между повторными блокадами увеличиваются до 3—6 дней, а количество блокад до 8—10.

На 600 блокад, произведенных нами и нашими сотрудниками за истекшее время, никаких осложнений не наблюдалось. При правильном выполнении блокада является вполне безопасным мероприятием.

Блокада применялась при окологлазничных флегмонах подчелюстной, подподбородочной и подъязычной областей в стадии серозного воспаления; острых и подострых лимфаденитах в тех же областях; стоматитах, гингивитах, глосситах; воспалениях мягких тканей в области восьмых зубов («перикоронариты»); воспалениях тканей лунки зуба после его удаления («луночковые боли»); острых и подострых тонзиллитах; острых невралгических болях ветвей челюстных нервов (гриппозные невралгии); фурункулах и карбункулах верхней губы и лица; ожогах слизистой полости рта.

Наш многолетний опыт лечения тригеминно-симпатической блокадой дает право рекомендовать ее для широкого внедрения в практику.

Поступила 24 июля 1958 г.