

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.