

Къ вопросу о радикальномъ излеченіи острой Эмпіемы Гайморовой полости при операціи по способу Cooper'a.

М. М. Красина.

Разъ установлено, что у больного имѣется острое гвойное воспаление *Sinus maxillaris* (*Antrum Highmori*). Необходимо немедленно опорожнить отъ гноя больную полость; необходимо вскрыть этотъ нарывъ, заключенный между костными стѣнками; потому что: I) гной всосаться не можетъ, II) надо облегчить по-
часту невыносимыя страданія больного и III) что бываетъ сравни-
тельно рѣдко,—къ немедленному вскрытію Гайморовой полости при
острой ея эмпіемы могутъ быть и жизненные показанія,
(начинающіяся явленія піеміи и т. п.

Изъ аномаліи извѣстно, что *Sinus maxillaris* S. *Antrum Highmori* находится въ толщѣ верхней челюсти и представляетъ полость неправильно треугольной формы, вершинной обращенной книзу, а основаніемъ вверхъ. Стѣнки этой полости слѣдующія: передняя—пластина вѣрхней челюсти, задняя—бугоръ челюсти, эта стѣнка, частью, служитъ и наружной стѣнкой; внутренняя стѣнка ограничивается носовыми костями; верхняя стѣнка—нижняя поверхность глазницы и, наконецъ, нижняя—альвеолярный отростокъ нижней челюсти.

Нужно замѣтить, что эти стѣнки не одинаковой толщины: самая тонкая это передняя стѣнка у внутреннего угла глаза, за ней—внутренняя, а самая толстая задняя (бугоръ верхней челюсти) ¹⁾.

¹⁾ Zuckerkandl. Normale und pathologische Anatomie der Nasenhöhle und ihrer pneumatischen Anhangе. Wien. 1882.

Итакъ, Sinus maxillaris—полость окруженная со всѣхъ сторонъ неуступчивыми костными стѣнками, но она не замкнута наглухо: на ея внутренней стѣнкѣ, приблизительно на $\frac{2}{3}$ высоты находится отверстіе (hiatus semilunaris) ведущее въ носовую полость и открывающееся подъ средней носовой раковиной (въ среднемъ носовомъ проходѣ). Здѣсь же иногда бываетъ (подъ hiatus Semilunaris) второе, добавочное отверстіе ведущее такъ же въ полость носа.

Альвеолярной отростокъ верхней челюсти составляетъ, какъ было сказано, нижнюю стѣнку полости и заключаетъ въ себѣ зубы, корни которыхъ (особенно I, II мал. кор. зуб. и I больш. кор. зубъ) имѣютъ различное отношеніе къ Гайморовой полости. Въ однихъ случаяхъ корни зубовъ такъ слабо развиты, что едва вдаются въ Гайморову полость и въ такихъ случаяхъ полость со стороны зубовъ является совершенно изолированной, такъ какъ корни зубовъ отдѣлены отъ нея костной пластинкой нижней стѣнки, но бываютъ случаи, что корни зубовъ, одѣтые только надкостницей, свободно вдаются въ Гайморову полость и непосредственно покрываются ея слизистой оболочкой; въ такихъ случаяхъ обособленности полости со стороны зубовъ нѣтъ. Zuckerkandl ставитъ развитіе корней зубовъ въ зависимость отъ развитія альвеолярнаго отростка; онъ говоритъ, что альвеолярный отростокъ иногда такъ развитъ, что корни зубовъ благодаря его толщинѣ едва могутъ вдаваться въ Гайморову полость.—Едвали это вѣрно: не думая отрицать связи въ развитіи зубовъ и альвеолярнаго отростка, скажу только, что толщина альвеолярнаго отростка тутъ не причемъ, такъ какъ развитіе зубныхъ корней отъ него не зависитъ,—и длинные корни не указываютъ еще на сильно развитой альвеолярный отростокъ, что имѣетъ нѣкоторое практическое отношеніе къ производству операціи.

Какъ было уже указано естественное отверстіе Гайморовой полости расположено крайне невыгодно (приблизительно на $\frac{2}{3}$ высоты отъ дна полости), поэтому пользоваться имъ для выведенія гноя неудобно а иногда и прямо невозможно: I) очень трудно найти hiatus Semilunaris среди набухшихъ воспаленныхъ тканей; II) черезъ hiatus Semilunaris можетъ быть опорожнена не вся полость и гной можетъ остаться на днѣ и III) если гной очень густой, тягучій, то онъ черезъ это отверстіе, не смотря на всякіе аппараты, можетъ совсѣмъ не выдѣлиться.

Такой оперативный приемъ рекомендуемый М. Schmidt'омъ можно оставить только для пробнаго прокола, какъ вспомогательное діагностическое средство.

¹⁾ Hajek. Pathologi. und Therapie der entzündlichen Erkrankungen der Nebenhöhlen der Nase. Wien. 1899. S. 91.

Перфорация полости въ области fossa canina предложенная впервые Zamosiere, а позднѣе Desault была вновь введена въ практику Küster'омъ ²⁾, Zuc'омъ ³⁾ имѣеть за собой тотъ существенный недостатокъ, что перфорационное отверстіе не придется по анатомическимъ даннымъ на днѣ Гайморовой полости (на самомъ глубокомъ ея мѣстѣ) и слѣдовательно свободнаго стока для гноя обезпечено не будетъ. Кромѣ того при этомъ способѣ приходится отдѣлять отъ fossa canina мягкія ткани, костная стѣнка полости здѣсь довольно толстая, всѣмъ этимъ больному наносится значительная травма.

Еще въ 1698 году Соорег предложилъ вскрывать Гайморову полость снизу, черезъ луночку выдернутаго зуба ⁴⁾; Ziem лично оперировалъ по способу Соорега 293 раза (См. Berlin. Clin. Wochenschr. 1889 № 11 S. 235).

Имѣя всего только 1 случай острой эмпиемы Гайморовой полости, оперированный Проф. В. И. Разумовскимъ, но прослѣженный мной и лично на себѣ въ теченіи болѣе чѣмъ 9 лѣтъ, безъ всякихъ осложнений, я имѣлъ нѣкоторое право считать сп. Соорега въ самомъ простѣйшемъ его видѣ лучшимъ изъ всѣхъ предложенныхъ и даже предлагаемыхъ модификацій сп. Соорега, какъ, напримѣръ, модификація того-же Ziem'a, который совѣтуетъ дѣлать посредствомъ „борей“ и (Bohrmaschine) бормашины отверстіи въ Гайморову полость въ промежуткѣ между обоими малыми коренными зубами ⁵⁾.

Острую эмпиему лѣвой Гайморовой полости мнѣ пришлось перенести самому въ октябрѣ 1895 года, когда и была произведена мнѣ операція по сп. Соорега проф. В. И. Разумовскимъ и его ассистентомъ д-ромъ В. К. Линдебергомъ.

Исторія болѣзни слѣдующая: болѣзнь началась со 2-го мал. кор. зуба съ лѣвой стороны; въ которомъ около года до настоящаго заболѣванія былъ мышьяковистой пастой девителлизирована пульпа; зубъ запломбированъ не былъ, и нисколько не беспокоилъ до конца октября 1895 года, когда довольно внезапно въ немъ, а главное въ окружающихъ его частяхъ—т. е. въ надкостницѣ, развились—настолько сильныя боли, что онъ немедленно былъ извлеченъ по моей просьбѣ д-ромъ О. Л. Островскимъ. Послѣ экстракціи зуба никакого улучшенія не наступило, а боли въ челюсти его усилились характерной ихъ иррадіаціей до

²⁾ Hajek. Op. cit S. 107.

³⁾ Duploy et Reclus. Trait de Chir. I. IV p. 732.

⁴⁾ Annal. des maladies de l'oreille. etc. T. XXVI № 5. p. 461.

⁵⁾ Burger. Das Empyem der Hyghmorshöhle. S. 163.

того, что ихъ едва можно было выносить; t° повышалась до 40°C. , по вечерамъ изъ носа слышался характерный запахъ „гниющей селедки“ „селедочныя молоки“ („Heringsslake“—по Burger'у), а кромѣ того немного припухъ и сталъ очень болѣзненъ суставъ между 1 и 2 фалангой мизинца на лѣвой рукѣ. Болѣзненность сустава была настолько рѣзкая, что палецъ почти совершенно не могъ сгибаться; кожа надъ суставами была горяча, t° сустава была повышена. Лихорадка была очень характерна для пѣмѣи съ утренними паденія t° ниже нормальной, обильными потоми и сильной слабостью. Кромѣ того изъ носа при сморканіи иногда къ слизи примѣшивался какъ будто гной, но характернаго истеченія гноя не было. Я обратился за помощью къ проф. В. И. Разумовскому, будучи вполне увѣреннымъ въ острой эмпіемѣ Гайморовой полости и тотъ немедленно произвелъ мнѣ операцію по сп. Соорег'а (черезъ луночку 2 м. кор. выдернутаго зуба).

Далѣйшее наблюденіе и леченіе явель самъ и позволю себѣ сообщить здѣсь нѣсколько практическихъ замѣчаній.

По вскрытіи Гайморовой полости по сп. Соорег'а черезъ луночку удаленнаго зуба туда вводятъ очень осторожно, во избѣжаніе лишнихъ болей, изогнутый на концѣ дугой серебряный катетеръ, предварительно согрѣтый и затѣмъ промываютъ полость лучше всего теплымъ физиологическимъ растворомъ поваренной соли, — лучше всего сразу до чиста, чтобы вытекающая черезъ носъ жидкость была совершенно прозрачна и не содержала бы даже маленькихъ комочковъ слизи и гноя.

Интеллигентнымъ больнымъ лучше самимъ поручить вводить въ Гаймарову полость катетеръ, такъ какъ больные сами, быстро приспособляясь, болѣе осторожно и съ гораздо меньшей болью, легко могутъ продѣлать этотъ пріемъ.

Самъ больной совершенно ясно можетъ чувствовать, какъ конецъ катетера упирается въ проливуположную стѣнку полости; тогда нужно посовѣтовать ему, прежде чѣмъ начать промыванье полости, повернуть осторожно и нѣсколько разъ катетеръ вокругъ его оси, чтобы убѣдиться, что конецъ катетера находится въ срединѣ полости, такъ какъ двигается совершенно свободно и тогда уже приступать къ промыванью.

Эти движенія катетеромъ совершенно безболезненны, когда ихъ дѣлаетъ самъ больной, но въ общемъ вся процедура промыванья полости, особенно въ теченіи первыхъ 2-хъ недѣль операціи, крайне болѣзненна а дѣлать ее приходится на мѣнѣ 2—3 разъ въ день.

Если во время промыванья полости та болѣзненность, которая необходима должна быть, еще болѣе усиливается, то это зависитъ отъ того, что *hiatus semilunaris* залѣпляется кусочками

слизи и гноя и промывная жидкость не имѣть свободнаго стока наружу. Въ такомъ случаѣ, какъ это и ни больно, а приходится увеличить, усилить давленіе жидкости, поднявши выше воронку или кружку, кромѣ того, положивши рукавъ ирригатора на ладонь, нужно сжимать его рукой, чтобы вызвать толчкообразное движеніе въ жидкость. Когда вытекающая черезъ носъ жидкость станетъ совершенно прозрачной, то недостаточно только прекратить промыванье и считать, что дѣло кончено. Необходимо чтобы въ Гайморовой полости не осталось жидкости, а потому надо какъ-нибудь вывести эту неизбѣжно остающуюся часть промывной жидкости. Сдѣлать это очень просто можетъ самъ больной: вынувши катетеръ изъ полости послѣ промыванья, онъ снова вводитъ его осторожно въ полость, не доводя до противоположной стѣнки, и оставшаяся жидкость стеклетъ черезъ него верѣдко въ количествѣ 1 чайной ложки. Если не принять этой предосторожности, то какъ показалъ опытъ, послѣ промыванья не смотря на то, что черезъ носъ выдѣлилась совершенно свѣтлая, чистая жидкость, боль при Гаймаритѣ не только не ослабѣвала, но такъ усиливалась, что больному было гораздо хуже, чѣмъ до промыванья; можно сдѣлать еще промыванье, еще повторить, но легче не будетъ, особенно, если въ полости довольно много осталось промывной жидкости. Кромѣ того промывная жидкость очень быстро пріобрѣтаетъ специфическій, вонючій запахъ, быстро загниваетъ въ больной полости и такимъ образомъ благодаря раздраженію многочисленныхъ нервныхъ вѣточекъ заложенныхъ въ слизистой оболочной полости, боль можетъ слѣдствовать невыносимой. Никакія наркотическія тутъ не помогутъ, а нужно удалить изъ полости остатокъ промывной жидкости и кромѣ того заставить больного нѣсколько разъ высморкаться и присасывать въ ротъ остатки жидкости изъ Гайморовой полости, причемъ носъ нужно зажать пальцами; этотъ пріемъ вѣрно ведетъ къ цѣли и боль очень часто послѣ того промыванья почти мгновенно прекращается; ротъ послѣ можно прополоскать какимъ нибудь дезинфицирующимъ растворомъ.

Какъ долго нужно дѣлать промыванье при острыхъ гайморитахъ, промывая ежедневно 2—3 раза въ день? Не менѣе 4—6 недѣль, такъ какъ въ промывной жидкости за это время все еще можно замѣтить примѣсь гноя.

Теперь является вопросъ, что же дѣлать, когда нагноеніе повидимому совершенно прекратилось; жидкость стала выдѣляться чистая, безъ примѣси гноя, боли исчезли и самочувствіе больного очень хорошее? Этотъ вопросъ обыкновенно рѣшается такъ:—больному предлагаютъ носить предохранительную трубку, сдѣланную изъ золота въ видѣ маленькой гильзы съ отверстіями и щиткомъ, который долженъ хорошо приходить, быть пригнаннымъ

къ трепанаціонному отверстию между зубами и который обыкновенно укрѣпляется здѣсь посредствомъ колецъ или золотыхъ кламмеровъ на зубы, такую трубку легко сдѣлаетъ по указаніямъ всякій золотыхъ дѣлъ мастеръ. Эта трубка предназначена, какъ извѣстно, для того, чтобы въ случаѣ рецидива болѣзни легко можно былобы черезъ свободное (не заросшее) трепанаціонное отверстіе снова начать леченіе.

Не стану особенно указывать, такъ какъ всякому ясно, что носить всю дальнѣйшую жизнь такой протезъ крайне тягостно и непріятно, а кромѣ того каждый день его нужно вынимать, очищать отъ слизи, вновь вставлять и т. д.... Далеко не всякій станетъ дѣлать это тщательно, аккуратно, и я знаю случаи, гдѣ даже интеллигентные больные по небрежности (или случайно) теряя такіе трубки, замѣняли ихъ каучуковыми, приспособляя ихъ какъ умѣли.—Трудно, не видя, представить себѣ, что представляетъ ротъ такихъ пациентовъ: спереди видѣнь рядъ довольно хорошихъ и правильныхъ зубовъ, а сбоку, если отвести въ сторону щеку, виденъ конецъ старой, грязной трубки (я видѣлъ, что носятъ и двѣ, чтобы вѣроятно отверстіе въ полость было шире), изъ отверстія которой выдѣляется слизисто-гнойная жидкость.

Я знаю, наконецъ, что даже тѣ, кто крайне внимательно относится къ себѣ и тѣ крайне тяготея ношеніемъ даже артистически сдѣланныхъ такихъ предохранительныхъ трубокъ.

Въ случаяхъ острыхъ, съ характернымъ бурнымъ началомъ болѣзни, нужно черезъ 4—6 недѣль послѣ операціи прекратить промыванье и пусть трепанаціонное отверстіе свободно зарастаетъ; пусть получится *Restitutio ad integrum*.

Бояться рецидивовъ не стоитъ, такъ какъ въ такихъ случаяхъ всегда особенно въ первые 1—2 года послѣ операціи, легко можно путемъ одного только присасыванія удалить тотъ маленькій секретъ, который можетъ скопиться въ полости и вызвать боль и небольшое обострѣніе еще можетъ быть не вполне закончившагося процесса.
