

К вопросу о первичном шве после антротомии¹⁾.

Ассистента Б. Н. Лебедевского.

Смысл оперативных вмешательств на сосцевидном отростке—удалить патологические изменения ткани. В результате этого образуется большая костная полость, сообщающаяся, с одной стороны, с внешним миром через операционное отверстие, а с другой—имеющая близкую связь с инфицированной полостью среднего уха. Как благоприятный результат операции мы стремимся получить излечение основного страдания—прекращение гноетечения—и хорошее, возможно быстрое, заживление раны; кроме того, больного интересует возможность вернуть потерянный или сохранить оставшийся слух. Для достижения наилучшего эффекта имеет значение как техника оперирования, так и последовательное лечение трепанационной раны. Опыт показывает, что этот последний момент небезразличен для исхода операции.

Большинство отохирургов, считая послеоперационную рану сосцевидного отростка заведомо инфицированной, проводят послеоперационный период по обще-хирургическим методам лечения инфицированных ран, т. е. оставляют рану открытой, ожидая выполнения ее грануляциями и заживления вторичным натяжением. Такой метод лечения требует продолжительного времени—несколько недель или даже месяцев, и сопровождается частыми и мучительными для больного перевязками. Конечные же результаты не всегда окупают перенесенных больным страданий, т. к. или получаются незаживающие свищи, или рана заживает втянутым рубцом, оставляющим желать многого в косметическом отношении.

Неприятности, сопровождающие лечение послетрепанационных ран, давно заставляли отохирургов искать новых путей в уходе за этими ранами и применять противоречащее, на первый взгляд, основным принципам хирургических методов лечения зашивание этих ран наглухо или их частичное зашивание.

По почину Walb'a, сообщившего о результатах подобного лечения на съезде в Бонне в 1894 году, первичный шов после антротомии применялся с изменчивым успехом целым рядом авторов. Основной предпосылкой к наложению первичного шва явилось положение, что в результате оперативных вмешательств сила инфекции является ослабленной, и дело самого организма справиться с остатками инфекционного начала.

Piffel имел хорошее и быстрое заживление раны при почти полном зашивании своего Т-образного разреза. Leichenring, Heine, Denker, на основании собственного опыта, относятся отрицательно к первич-

¹⁾ Доложено на I краев. съезде ото-рино-ларингологов на Сев. Кавказе. Ростов н/Д, 19 июня 1928 г.

ному шву. Большое число авторов считают его показанным, но не во всех без исключения случаях, а при определенных показаниях. Так, Bondy считает противопоказанием к первичному шву случаи сильно лихорадящие, случаи, подвергающиеся оперативному лечению скоро после начала заболевания, случаи с лабиринтными явлениями, а также случаи, обусловленные капсульными кокками. Voss, Fleischmann также предостерегают от применения первичного шва при strept. mucosus, причем первый видел при этом методе послеоперационного лечения последовательные флегмоны. Reinking считает неприменимым первичный шов у туберкулезных, озенозных больных или при хронических воспалительных процессах в носу, а также при субпериостальных абсцессах и при ранних мастоидитах. Beyer считает, что наибольшая частота неуспешности шва отмечается у детей, частых носителей заболеваний носа и носоглотки. По Beck'у „возраст“ отитов имеет большое значение: чем моложе процесс, тем хуже он поддается заживлению при первичном шве.

Если рядом авторов и были отмечены противопоказания к закрытому методу лечения, то все же было указано, что в удачных случаях послеоперационный период укорачивается до 2—2,5 недель безболезненного лечения, результатом коего является получение хорошего солидного линейного рубца и сбережение перевязочного материала (Reinking).

Заманчивые перспективы первичного шва заставили некоторых исследователей модифицировать методику шва с целью снизить % неуспешных случаев. Из этих модификаций необходимо отметить частичное зашивание раны (Piffel, Uffenorde, Leichsenring и Beck, Beyer), а также предложенное Mygind последовательное зашивание раны.

Американские хирурги, независимо от своих европейских коллег, разработали свой метод лечения послеоперационных ран с применением первичного шва. Blake, воспользовавшись опытом Schede на трубчатых костях, применил метод „излечения под кровяным сгустком“—зашивание раны после наполнения ее кровью из кожных сосудов—и получил 50% успешных случаев. Другие авторы применяли этот способ с худшими результатами, и он не получил широкого распространения, несмотря на авторитет Bier'a, результаты опытов которого подтверждают правильность метода Blake.

Если в результате оперативных вмешательств сила инфекции ослабляется, то естественно предложение ослабить и остатки инфекции применением дезинфицирующих веществ. Fleischmann применил первичный шов после предварительной дезинфекции дериватами хинина (растворы эукупина, вуцина и вуцин-желатины). В 1920 г. он опубликовал свой способ с 76% быстрого хорошего заживления (выводы сделаны, правда, на основании 12-ти лишь случаев). Morison покрывает раневую поверхность висмут-иодоформ-парафинной пастой и получает хорошие результаты. Фельдман, воспользовавшись этим методом, высказывает ему сочувствие. Müller, заполняя рану трипафлавин-желатиной, получил 17 удачных случаев из 23-х. Bergren и Nühsmann применили раствор Каррель-Дакена, пропитывая им марлевый тампон, сменяемый каждые 3 часа. По очистке раны накладывался шов. Метод дает хороший результат, но наблюдения касаются лишь 6 случаев.

Если при этих методах дезинфекция раны и достигается, то в дальнейшем, при новом поступлении инфекционного начала из барабанной

полости, возможно снова заражение раны, заставляющее снимать через несколько дней первично наложенный шов и тем считать случай неудачным. Защита трепанационной раны от инфицированной барабанной полости поэтому чрезвычайно желательна, тем более, что раздражение костных стенок послеоперационной воронки отделяемым барабанной полости обуславливает превращение красного костного мозга в стенках раны в слизистый, а этот последний, при доступе воздуха, распадается с образованием в стенках костной раны воздушных полостей. Этот последний момент обуславливает осложнения воспалительного процесса (Комендантов).

С этой точки зрения наиболее целесообразной дезинфекцией после трепанационной полости является выполнение ее целиком, пломбирование ее какой-либо пластической массой, содержащей дезинфицирующее вещество. Подобное пломбирование отделяет до некоторой степени рану от барабанной полости, защищает костные стенки от доступа воздуха и пневматизации, а также и дезинфицирует рану. Так, хирурги, применяя висмутовую пасту при заживлении костных ран, получают хорошие результаты.

Клиника болезней носа, горла и ушей Казанского государственного университета, воспользовавшись опытом Саратовской клиники, применяет висмутовую пасту при первичном шве после операции на сосцевидном отростке (*Bismuthi subnitrici* 10,0, *Vasellini americani* 90,0, *Mfung. steril.*).

Ввиду указанных разногласий в целесообразности применения закрытого лечения после трепанаций сосцевидного отростка, интересным является оценить этот метод на основании накопившегося в клинике материала.

Техника применения первичного шва такова. По окончании операции, имеющей целью возможно тщательное удаление патологически измененных тканей, трепанационная полость тампонируется марлевой полоской, конец которой выводится наружу через кожную рану у нижнего угла последней. Рана зашивается шелком или серфинами наглухо. Марлевый тампон извлекается и через оставшееся у нижнего угла раны небольшое отверстие трепанационная рана выполняется из шприца висмутовой пастой настолько полно, чтобы она выступала из промежутков между швами. После этого накладывается внизу последний шов. Сухая повязка.

Закрытое лечение по этому методу было применено в клинике за три учебных года в 108 случ. антропомии. Все эти случаи разбиты нами на две группы: удачные—где рана быстро зажила первичным натяжением, и неудачные, где первичное натяжение не имело места, швы расходились целиком или частично, или рана нагнаивалась и лечить ее приходилось по обычному открытому способу. Те случаи, в коих вскоре после операции расходился один шов у нижнего угла раны, отнесены нами, все же, к первой группе на том основании, что это осложнение не задерживало надолго окончательного заживления раны и не изменяло косметических свойств рубца.

Удачных случаев отмечено 82, неудачных 26. В $\frac{82}{108}$ вычислениях это будет 76% и 24%.

Разбивая наш материал по возрасту и полу, мы получили следующие соотношения:

Возраст	Мужчин—45		Женщин—63		Всего—108	
	удач.	неудачн.	удач.	неудачн.	удач.	неудачн.
До 1 года	3	—	—	—	3	—
1—10 лет	5	2	7	2	12	4
10—20 „	11	3	16	4	27	7
20—30 „	5	2	11	8	16	10
30—40 „	3	1	6	—	9	1
40—50 „	5	3	5	—	10	3
выше 50 лет	2	—	3	1	5	1
Всего	34 (76%)	11 (24%)	48 (76%)	15 (24%)	82 (76%)	26 (24%)

Самый молодой возраст—ребенок 3 мес., самый старший—женщина 64 лет.

Из приведенной таблицы видно, что как у мужчин, так и у женщин успех первичного шва одинаков. Можно отметить поразительное совпадение частоты удачных и неудачных случаев во всех графах. Что касается возраста, то он, видимо, заметным образом не влияет на удачу первичного шва в указанной модификации.

В качестве этиологического момента страдания больными были указаны насморк, простуда, сыпной и возвратный тифы, скарлатина, корь, грипп, ангина, воспаление легких, большинство же больных причину болезни указать не могли. Заслуживают внимания пользующиеся дурной славой гриппозные отиты. Из 20 таких случаев в 18-ти послеоперационная рана дала заживление первичным натяжением. Из 17 случаев первичного шва, где, как на причину, было указано на скарлатину, 11 раз шов был удачен. В подавляющем большинстве всех этих случаев дело идет о хрониках, перенесших скарлатину, осложнившуюся поражением уха, задолго до момента операции (1 год—несколько десятков лет). Лишь три случая были относительно недавнего происхождения—из этих последних 2 раза шов был удачен (1 мес. и 6 мес.) и 1 раз неудачен (6 нед.). Из 5-ти случаев, где, как на причину, было указано на корь, 3 были относительно недавние, из них в 2-х случаях шов был удачен (2 нед. и 2 мес.) и 1 раз шов не дал успеха (3 мес.). Всего из 5-ти случаев 4 удачных.

По продолжительности заболевания оперированные разделяются так:

Продолжительность болезни	Всего	Удачных	Неудачных
До 3-х недель	38	33	5
„ 6-ти „	15	8	7
свыше 6 „	55	41	14

Самым молодым „возрастом“ отита отмечена 1 неделя, самый старый отит — у 40-летней больной, заявившей, что ухо у нее болит с детства.

Ряд авторов (Beck, Preysing, Фельдман) указывают, что „возраст“ отитов, продолжительность болезненного процесса влияют на характер заживления в том смысле, что при молодых отитах неудачи чаще. Эти отиты, обуславливая при операции неясность границ между пораженной и здоровой костью, не дают гарантии в тщательности очистки при операции трепанационной полости и потому дают при первичном шве менее благоприятные результаты. Наш материал этого положения не подтверждает. Если при старых отитах, возрастом от 6 недель и до нескольких десятков лет, заживление при первичном шве отмечено в $\frac{3}{4}$ случаев, то и при молодых отитах, возрастом до 6 недель, частота удач не меньше.

Из этих молодых отитов, удачно леченных первичным швом, значительная доля имеет в качестве этиологического момента инфлюэнцу, дурная слава которой в отношении обширности поражений сосцевидного отростка хорошо известна. Эти гриппозные мастоидиты, как уже указано выше, дали 18 удачных случаев из 20.

У некоторых больных, коим был применен после операции на сосцевидном отростке первичный шов, нами было проведено определение принадлежности к той или иной изогемоагглютинационной группе. Всего таких наблюдений проведено было 41. Распределение по группам (Moss) оказалось следующее:

Группы	Удач. сл.	Неудач. сл.
I	4	—
II	10	6
III	6	3
IV	11	1

На основании этих небольших цифр трудно высказать какие-либо заключения, все же создается впечатление, что среди удачных случаев частота III и IV групп больше, чем в случаях неудачных. Это впечатление вполне согласуется с нашими наблюдениями относительно распределения по гемоагглютинационным группам различных категорий больных нашей специальности. Среди этих больных частота IV группы уменьшается по сравнению с здоровыми, что дает право считать лиц этой группы наиболее „стойкими“ против заболеваний. На основании приведенной таблицы создается впечатление, что лица IV группы дают лучшее заживление послеоперационной раны.

Некоторые авторы (Imhofer) считают применимым первичный шов лишь у хорошо упитанных, сильных субъектов. В этом отношении заслуживает внимания случай острого мастоидита у истощенного температурящего больного, страдающего левосторонним экссудативным (серозным) плевритом. На 6-й день после операции были сняты швы, и больной на

носилках, с зажившей первичным натяжением после антротомии раной, был переведен в другое лечебное заведение. Гноетечение прекратилось. (Через полгода больной скончался от плеврита). Этот случай показывает, что плохая ушитанность больного не должна считаться за абсолютное противопоказание к первичному шву.

У пяти больных применено закрытое лечение, несмотря на бывшее у них повышение температуры (в пределах 38—39). Шов достиг эффекта. (Вопреку считает сильно температурающих больных неподходящими для шва).

Случаи, где операция была произведена с обеих сторон, и первичный шов с той и другой стороны имел неодинаковый успех, заставляют считать, что главным моментом, обуславливающим удачу закрытого лечения, следует считать не общее состояние организма, а местные изменения—главным образом те или иные патологические изменения ткани сосцевидного отростка, а также флору, обусловившую эти изменения.

Что касается последней, то в оперированных случаях с наложением первичного шва были отмечены следующие возбудители, полученные из сосцевидного отростка:

Возбудитель	Удачн.	Неудачн.	Всего
<i>Streptoc. longus</i>	3	4	7
„ <i>conglomer.</i>	2	—	2
„ <i>brevis</i>	2	—	2
„ <i>mucosus</i>	2	1	3
<i>Staphyl. albus</i>	2	1	3
„ <i>flavus</i>	2	—	2
<i>Diploc. lanceolat.</i>	1	—	1
„ <i>Gram posit.</i>	4	1	5
<i>Steril</i>	11	4	15

Здесь заслуживает внимания то обстоятельство, что случаи, обусловленные *streptoc. mucosus* и протекающие по типу обособленной формы мастоидита—*mucosus-mastoiditis*, не служат безусловным противопоказанием к первичному шву. Из 5 первично зашитых клинически выраженных случаев этой формы—4 были удачны (в 2-х был обнаружен *strept. mucosus*). Один неудачный случай находит себе объяснение в том, что расхождение раны было обусловлено выделившимся осколком кости, оставленным, видимо, в трепанационной полости при операции. По выделении этого костного обломка рана зажила. Эти случаи заставляют предполагать, что оперированные *mucosus-mastoidit.* вполне допустимо зашивать тотчас после операции, применяя обычную в наших случаях модификацию первичного шва.

Единственная бактериологическая находка служит безусловным противопоказанием к первичному шву. Это—возбудитель *Plaut-Vincent's*, представляющий из себя не исключительную редкость при заболеваниях сосцевидного отростка и обуславливающий своеобразную вполне

обособленную форму поражения сосцевидного отростка, клиническая картина которого довольно ясно и полно очерчена в работе проф. В. К. Трутнева (совместно с д-ром З. И. Вольфсон). Являясь строгим анаэробом, возбудитель Plaut-Vincent'a находит при первичном шве чрезвычайно благоприятные условия для себя и обуславливает расхождение раны и неуспех шва. Этот строгий анаэробизм возбудителя, неуспех первичного шва, а также почти всегда и безрезультатность операции, побудили только-что упомянутых авторов взять под сомнение целесообразность вообще оперативного вмешательства при этой форме мастоидита и высказать предположение, что, может быть, те консервативные мероприятия, которые ставили бы возбудителя в условия аэробноза, будут более успешны.

Далее первичный шов давал успех при различных патолого-анатомических изменениях. Если проследить находки при операциях в случаях удачных, то мы встретим здесь разнообразные изменения, начиная с небольшого образования грануляций в антруме и кончая обширными разрушениями отростка с обнажением венозной пазухи и твердой мозговой оболочки, эмпиемой сосцевидного отростка, субпериостальным абсцессом. Опыт зашивания наглухо при поднадкостничных скоплениях гноя показал, что успех получен в 4-х случаях из 8. Больные были в возрасте 3 мес., 4 года, 25 лет и 42 г. Эти данные дают возможность не считать субпериостальные абсцессы за абсолютное противопоказание к первичному шву, в противоположность взгляду Reinking'a. Удалось подметить, что успеха вполне можно ожидать, если кожные покровы сосцевидного отростка не затронуты гнойным процессом. Успех первичного шва при поднадкостничных абсцессах очень ценен у детей, чутко воспринимающих неприятности повторных перевязок в случаях открытого лечения.

При экстрадуральных абсцессах и других мозговых осложнениях, а также при заболеваниях синуса, применялось открытое лечение.

В большинстве случаев повязка не менялась после операции до 5—6 дня, момента снятия швов. К этому времени края раны обычно склеиваются, иногда лишь через нижний угол выделяется немного серозного отделяемого. В случае, если в первые дни после операции имелось повышение t^0 или больной жаловался на боли в оперированной области, повязка менялась раньше, с целью осмотра раны. Если в этих случаях были налицо воспалительные явления, — снималось несколько швов и края раны разводились. Эти последние случаи отнесены нами к группе неудачных.

Больные с первично зашитой раной по снятии швов выписывались на амбулаторное лечение. Средняя продолжительность пребывания в клинике в случаях удачных равнялась—9,4 дня, после чего требовалось 1—2 амбулаторных посещения, после которых больной оставался без повязки. Средняя продолжительность пребывания в клинике при неудачном шве—15 дней.

Гладко зажившая рана имеет результатом линейный, слабо заметный рубец, без втяжения и в косметическом отношении не оставляет желать лучшего.

В случаях обычного открытого лечения рана заживает, как известно, в течение нескольких недель — от 3 до 8, в результате чего имеется несколько втянутый рубец.

Наблюдения над 108 случаями первичного шва в указанной выше модификации позволяют сделать следующие заключения в оценке метода закрытого лечения послетрепанационных ран:

1. Первичный шов при антротомиях дает значительный % удачных случаев (около 75%), сокращает послеоперационный период, делая его безболезненным для пациента, обуславливает хороший в косметическом отношении рубец, сокращает срок пребывания больного в лечебном заведении и экономит перевязочный материал.

2. Большинство противопоказаний к первичному шву, отмечаемых различными авторами, не является абсолютным. В случаях лихорадящих, при ранних мастоидитах, мастоидитах, обусловленных капсульными кокками, при субпериостальных абсцессах—первичный шов после антротомии вполне применим, удача его вполне возможна, каких-либо осложнений, зависящих от этого метода лечения, не наблюдалось.

3. Шов абсолютно не применим в случаях, обусловленных возбудителем Plaut-Vincent'a. Наличие поражения венозной пазухи и мозговые осложнения также не подходящи для первичного шва.

4. Представляя большой шаг вперед в деле лечения послетрепанационных ран, первичный шов заслуживает большого внимания, и желательны наблюдения на большем материале, с целью точного выявления показаний к нему.

Литература. 1) Комендантов. О последовательном лечении с применением висмут-вазелиновой пасты трепанационных ран сосцевидного отростка после радикальной операции и простой антротомии. Вест. уш., горл. и нос. бол. 1918. — 2) Fleischmann. „Primäre Wundnaht nach Antrumoperation“. Zentralblatt f. H. N. O. Bd. I. H. 9. S. 393—406. 1922.—3) Prof. Beyer. „Antrumaufmeisselung“. Hdbch. d. spec. Chir. d. Ohr. und Ob. Luftw. Katz u. Blumenfeld. Bd. II. 1925.—4) Фельдман. Первичный шов после антротомии. Журн. ушн., горл. и носов. бол.—5) Проф. Трутнев. О мастоидитах, осложненных b. Vincent. Доклад на I краев. съезде о.-р.-л. на Сев. Кавк., 1928.—6) Лебедевский. Изогемоагглютинация при некоторых болезн. носа, горла и ушей“. Доклад на I краев. съезде о.-р.-л. на Сев. Кавк., 1928.
