

Из клиники болезней носа, горла и уха Казанского гос. университета. (Директор профессор В. К. Трутнев).

Холестеатома Гайморовой полости.

Ассистента Н. Трутнева.

Рино-ларинго-отитам больше, чем представителям других дисциплин, приходится иметь дело с холестеатомой, но они привыкли встречать ее чаще всего в полостях среднего уха. Просматривая специальную литературу по данному вопросу, находим лишь единичные случаи описания поражения холестеатомой придаточных полостей носа. Не вдаваясь в подробный гистолого-патологический разбор вопроса о жемчужной опухоли, вкратце только коснемся взглядов и теорий возникновения данной опухоли. Virchow считает холестеатому за новообразование и как доказательство выдвигает то положение, что нормально как в полостях среднего уха, так и придатках носа нет клеточных элементов, из которых образуется указанная опухоль, и они являются как бы заблудшими. Должно отметить, что здесь речь идет, главным образом, об эпидермоидальных элементах потому что они являются основой холестеатомы. Вышеуказанные клетки при благоприятных для них условиях начинают разрастаться и, претерпевая целый ряд биохимических процессов, образуют опухоль. Как продукт реакции со стороны окружающей ткани, выделяется холестерин и жирные кислоты, способствующие склеиванию разрастающихся и сливающихся эпидермоидальных клеток. Нелишне отметить, что тот специфический холестеатомный запах, который мы, как правило, наблюдаем при всех холестеатомных новообразованиях, есть продукт, главным образом, разложившихся кислот и холестерина.

Под обаянием авторитета Virchow'a долгое время этот взгляд являлся единственным и его разделяли Miculicz и др. По мере накопления клинического материала стали выдвигаться и другие соображения по поводу возникновения холестеатомы. Особенно заслуживает внимания взгляд Tröltzsch'a. Последний, в противовес теории Virchow'a, считает, что холестеатома есть результат постоянного и длительного воспалительного процесса. Он доказывает, что благодаря постоянному отделению и раздражению гнойным секретом происходит перерождение клеток всех видов в клетки эпидермоидального типа. Wendt признает холестеатому за продукт десквамативного процесса метаплазированной слизистой. Поллицер происхождения холестеатомы объясняет таким образом, что имеющиеся в среднем ухе бухтообразные углубления слизистой сверху закрываются, а в образовавшиеся вследствие этого карманы врастает эпителий, где он постепенно откладывается. Все вышеуказанные попытки объяснения происхождения холестеатомы представляют, как необходимую предпосылку, метаплазию эпителия, что является для некоторых спорным.

Наbermann, доказывая образование холестеатомы в среднем ухе, настаивает на внедрении плоского эпителия наружного слухового прохода через перфорацию барабанной перепонки, где он и откладывается. При таком взгляде становится понятным наличие холестеатомы в среднем ухе, при имеющемся отверстии в барабанной перепонке. Позже этот взгляд получил поддержку со стороны Bezold'a. Однако единства

среди представителей этой теории нет, и они, в свою очередь, разошлись по вопросу, каким образом происходит процесс внедрения эпителиальных клеток или разрастание в том же среднем ухе.

Остановливаясь на кратком обзоре литературных данных относительно развития холестеатомы уха, мы имели в виду, что последние по своим свойствам, надо предполагать, тождественна холестеатомам придаточных полостей. Weinlicher, разбирая случай холестеатомы лобной пазухи, считает, что она является продуктом длительного воспалительного процесса. Kuhnt и Kahn метаплазию эпителия специально для лобной пазухи доказывают микроскопически. Что же касается Гайморовых полостей, то, по их мнению, этой возможности способствует неблагоприятное для стока секрета положение выводного отверстия. Hegetschwiler холестеатому придаточной полости носа склонен объяснить внедрением эпителия через операционное отверстие в лунке зуба.

Интересны указания некоторых авторов на связь озоны с холестеатомой. Они основывают свой взгляд на следующих соображениях: при гистологическом исследовании слизистой носа, пораженной озоновым процессом, отмечается перерождение мерцательного эпителия в плоский. Они допускают, что через естественное отверстие носа процесс может переходить на слизистую Гайморовой полости и поражать ее. В связи с таким патологическим перерождением клеток развивается резко атрофический процесс как в носу, так и в придаточных полостях. Также постоянным спутником, по их взгляду, данного поражения является образование обильного количества корок и выделение холестерина с жирными кислотами. Но, принимая во внимание, что полости носа открыты, почему частично корки механически удаляются, тогда как в Гайморовых пазухах, благодаря своеобразному положению естественного отверстия, постепенно происходит откладывание перерожденного эпителия и, в конце концов, образуется холестеатома. Надо иметь ввиду, что подобное образование холестеатомной опухоли поддерживается хроническим воспалением.

Кто прав—сказать пока трудно, но можно утверждать, что большинство авторов склонны считать за холестеатому образования, состоящие из луковичеобразно включенных друг в друга пластинок, состоящих из больших полигональных клеток эпидермоидального характера, пропитанных холестерином и жирными кислотами.

Нами наблюдалось несколько случаев жемчужной опухоли пазухи, описание которых представляем ниже. Первый случай я имею возможность описать благодаря любезному разрешению проф. М. Ф. Цытовича, в клинике которого (Саратов) больной курирован, а остальные из Казанских клиник.

Сл. 1. Больной А., тридцатилетний мужчина, явился в клинику носовых, горловых и ушных болезней Саратовского университета 27 апреля 1923 года с жалобами на резко затрудненное дыхание через левую половину носа, обильное отделяемое гнойного характера и сильные головные боли, локализирующиеся в левой половине. Данное заболевание связывает с огнестрельным пулевым ранением, бывшим в мае 1917 года. В течение полутора месяца после ранения больной был нем. Через месяц была спита нижняя челюсть, до этого свободно болтавшаяся своими обломками. В первые полгода наблюдалось ограничение подвижности челюсти и раскрытия рта, постепенно прошедшие. При осмотре 28 апреля 1919 г. отмечено: левая половина лица, в сравнении с правой, значительно выше и шире. Справа на нижней челюсти, сант. на 4 отступив от средней линии, имеется рубец на мягких тканях и дефект кости—вход пули. Параллельно восходящей

ветви нижней челюсти, имеется ряд рубцов, след выходного отверстия и бывших секвестротомий. Носовая перегородка резко смещена вправо. В левой половине носа, соответственно нижней раковине, имеется опухоль, свободный край которой изъязвлен. Носовые ходы полны гноя. Сильная болезненность при давлении в области *fos. canina*. Высунутый язык заметно отклоняется влево. Зубы левой половины верхней челюсти отсутствуют, имеются лишь корни. На месте второго малого коренного зуба—свищ, выполненный вилыми грануляциями с гнойным отделяемым. Через свищ зонд поднимается кверху сант. на 4, не встречая кости. Книзу зондируется кость. Левая половина твердого неба опущена, слизистая в этом месте бледно-фиолетового цвета, флюктуирует. На внутренней поверхности слева (щеки) имеются неровности в виде бугров. При задней риноскопии—на мягком небе рубцы. Просвечивание дало абсолютное затемнение в области левой Гайморовой полости.

Второго мая 1919 года под местной кокаином-адреналиновой анестезией произведено вскрытие левой Гайморовой полости через *fossam caninam*. Разрез по левому краю филтра от начала кожной части перегородки вдоль всей верхней губы. Разрез по переходной складке слизистой губы, перпендикулярный к первому разрезу. Обнажение передней стенки Гайморовой полости. Передняя стенка оказалась почти сплошь разрушенной, лишь в некоторых участках имелась костная пластинка толщиной в папиросную бумагу, так что долотом работать не представлялось возможным. Полость выполнена холестеатомными массами. Медиальная и нижняя стенка почти на всем протяжении разрушены. Полость вычистили. Сделано отверстие в нос. По удалении холестеатомных масс, „опухоль“, закрывавшая просвет левой половины носа, значительно уменьшилась. Носовой ход стал значительно шире. В верхне-челюстную пазуху введено три тампона с выводниками в нос. Рана закрыта шелковыми швами. Кровотечение при операции очень незначительно. Наложена повязка. Общее состояние удовлетворительное. 3/V. Промокшая повязка сменена. Небольшой запах от раны. Жалобы на головные боли. 4/V. Удалены тампоны. Из полости запах. Вместе с тампонами выделились кусочки холестеатомы. 5/V. Сменили турунду. Из полости резкий запах. Турунда имеет грязный вид. Общее состояние удовлетворительно. 7/V. Сменили турунду. В полости почти чисто. Сняты швы. Края раны спаялись. Осталось небольшое отверстие на переходной складке верхней губы, через которое вставлялась турунда. Зыбление и опущение твердого неба держится. Дальнейшее лечение состояло в перевязках, осмотре и чистке Гайморовой полости. В начале июня полость представлялась совершенно чистой, опущение твердого неба исчезло. Носовое дыхание свободно. Общее состояние очень хорошее. 12/VI. Под местной кокаином-адреналиновой анестезией было закрыто отверстие, ведущее в Гайморову полость из-под верхней губы, зажившее первичным натяжением, и 19/VI больной выписался из клиники.

Сл. 2. Больной Е., хлебопашец, 29 лет, явился в клинику Казанского гос. университета с жалобами на затрудненное носовое дыхание, постоянные насморки с обильным отделением гнойного характера. Данное страдание появилось около шести лет тому назад после рожи лица. Головных болей не отмечает. Перенес тифы сыпной и возвратный, рожу лица два раза и малярию. Венерическими болезнями не страдает. Резкое затемнение левой Гайморовой полости носа на рентгеновом снимке.

2/XII 27 г. под местной анестезией произведена левосторонняя радикальная операция Гайморовой полости по L u c - S a l d w e l l'ю. Из Гайморовой полости выделены в большом количестве холестеатомные массы с специфическим запахом. После тщательного удаления холестеатомы и очистки Гайморовой полости, оказалось, что отверстие в нос проделывать нет необходимости, т. к. медиальная стенка Гайморовой полости была разрушена. Резецирован передний конец нижней раковины. Повязка. 3/XII.—Повязка снята. В области нижней носовой раковины и дна носа имеются массы слизисто-гнойного характера с запахом. Самочувствие больного удовлетворительное. Жалоб нет. 5/XII. Оперированная полость промыта. Промывная вода мутная с специфическим холестеатомным запахом. 6/XII.—Полость носа промыта физиологическим раствором. Слизистая оболочка левой половины носа покрыта пленками серого цвета, с трудом удаляемыми. (B. Löffler'a). 8/XII. Операционная полость промыта. Введена внутримышечно антидифтерийная сыворотка в количестве 5.000 единиц. 9/XII. Полость промыта, промывная жид-

кость со специфическим холестеатомным запахом. 10/XII 27 г. Самочувствие больного хорошее, жалоб нет, и он выписан для амбулаторного лечения.

Сл. 3. Больной С. явился в ушную клинику Казанского гос. университета с жалобами на головную боль, насморки. С 1920 года после тифа стал замечать припухлость левой половины лица. Сначала данному заболеванию он уделял мало внимания, но потом оно разрослось до размера приблизительно среднего кулака и появилась фистула на передней стороне десны, соответственно второму малому коренному зубу. При зондировании данной фистулы, зонд идет по направлению к Гайморовой полости и свободно входит на 3—4 сант., ощущая костную стенку. По временам из указанной фистулы появляется гноетечение с неприятным запахом. Общее состояние удовлетворительно. *Нос.* Атрофирующийся процесс. Искривление носовой перегородки влево. Средняя раковина с левой стороны покрыта гнойным отделяемым. *Глотка.* Миндалины нерезко увеличены и имеют неглубокие лакуны. Грануляции на задней стенке глотки. *Оба уха.* Втянутость барабанной перепонки и имеется небольшое помутнение ее. *Гортань.* Без видимых изменений.

10/XII. Под местной анестезией сделана операция—вскрытие левой Гайморовой полости по Luc-Caldwell'ю. После разреза и отсепарирования мягких частей распатором показался гной в окружности фистулы, идущей в Гайморову полость. В полости оказалась холестеатома и многогноя. Сделано широкое отверстие в полость носа. Повязка. 11/XII. Повязка удалена. Отмечается обильное зловонное отделяемое из полостей носа и припухлость левой половины лица. Подобные изменения держались приблизительно около трех—четырех дней, а потом все утихло, и больной чувствовал себя хорошо, и 20/XII—выписался для амбулаторного лечения.

Сл. 4. Больной III. явился в ушную клинику с жалобами на частые насморки, подолгу продолжающиеся и возникающие без всякой причины, на головные боли, на полное отсутствие носового дыхания и на обильное слизисто-гнойное отделяемое из полостей носа. Особенно обильно отделяемое бывает утром. Больным считает себя три года. В ноябре месяце 1927 г. ему была сделана операция на правой Гайморовой полости, после чего он отмечает значительное улучшение с этой стороны. Из перенесенных заболеваний отмечает корь, сыпной тиф, малярию и ангину. *Нос.* Атрофирующийся процесс. Средние раковины полипозны больше слева и покрыты гнойным отделяемым. Отверстие в правую Гайморову полость зондируется. *Глотка.* На задней стенке—гнойное отделяемое и грануляции. Миндалины не увеличены, но с лакунами. В носоглотке гной. *Оба уха.* Помутнение барабанных перепонок.

18/X. Под местной анестезией произведена радикальная операция по Luc-Caldwell'ю на левой Гайморовой полости. В полости обнаружены холестеатомные массы и гной. Удалены полипозные разражения из полостей носа. Повязка. 19/X.—В области левой половины лица имеется припухлость. Жалуются на боль в голове и левой половине лица. Снята повязка. 20/X.—Отмечает затрудненное носовое дыхание. В левой полости носа имеется зловонное обильное отделяемое. Припухлость щеки слева, держатся и небольшие головные боли. 21/X.—Самочувствие удовлетворительное. Жалоб нет, за исключением на небольшую припухлость левой половины лица. 24/X 28 г. Больной выписался для амбулаторного лечения.

В наблюдаемых нами случаях возникновению холестеатомы предшествовало хроническое воспаление, особенно это демонстративно по отношению к первому случаю, что подтверждает выдвинутое положение взгляда Tröltsch'a. Также интересно, что в одном из случаев образованию холестеатомной опухоли предшествовала рожа лица. Возможно, это случайное совпадение, но допустимо, что erysipelas тоже имеет какое-либо отношение к данному заболеванию.
