

колонии, мы имеет основания утверждать, что у больных без сопутствующей патологии, влияющей на иммунный статус, грибковую колонию можно расценить не как поражающую мягкие ткани, а как инородное тело, которое на определенном этапе своего роста затрудняет работу мукоцилиарного аппарата, вызывая развитие верхнечелюстного синусита. Поэтому при лечении данной патологии достаточно радикально устранить видимую часть грибковой колонии с причиной ее роста и возможные предрасполагающие факторы, отрицательно влияющие на восстановление слизистой оболочки синуса и ее функций (искривление носовой перегородки, киста средней носовой раковины, гипертрофия нижних носовых раковин, отек слизистой оболочки в области естественного соустья), при этом очищение слизистой оболочки от остаточных гифов произойдет после нормализации цилиарного транспорта. Применение противогрибковых препаратов местного или общего действия нецелесообразно. Особое внимание следует уделить состоянию слизистой оболочки в области естественного соустья в послеоперационном периоде. Мы отметили, что отек нарастает в послеоперационной области, в том числе в области естественного соустья, и для нормализации функции цилиарного транспорта, чтобы не появился "порочный круг", когда в полости верхнечелюстного синуса происходит застой слизистого секрета уже не за счет воспалительного процесса, необходимо расширить естественное соустье.

В послеоперационном периоде обязательно физиолечение для снятия отека в послеоперационной области, восстановления транспортной функции слизистой оболочки, профилактики рубцовых изменений в полости верхнечелюстного синуса.

При наличии зуба, в результате лечения которого был выведен пломбировочный материал, следует провести его эндодонтическое лечение, так как верхушки его корней неплотно obturированы пломбировочным материалом и могут являться источником контаминации микробных агентов в полости верхнечелюстного синуса. Если невозможно эндодонтическое лечение, причинный зуб необходимо удалить.

Таким образом, в данной работе были обоснованы методы хирургического лечения в зависимости от локализации, объема грибковой колонии и инородных тел и целей, намеченных для реализации в послеоперационном периоде, представлены и

обоснованы в плане применения новые методы пластики оронтального соустья, эндоскопического синуслифтинга и послеоперационной реабилитации больных одонтогенными верхнечелюстными синуситами.

ЛИТЕРАТУРА

1. Афанасьев В.В., Щипский А.В., Новосельская В.Н. Хронический одонтогенный верхнечелюстной синусит с формированием аспергиллом. Российский стоматологический журнал. 3003; 3: 35–6.
2. Афанасьев В.В., Щипский А.В., Ефимов К.М., Поликарпов Н.А. Грибковые поражения верхнечелюстной пазухи и сравнительная оценка воздействия хлоргексидина биглюконата и биопага на микроорганизмы. Стоматология. 2006; 85: 37–9.
3. Глухова В.М., Маневич Р.Т., Жданов Е.В. Вертикальная конденсация термопластифицированной гуттаперчи как оптимальный метод достижения трехмерного пломбирования системы корневых каналов. Эндодонтия Today. 2003; 3–4: 22–7.
4. Зекерьяев Р.С. Сравнительная оценка эндоскопических методов лечения больных хроническим одонтогенным гайморитом, вызванным выведением пломбировочного материала в верхнечелюстной синус: Автореф. дис. ... канд. мед. наук.
5. Кулянская В.Е. Микозы в оториноларингологии. М.; 1989: 20, 23, 28, 32.
6. Сысолятин С.П., Сысолятин П.Г., Палкина М.О., Ашурко И.П. Диагностика и лечение осложнений, связанных с выведением стоматологических пломбировочных материалов в верхнечелюстной синус. Стоматология. 2009; 1: 47–50.
7. Hybbinette J.C., Mercke U. A method for evaluating the effect of pharmacological substances on mucociliary activity. Acta Otolaryngol. 1982; 93: 151–9.
8. Legend F., Billet J., Beauvillain C., Bonnet J., Miegville M. The role of dental canal fillings in the development of aspergillus sinusitis: a report of 85 cases. Arch. Otolaryngol. 1989; 246: 318–20.
9. Odell E., Perl Ch. Zinc as a growth factor for Aspergillus sp. and the antifungal effects of root canal sealants. Oral Surg. 1995; 79(1): 82–7.
10. Stammberger H., Jakse R., Beaufort F. Aspergillosis of the paranasal sinuses: X-ray diagnosis, histopathology and clinical aspects. Ann. Otol. (St. Louis). 1984; 93: 251–6.

Поступила 01.02.13

© А.В. ЩИПСКИЙ, Д.С. ШИНКЕВИЧ, 2013

УДК 616.318-001.4-036.1

А.В. Щипский, Д.С. Шинкевич

НЕОБЫЧНЫЙ СЛУЧАЙ СЛЕПОГО РАНЕНИЯ МЯГКИХ ТКАНЕЙ ЩЕЧНОЙ ОБЛАСТИ ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ МОНТАЖНОГО ПИСТОЛСТА

Кафедра челюстно-лицевой травматологии Московского государственного медико-стоматологического университета им. А.И. Евдокимова (127473, г. Москва, ул. Делегатская, д. 20, стр. 1)

Представлен необычный случай слепого ранения мягких тканей щеки у пациента при использовании монтажного пистолета.

Ключевые слова: слепое ранение мягких тканей, монтажный пистолет

AN UNUSUAL CASE OF THE BLIND MAN INJURIES OF SOFT TISSUES OF CHEEK REGION WITH THE USE OF HANDGUNS

A.V. Shchipskiy, D.S. Shinkevich

Presents unusual case of the blind man injuries of soft tissues of the face of the patient with the use of handguns.

Key words: blind man injuries of soft tissues, handguns

При проведении строительных работ большой объем составляют операции крепления конструкций специальными

стальными дюбелями. Их выполняют с помощью монтажных пистолетов, которые приравниваются по своему действию к огнестрельному оружию, так как их принцип основан на использовании энергии расширяющихся пороховых газов. На выходе начальная скорость гвоздя составляет около 90 м/с. При использовании строительных патронов калибра 5,6×16 мм мощность удара составляет 100 (150; 250) ± 50 Дж. Для сравнения: при

Щипский Александр Васильевич (Shchipskiy Alexandr Vasil'evich), тел. 8(903)736-87-33, e-mail: AVShchipskiy@yandex.ru
Шинкевич Дмитрий Сергеевич (Shinkevich Dmitry Sergeevich)



Рис. 1. Пациент Ш., 50 лет. Ортопантограмма.

В проекции щечной области слева определяется тень повышенной плотности, которая является монтажным гвоздем (указан стрелкой).

использовании пистолета ТТ калибра 7,62 начальная скорость пули массой 8 г составляет 300 м/с, мощность – 400 Дж. Технические данные пистолета Макарова калибра 9 и массой пули 9 г составляют соответственно 400 м/с и 450 Дж. Следовательно, небрежное обращение с монтажным пистолетом может привести к серьезным травмам как самого рабочего, так и окружающих людей. К работе с монтажным пистолетом должны допускаться лица, прошедшие специальный инструктаж по технике безопасности в соответствии с требованиями СНиП III-4-80 "Техника безопасности в строительстве". Работать нужно в касках, масках из небьющегося стекла и противошумных наушниках. При этом должны быть предусмотрены меры, исключающие возможность сквозного пробивания конструкций, рикошета осколков строительного материала и дюбелей.

К нам обратился за помощью п а ц и е н т Ш. 50 лет по поводу протезирования. Основной жалобой было затрудненное пережевывание пищи, вызванное вторичным отсутствием зубов, другие жалобы отсутствовали. При рентгенологическом обследовании на ортопантограмме обнаружили тень высокой плотности в проекции щечной области слева (рис. 1). Форма инородного предмета напоминала гвоздь. При пальпации мягких тканей щечной области в данном участке определялось безболезненное уплотнение кпереди от собственно жевательной мышцы. В области нижнего края нижней челюсти на коже имелся малозаметный точечный рубец, который остался после заживления входного отверстия (рис. 2 см. на вклейке). Открывание рта при этом не нарушено. Из анамнеза выяснили, что пациент по профессии строитель-монтажник. Четыре года назад при использовании монтажного пистолета получил травму дюбелем из-за его рикошета. Причем сам пациент считал, что дюбель улетел в сторону, а травма произошла осколком строительного материала. Данное утверждение было основано на незначительном повреждении кожи щеки и благоприятном характере самой травмы. По стечению обстоятельств гвоздь в мягких тканях щеки принял положение, которое не вызвало стойких функциональных расстройств. Ограничение при открывании рта пациент наблюдал лишь некоторое время после травмы.

Интересным представляется тот факт, что пациент даже

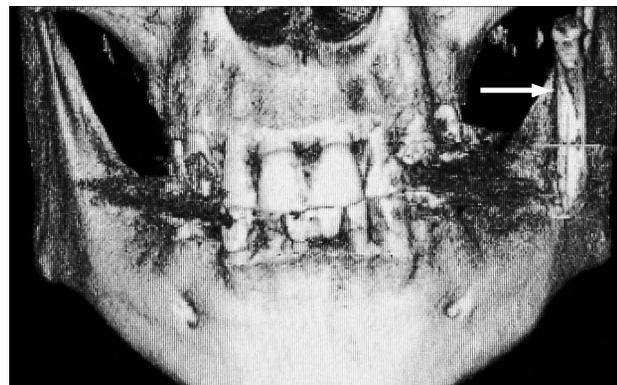


Рис. 3. Тот же пациент. 3D-томограмма.

Расположение монтажного гвоздя по отношению к ветви нижней челюсти (указан стрелкой).

не стал обращаться за неотложной помощью в официальное лечебное учреждение. Вполне возможно, что это было связано не только с незначительными клиническими проявлениями травмы, но и с нежеланием придавать огласке случай производственной травмы. Пациент обратился за помощью к своему другу-ветеринару, который наложил на рану несколько первичных швов.

После проведения компьютерной томографии и определения топографии инородного предмета в тканях щечной области (рис. 3) пациент был направлен на стационарное лечение со следующим диагнозом: состояние после слепого ранения мягких тканей щечной области, инородный предмет (металлический гвоздь) в мягких тканях щеки слева. В челюстно-лицевом отделении стационара под инфльтрационной анестезией Sol. Ultracaini 1,7×2 произвели разрез слизистой оболочки щеки, щечной мышцы, удалили металлический гвоздь (см. рис. 4 на вклейке), рану ушили наглухо с оставлением дренажа. Заживление произошло первичным натяжением без осложнений.

Анализируя клинический случай, можно отметить следующие обстоятельства. Гвоздь за прошедшие четыре года покрылся "ржавчиной" (см. рис. 4 на вклейке), в связи с чем после операции пациенту ввели подлопаточно 0,5 мл противостолбнячного анатоксина. Гвоздь был изогнут и находился острием вниз в сторону входного отверстия, что подтверждает его рикошет и объясняет относительно легкий характер ранения. Однако гвоздь находился в фиброзно-измененных рубцовых тканях, что, по нашему мнению, могло являться следствием бокового удара и молекулярного сотрясения.

В заключение хотелось бы обратить внимание на возможность производственной травмы по типу огнестрельной при работе с монтажным пистолетом и необходимость соблюдения техники безопасности при проведении строительных работ. Очевидно, что данный необычно благоприятный вариант травмы можно рассматривать как казуистический. При другом стечении обстоятельств эта травма могла бы иметь более тяжелые последствия для пациента и более сложный алгоритм лечения.

Поступила 30.11.12

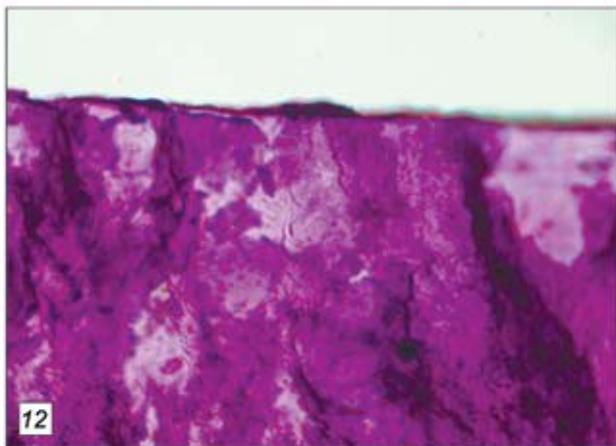
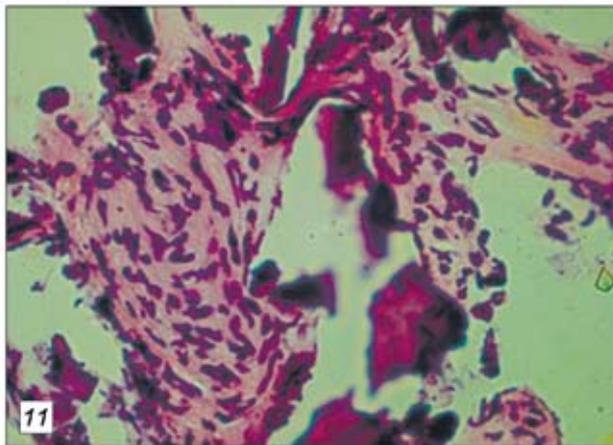
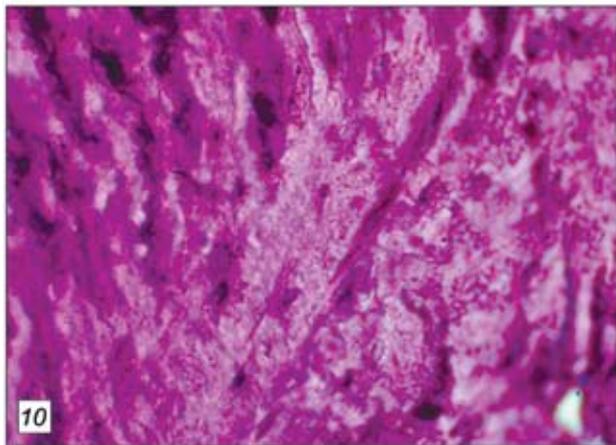
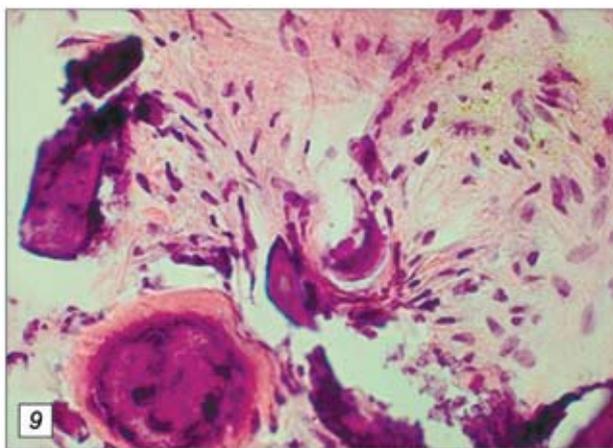
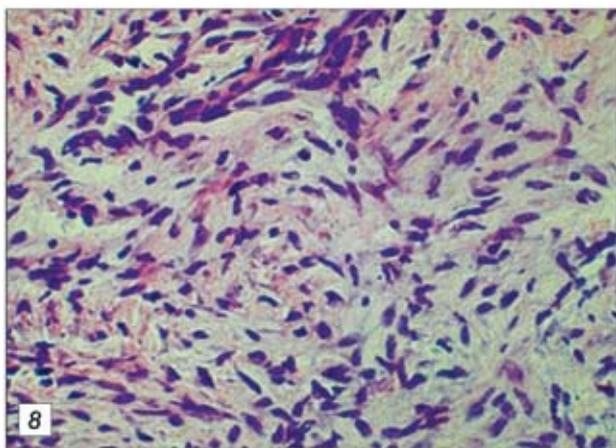


Рис. 8. Фиброретикулярная ткань в лунке зуба (аллогенный гидроксиапатит – 1 мес).

Рис. 9. Малообызвествленные костные балочки в лунке зуба (аллогенный гидроксиапатит – 3 мес).

Рис. 10. Новообразованная ткань в лунке зуба (аллогенный гидроксиапатит – 6 мес.)

Рис. 11. Костные балки в фиброретикулярной ткани лунки зуба (спонгиоза – 3 мес.)

Рис. 12. Зрелая костная ткань (спонгиоза – 6 мес).



Рис. 2. Пациент Ш., 50 лет. Внешний вид до операции.

На коже в области угла нижней челюсти слева виден малозаметный рубец.



Рис. 4. Тот же пациент. Вид дубеля во время его удаления из тканей щечной области.