

СЛУЧАЙ УСПЕШНОГО ЛЕЧЕНИЯ ОГНЕСТРЕЛЬНОГО РАНЕНИЯ ЧЕРЕПА В МИРНОЕ ВРЕМЯ

К.С. Исаяев, Ж.А. Байжигитов, Р. И. Нуриев

Городская больница скорой медицинской помощи, г. Шымкент

Специализированная нейрохирургическая помощь при огнестрельных ранениях черепа относится к сложному разделу хирургии. Относительная редкость и разнообразие огнестрельных повреждений в мирное время затрудняет выбор срочных и в то же время адекватных лечебно-диагностических мер.

В связи с этим определенным интерес представляют два случая огнестрельного ранения черепа, успешно пролечившихся в областном нейрохирургическом центре.

В приемный покой доставлен больной бригадой Скорой медицинской помощи в бессознательном состоянии. Со слов сопровождающих больного, травма получена при перезарядке ружья ИЖ 16 калибра. Доставлен в тяжелом состоянии. Гемодинамические показатели: Артериальное давление 100/60 мм рт. ст., пульс 120 ударов в минуту. Отмечается психомоторное возбуждение, сознание спутанное, стонет. Зрачки $D=S$, фотореакция живая, содружественное движение глазных угнетено. Носогубной треугольник сглажен слева. Язык по средней линии. Сухожильные рефлексы $D=S$, порезов не выявлено.

Локально: В области носа входная рана с неровными краями, размером 3*4 см. Из раны виден обратный конец гильзы. Назоликворея. На рентгенограмме в двух проекциях обнаружена гильза длиной 6 см, проходящая строго по межорбитальной зоне, до основания передней черепной ямки.

Доступом через левую лобную область резецировалась лобная кость, приподнята лобная доля головного мозга. Небольшая гематома (20 мл) удалена. Гильза удалена корнцангом через носовой ход. Произведено пластическое восстановление анатомии носовой полости с дренированием. В последующем, в течении 5 дней продолжалась назоликворея. Массивная антибактериальная и дегидратационная терапия проводилась в течении 4-х недель с благоприятным исходом.

Второй пациент доставлен бригадой скорой медицинской помощью в приемный покой со слов

сопровождающих родственников больной получила огнестрельное ранение дробью в лицо. Состояние при поступлении тяжелое, кожа и видимые слизистые бледной окраски, тахикардия 100 уд. в мин., АД 100/70 мм рт.ст. Сознание спутанное на вопросы не отвечает. Выраженное психомоторное возбуждение. Зрачки $S=D$, Сухожильные рефлексы $S=D$, оживлены, оболочечные знаки положительные.

Локально: В области лица на поверхности шеи множественные точечные раны с неровными краями. При обзорной рентгенографией черепа и шейной области установлено множественное дробовое ранение.

В связи с особенностью огнестрельного ранения и отсутствия прогрессирующих очаговых расстройств, проводилась массивная антибактериальная и дегидратационно-гемостатическая терапия.

Осуществлена двукратно люмбальная пункция. После улучшения состояния больного и санации ликвора сохранялось нарушение зрения левого глаза, что расценено консилиумом врачей как показание к ревизии зоны зрительного нерва.

Путем резекции лобной кости произведена ревизия передней черепной ямки. Удалена одна дробь с боковой поверхности ствола левого зрительного нерва. Последняя отечная, местами спаяна рыхлой тканью. Произведен дополнительно невролиз. Состояние больного улучшилось, полное восстановление зрения произошло через 3 месяца.

Выводы.

В приведенных двух наблюдениях срочность специального нейрохирургического вмешательства определена прежде всего наличием неврологических признаков и характером огнестрельного ранения (пулевое или раневое). Только обоснованное показание и заранее определенный объем хирургической ревизии позволяют получить благоприятные результаты лечения огнестрельного ранения в мирное время.