



13. Тумарцев И. Н. Кровотечение из плече-головного ствола после нижней трахеостомии/И. Н. Тумарцев// Журн. ушн., нос. и горл. бол. – 1971. №6. – С 99–100.
14. Успенская Е. П. Экспериментальная терпия бронхоспазма и изыскание лекарственных средств для лечения бронхиальной астмы. Автореф. дис...канд. мед. наук / Е. П. Успенская. Л., 1954. – 12 с.
15. Хасанов У. С. Этиология и патогенез постинтубационных рубцовых стенозов гортани и трахеи /У. С. Хасанов // Вестн. оторинолар. – 2005. – №4. – С 56–57
16. Чайковский В. В. Применение стентов различных типов при лечении хронических стенозов гортани и трахеи / В. В. Чайковский, С. Н. Моради // Вестн. оторинолар. – 2003. №2. – С. 235–236.

УДК: 616.288.1-003.6: 616.715.28+616.316.5

## ИНОРОДНОЕ ТЕЛО НАРУЖНОГО СЛУХОВОГО ПРОХОДА, ПРОНИКАЮЩЕЕ В КРЫЛОНЕБНУЮ ЯМКУ С ПОВРЕЖДЕНИЕМ ОКОЛОУШНОЙ СЛЮННОЙ ЖЕЛЕЗЫ

**А. В. Зеленов**

*МУЗ «Подольская городская клиническая больница», Московская область  
(Главный врач – В. В. Громов)*

Инородные тела уха в доступной нам литературе [1–4] чаще всего описываются как инородные тела наружного слухового прохода, значительно реже как инородные тела, проникшие в полость среднего уха. Предлагаем вашему вниманию случай инородного тела с анатомически сложным необычным расположением: с проникновением в крылонебную ямку и повреждающим околоушную слюнную железу.

Приводим наш клинический случай.

*Больной Н., 1962 г. р., житель г. Подольска, 25.09.02г. самостоятельно обратился в приемное отделение Подольской городской клинической больницы с жалобами на головную боль, головокружение, общую слабость, гноетечение из правого уха.*

*Со слов, был избит неизвестными 22.09.02г., обстоятельств травмы достоверно не помнит.*

*В день травмы обращался в травмпункт ПГКБ, произведена обработка ссадин лица, ушибленных ран (3) волосистой части головы. В связи с подозрением на ЧМТ предлагалась госпитализация, от которой больной отказался.*

*25.09.02г. госпитализирован в нейрохирургическое отделение, ИБ №Х14410-2002.*

*При поступлении: по органам и системам без грубой патологии. АД 120 и 90 мм рт. ст. Неврологический статус: сознание ясное, в месте и времени ориентирован. Язык по средней линии. Отмечалась однократная рвота. Очаговых, менингеальных симптомов не выявлено. Оживление сухожильных рефлексов слева. Эхо-ЭГ: смещения срединных структур нет. Люмбальная пункция: ликвор в первой порции мутный, в последующих прозрачный, бесцветный, вытекает под давлением 160 мм водн. ст.*

*При ЛОР-осмотре: ушная раковина справа и заушная область не изменены. В наружном слуховом проходе обильное (до 5–6 ватников) жидкое гнойное отделяемое без запаха. Надавливание на козелок болезненно. После очистки наружного слухового прохода в глубине его видно инородное тело (кусочек стекла), неподвижное. Барабанная перепонка необозрима. В остальном ЛОР-органы без видимой патологии.*

*Диагноз при поступлении: сотрясение головного мозга. Инородное тело (стекло) правого наружного слухового прохода. Госпитализирован для наблюдения в отделение нейрохирургии, назначены седативные, десенсибилизирующие средства, антибактериальная терапия.*

*Проведено обследование.*

*На серии рентгенограмм в различных проекциях определяется слабой интенсивности инородное тело размерами 8,0 Δ 0,5 см, идущее от уровня правого наружного слухового прохода медиально и несколько книзу от правого височно-нижнечелюстного сустава.*

МРТ головного мозга. Изменений головного мозга не выявлено. В проекции правого наружного слухового прохода, книзу и медиально определяется инородное тело, медиальный конец которого расположен на расстоянии около 2 мм от правой внутренней сонной артерии. Резко выраженный отек правой околоушной слюнной железы, мягких тканей по ходу раневого канала, отек слизистой клеток правого сосцевидного отростка.

Консультация стоматолога: выраженный отек мягких тканей в зачелюстной области справа, со стороны ротовой полости инородного тела не определяется. Открывание рта на 4,0 см, подвижность нижней челюсти ограничена, болезненна.

В общем анализе крови отмечался лейкоцитоз (до  $13,0 \cdot 10^9/\text{л}$ ) без палочкоядерного сдвига, СОЭ 45 мм/час. Показатели красной крови без отклонений от нормы. Анализ мочи общий в пределах нормы. Сахар крови 5,9 ммоль/л. Группа крови O(1), резус-фактор обнаружен. Исследование ликвора. Бесцветный, прозрачный, реакция Панди отрицательна, белок 231 мг/л, цитоз 1 клетка, роста микрофлоры не обнаружено.

За время наблюдения в предоперационном периоде неврологический статус без отрицательной динамики, температура тела нормальная. Сохранялось обильное слизисто-гнойное отделяемое из правого наружного слухового прохода, значительно усиливающееся при приеме пищи.

Из-за особенностей расположения инородного тела (повреждение околоушной слюнной железы, расположение основной части инородного тела в крылонебной ямке, опасная близость внутренней сонной артерии) хирургическая тактика выработывалась совместно нейрохирургом (зав. отделением нейрохирургии Чумак Г. В.), хирургом (врач 2 хирургического отделения Савин С. В.), оториноларингологом (и. о. зав. ЛОР-отделением Зеленев А. В.)

Учитывая техническую сложность хирургического доступа к инородному телу со стороны шеи, опасную близость сосудисто-нервного пучка, ослизнение раневого канала из-за постоянного действия слюны и сроков от момента травмы, решено произвести попытку удаления инородного тела вытягиванием по ходу раневого канала. В случае развития кровотечения предполагался переход на наружный, со стороны шеи, доступ с целью ревизии раневого канала на протяжении и устранения источника кровотечения.

27.09.02г. под эндотрахеальным наркозом выполнено удаление инородного тела (осколок стека) правого наружного слухового прохода, продолжительность операции 25 мин.

В кожной части наружного слухового прохода по нижней его стенке выполнено рассечение мягких тканей, в рану установлен расширитель Янсена. Наружный слуховой проход промыт 3% раствором перекиси водорода, осушен, при этом стала достоверно обозрима наружная часть инородного тела, представляющего собой осколок стекла размерами  $1,0 \Delta 0,3 \Delta 1,0$  см. Инородное тело прободает мягкие ткани наружного слухового прохода в нижнем отделе его перепончатой части. Кожа в окружности раневого канала мацерирована, отечна; из раны – скудное гноевидное отделяемое. Инородное тело захвачено зажимом Бильрота, осторожной тракцией по ходу раневого канала без усилия извлечено. Размер удаленного осколка стекла 7,5 см длиной, до 1,0 см шириной. На небольшую глубину (до 1,5 см) по ходу раневого канала установлен резиновый выпускник. Целостность кожи наружного слухового прохода восстановлена отдельными узловыми капроновыми швами. Наружный слуховой проход тампонирован марлевой турундой, пропитанной 0,5% раствором Диоксидина. Асептическая повязка.

В послеоперационном периоде продолжалась антибактериальная, антисекреторная терапия, проводилось местное лечение, включавшее в себя санацию наружного слухового прохода, обработку грануляций наружного свища околоушной слюнной железы (образовался по ходу раневого канала, открывался в правый наружный слуховой проход) крепким, 50%, раствором Ляписа, установку в наружное отверстие свища микротурунд, пропитанных Йодоформом. На фоне проводимой терапии течение послеоперационного периода гладкое: местные воспалительные изменения правой околоушной слюнной железы разрешились в течение 4–5 суток, температура тела сохранялась стойко нормальной, болевых и инфильтративных проявлений со стороны мягких тканей шеи не отмечалось. Раны волосистой части головы зажили *per priam*, швы сняты на 7-е сутки от момента травмы. Послеоперационная рана зажила первичным натяжением, швы сняты через 7–8 суток после операции. Длительно сохранялось выделение



слизистого отделяемого по свищу, однако количество его постепенно уменьшалось, и на 19-е сутки после операции свищ закрылся, воспалительные изменения кожи наружного слухового прохода разрешились. Общая продолжительность пребывания в стационаре составила 23 койко-дня, выписан к труду.

Интерес данного наблюдения состоит в анатомических особенностях нахождения инородного тела, трудности выбора хирургической тактики его удаления.

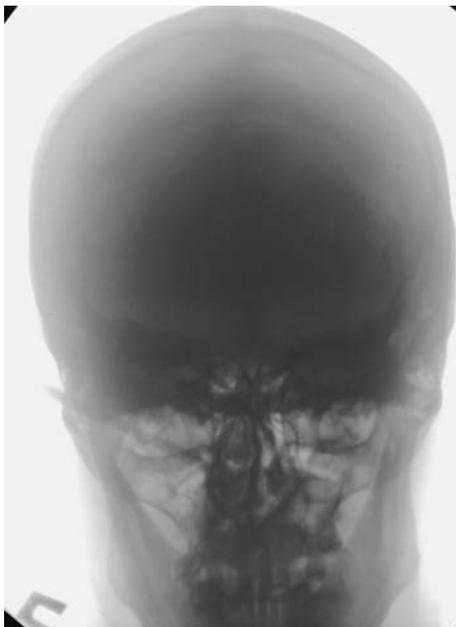


Рис. 1. Рентгенограмма инородного тела наружного слухового прохода справа.

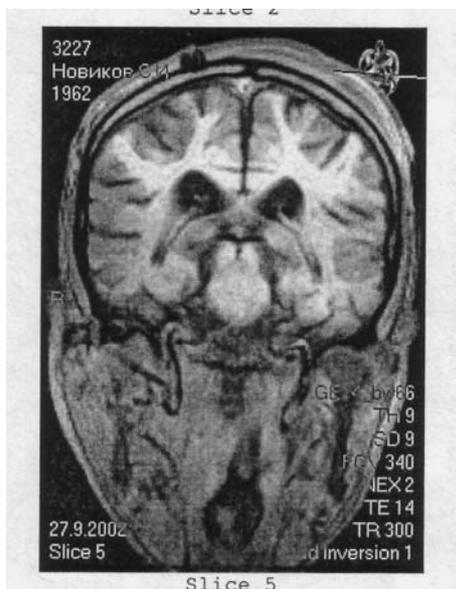
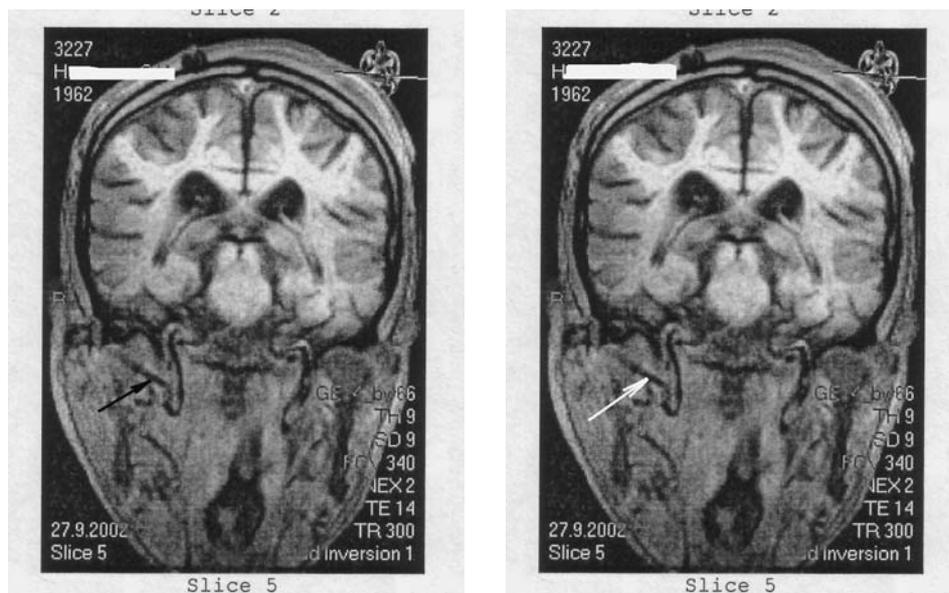
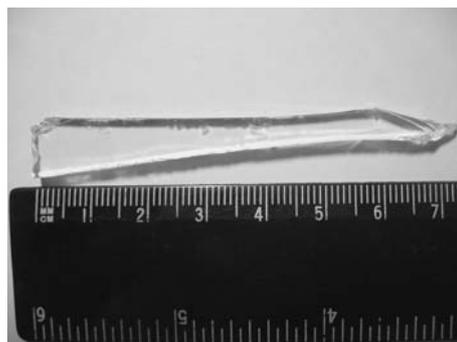


Рис. 2. МРТ, инородное тело наружного слухового прохода.



**Рис. 4-5.** То же, инородное тело обозначено стрелкой.



**Рис. 6.** Инородное тело (осколок стекла).

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Бабияк В. И. Клиническая оториноларингология. / В. И. Бабияк, Я. А. Накатис. СПб, «Гиппократ», 2005. – 708 с.
2. Левин Л. Т. Хирургические болезни уха. / Л. Т. Левин, Я. С. Тёкин. М.: Медгиз, – 1948. – 723 с.
3. Оториноларингология. Национальное руководство. / Коллектив авторов под ред. В. Т. Пальчуна. М., «ГЭОТАР-Медиа». – 2008. – 960 с.
4. Шустер М. А. Неотложная помощь в оториноларингологии. /М. А. Шустер, В. О. Калина, Ф. И. Чумаков. М., «Медицина», 1989 г.