



5. Комаров Б. Д. Повреждения пищевода / Б. Д. Комаров, Н. Н. Каншин, М. М. Абакумов. – М., – 1981.
6. Лечение медиастинита / Я. Г. Колкин, В. Н. Вечерко, А. П. Паниотов и др // Хирургия. – 1995. – № 3.
7. Слеваренко С. С. Медиастинит / С. С. Слеваренко, В. В. Агапов, В. А. Прелатов. М.:– 2005.
8. Современные методы диагностики и лечения одонтогенных медиастинитов / Н. В. Малыченко, А. А. Никитин, В. А. Стучилов и др. // Рос. оторинолар. – № 5 (12). – 2004. – С. 15–18.
9. Тальшинский А. М. Хирургическое лечение больных гнойным медиастинитом / А. М. Тальшинский // Вестн. оторинолар. – 1982, № 6.
10. Фраучи И. В. Топографическая анатомия и оперативная хирургия / И. В. Фраучи, Э. А. Петросян, В. И. Сергиенко. М.: – 2001
11. Чканников А. А. Профилактика осложнений при эзофагоскопии: Автореф. дис ... канд. мед. наук / А. А. Чканников – М.: – 1966. – 22 с.

УДК: 616. 216. 1–001. 45

КОМБИНИРОВАННОЕ ПРОНИКАЮЩЕЕ ОГНЕСТРЕЛЬНОЕ РАНЕНИЕ ЛИЦА С НАЛИЧИЕМ ИНОРОДНОГО ТЕЛА В ПРАВОЙ ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНОЙ ПАЗУХЕ

**В. Г. Зенгер, Г. А. Голубовский, Д. М. Мустафаев,
О. О. Копченко, О. К. Тимофеева**

*Московский областной научно-исследовательский клинический институт
им. М. Ф. Владимирского
(Директор – з. д. н. РФ, член-корр. РАМН, проф. Г. Н. Оноприенко)*

Огнестрельные ранения лица (ОРЛ) представляют актуальную проблему в современной оториноларингологии. По сравнению с ранениями других частей тела, они имеют свои особенности и отличаются большим разнообразием локализации раневого канала [3, 5].

В современной клинической практике заметно участились ОРЛ с проникновением ранящих снарядов в ткани глубоких отделов головы и шеи [6].

В зависимости от характера повреждения и направления раневого канала выделены следующие виды огнестрельных ранений челюстно-лицевой области (ЧЛО): слепые ранения, составляющие 76,4 %; сквозные ранения – 16,2 % и касательные ранения – 7,4 % [1,7].

Опасность ранений околоносовых пазух связана с анатомо-топографическими особенностями данной области: близостью сонной артерии, кавернозного синуса, перекреста зрительных нервов, глазодвигательного, отводящего, лицевого, тройничного и слуховых нервов, а также всех трех черепных ямок [2, 9].

Несмотря на постоянное развитие современных методов лечения и реабилитации пострадавших с травматическими повреждениями ЧЛО, проблема лечения сочетанных травм, которые составляют до 10–12 % случаев, далека от окончательного решения [4, 8]. Часто приходится решать вопрос о выборе оптимальной лечебной тактики в каждом конкретном случае. В связи с этим представляет интерес наше наблюдение.

Больной М., 25 лет, поступил в ЛОР-клинику МОНИКИ им. М. Ф. Владимирского 11.10.07 г. переводом из Истринской ЦРБ. При поступлении жаловался на боль в правой половине лица, в затылке, рану в области носа, затруднение носового дыхания через обе половины носа, сукровичное отделяемое из обеих половин носа, слабость.

Из анамнеза известно, что 06.10.07 г., вечером около дома, выходя из собственной машины, внезапно ощутил тупой удар в область носа. Наблюдалась кратковременная потеря сознания. Больной был доставлен в травматологический пункт по месту жительства, где выполнена первичная хирургическая обработка раны, наложены швы на рану спинки носа. В последующие дни больного стали беспокоить боль в правой половине лица, в затылке, затруднение носового дыхания через обе половины носа, слабость. Обратился в приемное отделение Истринской ЦРБ, где



проведено рентгенологическое исследование черепа в двух проекциях. В проекции правой гайморовой пазухи выявлено инородное тело - пуля. 11.10.07 г. переведен в ЛОР-клинику МОНИКИ.

При поступлении состояние средней тяжести. Сознание ясное, адекватен. Нарушений чувствительности и менингеальной симптоматики не выявлено. АД 110/80 мм рт. ст., пульс 100 в мин., ритмичный, удовлетворительного наполнения, дыхание – 16 в мин., кожные покровы обычного цвета.

При осмотре определяется асимметрия лица за счёт отёка мягких тканей лица справа. В области спинки носа слева имеется ушитая рана длиной 3–4 см. (рис. 1). При передней риноскопии слизистая оболочка носа отёчна, гиперемирована, в обеих половинах полости носа определяется большое количество кровяных корок. В правой половине носа при фибро-риноскопии в проекции среднего носового хода визуализируются разрушенные ткани, при зондировании имеется ход в гайморову пазуху. Носовое дыхание резко затруднено через обе половины носа. Слизистая оболочка глотки розовая; гортань без особенностей; уши без видимой патологии.



Рис. 1. Внешний вид пациента М., 1982 года рождения.

На рентгенограммах черепа и околоносовых пазух в проекции правой гайморовой пазухи определяется инородное тело (пуля) (рис. 2).



Рис. 2. Рентгенограммы костей черепа больного М., в прямой (а) и боковой (б) проекциях, демонстрирующие положение инородного тела.

Анализ крови, мочи – без отклонений от нормы. Больной в отделении консультирован окулистом, неврологом, нейрохирургом, челюстно-лицевым хирургом.

Учитывая стабильную гемодинамику, удовлетворительные показатели анализа крови, отсутствие видимых признаков кровотечения, рентгенологически установленную локализацию инородного тела 12.10.07 г. под эндотрахеальным наркозом произведено трансмаксиллярное удаление инородного тела. Инородное тело расположено в поперечно-косом направлении, занимая пространство от клеток решетчатого лабиринта справа до нижней стенки правой гайморовой пазухи. Инородное тело удалено, им оказалась резиновая пуля, размерами 2,4х1,2х1,0 см (рис. 3). Послеоперационный период протекал без осложнений.

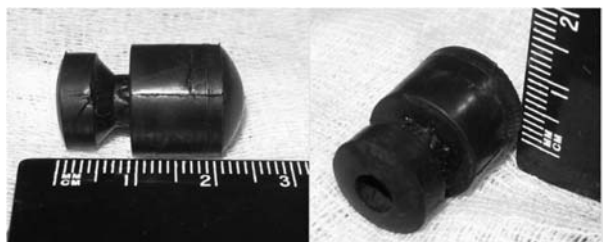


Рис. 3. Инородное тело, извлеченное во время операции.

Особенностью данного наблюдения является обширное комбинированное травматическое повреждение лица и костей верхней челюсти с наличием в них крупного инородного тела огнестрельного происхождения с экстраназальным путем внедрения, которое не привело к повреждению жизненно важных образований черепно-лицевой зоны. Своевременное хирургическое вмешательство, правильный выбор доступа к инородному телу и последующая интенсивная медикаментозная терапия в послеоперационном периоде предотвратили развитие серьезных внутричерепных и септических осложнений и привели к выздоровлению больного.

ЛИТЕРАТУРА

1. Дерябин Е. И. Анализ сочетанных травм челюстно-лицевой области / Е. И. Дерябин, СМ. Пантелеева. Сб. тез. Докл. V Международной конф. челюстно-лицевых хирургов и стоматологов. – СПб. – 2000. – 51 с.
2. Лимберг А. А. Специализированное лечение повреждений лица при сочетанной и множественной травме / А. А. Лимберг, Е. В. Запалова, Т. В. Муштакова // Сов. Мед. – 1987. – №10. – С. 58–60.
3. Лукьяненко А. В. Огнестрельные ранения лица / А. В. Лукьяненко. – СПб.: Специальная Литература, 1996. – 127 с.
4. Мохамад Наджи Ахмад Абу Халиль Особенности диагностики и лечения огнестрельных ранений челюстно-лицевой области мирного времени: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – А. Х. Мохамад Наджи. Донецк, 2002. 18 с.
5. Поляков И. В. Практическое пособие по медицинской статистике / И. В. Поляков, Н. М. Соколова. – Л.: Медицина, 1975. – 352 с.
6. Толстов Ю. П. Огнестрельное ранение лица с проникновением пули в паравerteбральную область у ребенка 13 лет / Ю. П. Толстов, Р. А. Забиров, Б. Г. Караев // Вестн. оторинолар. – 1997. – № 5. – С. 52–53.
7. Adams CD. Changing patterns of severe craniomaxillofacial trauma in Auckland over eight years / CD. Adams, J. S. Januszkiewicz, J. Judson // Aust. N. Z. J. Surg. – 2000. – Vol. 70, № 6. – P. 401–404.
8. Facial injuries in skiing. A retrospective study of 549 cases / R. Gassner, – W. Hackl, T. Tuli et al. // Sports Med. – 1999. – Vol. 27, № 2. – P. 127–134
9. Unusual penetrating faciocranial injury caused by a knife: A case report / A. S. Orbay, O. A. Uysa et al. // Craniomaxillofacial Surg. – 1997. – Vol. 25, № 5. – P. 279–281.