



Рис. 3. Инородное тело (монета) в правом легком

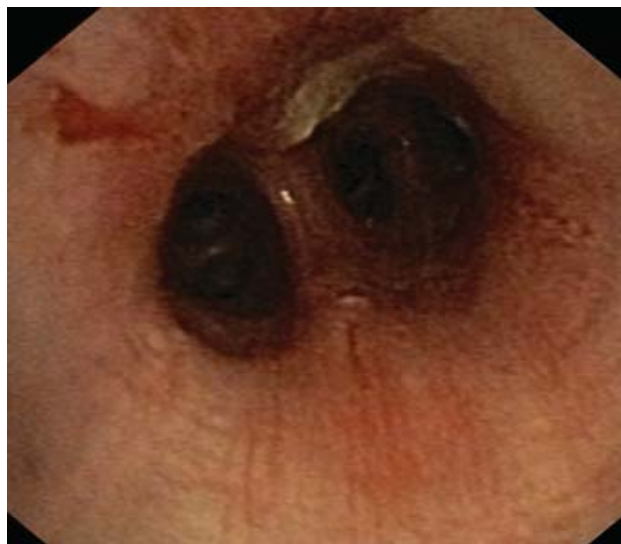


Рис. 4. Грануляции в месте длительного стояния инородного тела в главном бронхе

Лидирующие позиции занимают монеты различного достоинства и в связи с развитием электронных игрушек в последнее время – плоские батарейки.

Достоверно проследить динамику изменений показателей инородных тел в бронхах не удастся, так как подавляющее большинство инородных тел удаляется ЛОР-врачами жесткими бронхоскопами. И только при неудачных попытках инородное тело удаляется эндоскопистами с помощью гибких эндоскопов.

В нашей клинике с 2007 по 2011 год удалено 100% инородных тел всех локализаций.

Обсуждение

Комплексный подход к диагностике инородных тел ТБД и ЖКТ, совместный осмотр пациентов различными специалистами, сочетание рентгенологического и эндоскопического методов исследования, применение эндотрахеального наркоза при извлечении инородных тел позволяют сократить сроки манипуляций, улучшить

результаты лечения и дальнейший прогноз и снизить риск возникновения осложнений.

ЛИТЕРАТУРА

1. Авинова О. М., Багиров М. М. Хирургия пищевода. Ошибки и опасности. – М., 1983. – № 6. – С. 12.
2. Бабаджанов Б. Р., Хусанов Б. Р., Ходжаев Ш. Н. Фиброэндоскопия при хирургических заболеваниях верхних отделов желудочно-кишечного тракта. – М., 1984. – С. 155–161.
3. Березов Ю. Е., Григорьев М. С. Хирургия пищевода. – М., 1965. – С. 233–235.
4. Буравлев А. В., Влагитко Е. М., Чагин Г. Е. Инородные тела и травмы пищевода // Физиология и патология органов пищеварения. – Новосибирск, 1986.
5. Ивашкин В. Т., Трухманов А. С. Болезни пищевода: патология, физиология, клиника, диагностика, лечение. – 2000.
6. Астапенко В. Г., Белов И. Н., Луцевич Э. В. Руководство по гастроинтестинальной эндоскопии. – Минск, 1990.

Поступила 18.10.2012

В. А. ДЕМЬЯНЕНКО, А. Б. КАБАНЬЯН, А. П. БАЙДАКОВ, С. В. ЕРЖАКОВ

ОГНЕСТРЕЛЬНОЕ ДРОВОЕ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЕ РАНЕНИЕ. СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ

Нейрохирургическое отделение ГБУЗ «Детская краевая клиническая больница» МЗ КК,
Россия, 350007, г. Краснодар, пл. Победы, 1,
тел. 8918-452-44-30. E-mail: dvamed@mail.ru, kabmed@mail.ru

В статье описывается случай открытого проникающего огнестрельного дробового ранения черепа и головного мозга у ребенка 7 лет. Адекватная обработка мозговой раны, применение мер по герметизации раны, аутокраниопластика, борьба с ликвореей, рациональная антибактериальная терапия, комплексное восстановительное лечение позволили избежать развития менингоэнцефалита, добиться приживления реимплантированных костных отломков, хорошего клинического восстановления ребенка.

Ключевые слова: огнестрельное дробовое ранение черепа, аутокраниопластика.

V. A. DEMYANENKO, A. B. KABANJAN, A. P. BAIDAKOV, S. V. ERZHAPOV

In article the case of the open getting gun shot wound of a skull and a brain at the child 7 years old is described. Adequate processing of a brain wound, application of measures on hermetic sealing a wound, autocranioplasty, struggle with liquorrhea, rational antibacterial therapy, complex regenerative treatment have allowed to avoid developed meningoencephalitis, to achieved primary healing in the field of operation, good clinical recovery of the child.

Key words: gun shot wound of a skull, autocranioplasty.

Введение

Огнестрельные ранения представляют собой открытые повреждения, нанесённые первичными ранящими снарядами или вторичными повреждающими факторами. Одним из тяжёлых видов черепно-мозгового оружейного ранения мирного времени являются огнестрельные дробовые ранения. При выстрелах в упор или с небольшого расстояния (до 2 м) из гладкоствольного длинноствольного охотничьего ружья на коже головы вокруг раны и самой ране имеются следы порошинок и ожога, «освинцевания». Входное отверстие от 1 до 5 см в диаметре. Края раны неровные, разможенные, рваные. Абсолютное большинство дробин проникает в полость черепа. Ранения обычно очень тяжелы (даже если заряд был из самой мелкой дроби). Суммарный эффект от такого выстрела весьма близок к эффекту от разрывной пули: при выстрелах в упор мозг и череп разрываются на значительном расстоянии, повреждения весьма велики, и раненые, как правило, погибают на месте происшествия [1].

Мы хотим представить собственное наблюдение.

Мальчик П., 7 лет, 24.04.11 получил огнестрельное ранение головы как результат случайно разрядившегося охотничьего ружья, оставленного без присмотра. Ребёнок во время выстрела заглянул в дуло. Доставлен в крайне тяжёлом, коматозном состоянии в ЦРБ, выполнена первичная хирургическая обработка раны, наложена повязка. После проведения реанимационных, противошоковых мероприятий переведен в ДККБ реанимационной бригадой для дальнейшего лечения.

Общее состояние ребенка при поступлении в АРО ДККБ было крайне тяжёлым.

Неврологически: степень угнетения сознания – кома 1–2. Глубокие рефлексы в конечностях без убедительной разницы, угнетены. Патологических рефлексов, менингеальных симптомов не выявлено.

Локально: на голове промокающая кровью и ликвором марлевая повязка, по снятию которой в проекции правой орбиты с захватом инфрасупраорбитальной области определяется обширная рана размером 6Х6 см, выполненная сгустками крови с примесью ликвора, мозговым детритом, лоскутами тканей век. Глазное яблоко не определяется. Медиальные края раны обожжены. Имеется рана м/тканей наружного носа длиной до 1,5 см, выполненная сгустком крови. Баллотнирующее образование – поднадкостничная гематома в правой теменной области. В м/тканях задних отделов правой теменной области пальпаторно определяются 2 инородных тела округлой формы – дробины, малоподвижны. Назоликворея (фото 1).

На КТ-граммах черепа и головного мозга – КТ-признаки множественных инородных тел металлической плотности (дробь) в полости черепа и мягких тканях.

Оскольчатый вдавленный перелом лобной кости, крыши правой орбиты. Перелом латеральной стенки правой орбиты. Множественные переломы краниофациальной области. Гемосинус (фото 2, 3).

Ребёнку при поступлении проведено экстренное оперативное вмешательство с участием нейрохирурга, окулиста, ЧЛХ: «Вторичная хирургическая обработка огнестрельной раны черепа и головного мозга, ревизия раны правой орбиты, эвисцерация ОД. Удаление инородных тел. Аутокраниопластика. Пластика дефекта м/тканей правой орбиты местными тканями. Имплантация паренхиматозного датчика ВЧД».

Интраоперационно: удалены множественные инородные тела м/тканей и полости черепа (дробины, пыж, фрагмент газеты), отмыт мозговой детрит. Глубоко лежащие дробины из мозговой ткани намеренно не удалялись во избежание нанесения дополнительной травмы. Имеются множественные разрывы твердой мозговой оболочки, распространяющиеся к основанию черепа. Костный фрагмент правой лобно-орбитальной области, включающий верхнемедиальный надглазничный край, 2/3 крыши орбиты, был извлечён из раны, промыт антисептиками, имплантирован в физиологичное положение и фиксирован 3 костными швами к краям дефекта. При закрытии раны отмечается значительный дефект кожи, м/тканей. Область краниопластики оголена. Проведен дополнительный дугообразный разрез в правой лобно-орбитальной области. Отсепарован лоскут надкостницы на питающей ножке, ротирован на 90 градусов латерально в сторону дефекта м/тканей, пришит атравматичной нитью к окружающим тканям. Полученным лоскутом закрыта зона аутокраниопластики, раневого дефекта. Имплантирован паренхиматозный датчик ВЧД «Codman».

После операции состояние ребёнка с улучшением, мониторинг ВЧД прекращен на 4-е сутки. На 5-е сутки переведен в НХО. Состояние больного в динамике с улучшением, в сознании, двигательных расстройств нет. Менингеальных симптомов нет. Рецидивировать раневая ликворея, разгрузочные люмбальные пункции дают временный эффект. Анализы СМЖ – без признаков воспаления.

На 16-е сутки после ранения проведено закрытое наружное люмбальное дренирование, наложены вторичные швы на рану правой орбитальной области. Дренаж был удалён через 7 дней

В послеоперационном периоде на фоне антибактериальной терапии, имплантации наружного люмбального дренажа, комплексного восстановительного лечения удалось избежать развития менингоэнцефалита, добиться приживания реимплантированных костных отломков, хорошего клинического восстановления ребёнка.



Фото 1. Вид ребёнка при поступлении

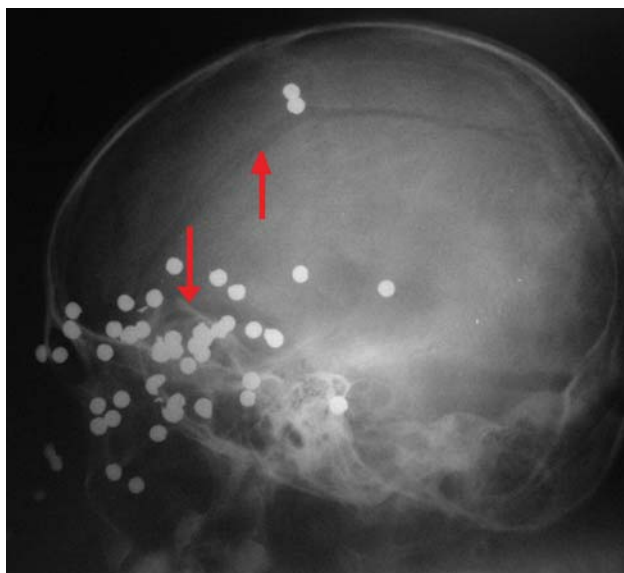


Фото 2. Краниограмма в боковой проекции при поступлении. Стрелками отмечены линии перелома (растрескивание черепа) и область вдавления костного отломка в переднюю черепную ямку

Диагноз при выписке: открытое проникающее слепое радиарное огнестрельное дробовое ранение черепа и головного мозга. Ушиб головного мозга тяжёлой степени с размождением и сдавлением костными отломками. Множественные переломы свода и основания черепа. Раневая назолиторрея. Множественные инородные тела (дробь) в полости черепа, м/тканях головы. Дефект м/тканей области правой орбиты. Травматическая энуклеация правого глаза. Гемосинус. Состояние после первичной хирургической обработки раны (24.04.11). Состояние после вторичной хирургической обработки огнестрельной раны черепа и головного мозга, ревизия раны правой орбиты, эвисцерация ОД. Удаление инородных тел. Пластика дефекта м/тканей правой орбиты местными тканями. Имплантация паренхиматозного датчика ВЧД (25.04.11). Состояние после закрытого наружного люмбального дренирова-

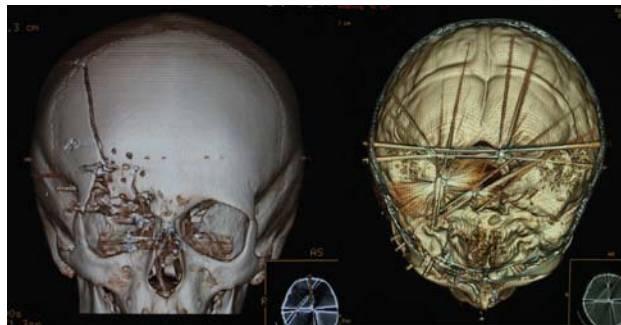


Фото 3. КТ черепа (3D) после операции. В полости черепа оставлены глубоко расположенные дробины. Стояние костного фрагмента удовлетворительное



Фото 4. Вид ребёнка спустя 4 месяца после ранения. Хорошее клиническое восстановление

ния, удаления инородных тел из м/тканей головы. Наложение вторичных швов на рану правой орбитальной области (10.05.11). Неврозоподобный тик.

В анамнезе: амавроз справа, умеренно выраженные проявления астеноневротического синдрома. Двигательных расстройств в конечностях нет. Окулистом проведено протезирование правой орбиты, выполнялась пластическая операция конбустиологом в связи с келлоидным рубцом области верхнего века правого глаза (фото 4).

Заключение: адекватная обработка мозговой раны, применение мер по герметизации раны, аутокраниопластика, борьба с ликвореей, рациональная антибактериальная терапия. Комплексное восстановительное лечение может значительно снизить риск развития менингоэнцефалита, добиться приживления реимплантированных костных отломков, хорошего клинического восстановления ребёнка.

ЛИТЕРАТУРА

1. Лебедев В. В., Крылов В. В. Особенности черепно-мозговых оружейных ранений мирного времени: Клиническое руководство

по черепно-мозговой травме / Под ред. академика РАМН А. Н. Коновалова. – М., 2001. – Том 2.

2. Лайкер М., Леви М., Зельман В., МакКомб Дж. Г., Алузо М. Огнестрельная черепно-мозговая травма у детей: Клиническое руководство по черепно-мозговой травме / Под ред. академика РАМН А. Н. Коновалова. – М., 2001. – Том 2.

3. Лебедев В. В., Крылов В. В., Щиголов Ю. С., Гизатуллин Ш. К., Цехановский Г. Б. Оружейные черепно-мозговые ранения. – М.: «Рипол», 1997.

4. Клиническая неврология / А. С. Никифоров, А. Н. Коновалов, Е. И. Гусев. – М.: Медицина, 2004. – Том III (часть 1).

5. Кушель В., Семин В. Е. Краниотомия. – М., 1998.

6. Лебедев В. В., Быковников Л. Д. Руководство по неотложной нейрохирургии. – М., 1987.

7. Нейротравматология: Справочник / Под ред. А. Н. Коновалова, Л. Б. Лихтермана, А. А. Потапова. – М., 1994.

8. Коновалов А. Н., Корниенко В. Н., Озерова В. И., Прохин И. Н. Нейрорентгенология детского возраста. – М.: «Антидор», 2001.

9. Фраерман А. П., Кондаков Е. Н., Кравец Л. Я. Тяжелая черепно-мозговая травма. – Н. Н., 1995.

10. Бельченко В. А. Черепно-лицевая хирургия. – М.: «МИА», 2006.

11. Потапов А. А., Лихтерман Л. Б., Зельман В. Л., Корниенко В. Н., Кравчук А. Д. Доказательная нейротравматология. – М., 2003.

12. Лебедев В., Крылов В. В., Щиголов Ю. С., Гизатуллин Ш. К., Цехановский Г. Б. Оружейные черепно-мозговые ранения. – М., 1997.

13. Гескилл С., Мерлин А. Детская неврология и нейрохирургия. – М., 1996.

Поступила 04.11.2012

**В. А. ДЕМЬЯНЕНКО, А. Б. КАБАНЬЯН, А. П. БАЙДАКОВ,
С. В. ЕРЖАКОВ, А. Л. ФИРСОВ**

ДИАГНОСТИКА, ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ ВИДОВ СКРЫТОГО СПИНАЛЬНОГО ДИЗРАФИЗМА (SPINA BIFIDA OCCULTA): ДОРСАЛЬНОГО ДЕРМАЛЬНОГО СИНУСА, СИНДРОМА ФИКСИРОВАННОГО СПИННОГО МОЗГА

*Нейрохирургическое отделение ГБУЗ «Детская краевая клиническая больница» МЗ КК,
Россия, 350007, г. Краснодар, пл. Победы, 1,
тел. 8918-452-44-30. E-mail: dvamed@mail.ru, kabmed@mail.ru*

В статье описывается клиника хирургически значимой патологии при скрытом спинальном дизрафизме, а именно дорсального дермального синуса, синдрома фиксированного спинного мозга. Описываются характерная симптоматика, локальный статус. Задача – нацелить педиатров, неврологов, хирургов на выявление этой патологии.

Ключевые слова: spina bifida occulta, диагностика, лечение.

DEMYANENKO V. A., KABANJAN A. B., BAIDAKOV A. P., ERZHAKOV S. V., FIRSOV A. L.

DIAGNOSTICS, TACTICS OF TREATMENT OF TYPES HIDDEN DEVELOPMENTAL ANOMALIES OF A BACKBONE (SPINA BIFIDA OCCULTA), A SYNDROME OF THE FIXED SPINAL CORD

*Neurosurgery department GBUZ «Children's regional clinical hospital» MZ KK,
Russia, 350007, Krasnodar, sq. Victory, 1, tel. 8918-452-44-30. E-mail: dvamed@mail.ru, kabmed@mail.ru*

In given article the clinic of surgically meaningful pathology is described at hidden developmental anomalies of a backbone. The characteristic semiology, the local status are described. Objective of article – to aim pediatricians, neurologists, surgeons at revealing of this pathology.

Key words: spina bifida occulta, diagnostics, treatment.

Введение

В синдром спинального дизрафизма входит большая группа врожденных аномалий развития позвоночника и спинного мозга. Общим для всех них является неполное зарращение срединно расположенных мезенхимальных, костных и нервных структур.

Как показывает практика, затруднение вызывает диагностика скрытых форм спинального дизрафизма (spina bifida occulta), когда нет нарушения целостности кожных покровов над дефектом позвонков. Эта группа пороков развития позвоночника достаточно разнообразна и включает такие нозологические формы, как синдром фиксированного спинного мозга, подкожные липомы и простые

менингоцеле, дорсальный дермальный синус, расщепление спинного мозга (диастематомия) и другие.

Кожные покровы при скрытой форме spina bifida могут быть совершенно нормальными. Но нередко над уровнем незарращения позвонков наблюдаются гипертрихоз, втянутость кожи, рубцы, атрофия кожи, участок гиперпигментации, гемангиомы, разлитая тестообразная припухлость за счёт разрастания жировой ткани или кожный вырост, покрытый волосами и создающий впечатление хвоста. Особого внимания требуют больные с наличием маленького кожного отверстия (чаще до 1 мм), вокруг которого имеется покраснение, иногда выделяется скудное отделяемое (сального, серозного