
Пересторонин В.Л.
**ОГНЕСТРЕЛЬНЫЕ РАНЕНИЯ
ПРИДАТОЧНЫХ ПАЗУХ НОСА**
*МУЗ «Кировская городская больница №3»
г. Киров*

Травмы носа и его придаточных пазух в огромном большинстве случаев являются результатом механического воздействия, в силу чего они характеризуются свойствами ранящего предмета, анатомическим положением и размерами повреждений. Положением пораженной области относительно ранящего предмета и свойствами последнего в момент ранения определяется направление раневого канала, ранения, в зависимости от характера раневого канала, подразделяются на открытые, закрытые, слепые, сквозные, касательные, прямые и косвенные.

Относительно часто, помимо носа, встречаются изолированные поражения наиболее поверхностно расположенных пазух – лобной и гайморовой. Изолированные поражения решетчатого лабиринта исключительно редки. Расположенная в глубине, под основанием черепа основная пазуха может быть повреждена только сочетанно с другими образованиями лицевого черепа. Пулевые ранения вышеуказанных анатомических структур, чаще всего встречаются в период боевых действий. Сквозные ранения характеризуются наличием входного и выходного отверстий раневого канала. Раневой канал имеет, как правило, прямолинейное направление,

более или менее правильную цилиндрическую форму лишь при пулевых ранениях, нанесенных со средних дистанций.

При пулевых ранениях, нанесенных с близкого расстояния, раневой канал имеет форму конуса, обращенного вершиной в сторону входного отверстия.

При проникающих ранениях на кожных покровах бывает только одно входное отверстие, что сближает эти ранения со слепыми. С другой стороны, отсутствует кардинальный признак слепых ранений – наличие инородного тела в раневом канале.

Клиническое течение таких ранений можно разделить на 3 периода:

1 период – от момента ранения до развития реактивных явлений. Он характеризуется кровотечением из раны и не редко из полости носа, а так же иногда развитием болевого шока.

2 период характеризуется возникновением как местных, так и общих реактивных явлений в виде гнойных синуситов, гнойных орбитальных поражений, а так же гнойных менингитов и сепсиса.

3 период – период рубцевания, в котором наряду с явлениями заканчивающегося заживления раны, обычно существует отграниченный гнойный очаг. Явления, обусловленные присоединением гнойной инфекции, по существу представляют собой осложнения, однако последние возникают настолько часто, что их приходится признавать обычными и доминирующими компонентами в клинической картине травмы придаточных пазух носа.

Лечение огнестрельных ранений околоносовых пазух в основном должно быть хирургическим. Задача заключается в том, чтобы предупредить осложнения, восстановить функцию носа, добиться заживления раны с удовлетворительным косметическим результатом.

Исходя из того, что пулевые ранения придаточных пазух носа в мирное время встречаются чрезвычайно редко, нам хотелось бы поделиться наблюдениями двух случаев данной патологии, прошедших через наше отделение.

Больная Е., 18 лет, переведена 1 августа 2005 года из офтальмологической клинической больницы в ЛОР-отделение МУЗ «Кировская городская больница №3» с жалобами на наличие раны нижних отделов левой параорбитальной области и ноющих болей в верхней челюсти слева. Со слов больной – 31 июля 2005 года ей в лицо из пневматического ружья выстрелил брат, сознание не теряла, было незначительное кровотечение из входного пулевого отверстия.

При объективном исследовании - состояние

удовлетворительное, температура нормальная. По внутренним органам – без отклонений от нормы.

ЛОР-статус – на коже нижних отделов параорбитальной области слева имеется рана диаметром 3-4 мм, округлой формы, покрытая геморрагической корочкой. Окружающие мягкие ткани – без реактивных явлений. Движения глазных яблок в полном объеме. Нос – наружный правильной формы, дыхание сохранено. Перегородка посредине, носовые ходы свободные. Уши и глотка – без патологии. На рентгенограмме придаточных пазух носа от 31 июля 2005 года в прямой проекции, в просвете верхних отделов левой верхнечелюстной пазухи имеется круглое инородное тело металлической плотности. В левой боковой проекции – цилиндрическое инородное тело металлической плотности, проникающее через заднюю стенку верхнечелюстного синуса в крылонебную ямку.

Диагноз: Пулевое проникающее ранение верхнечелюстной пазухи и крылонебной ямки слева.

2 августа 2005 года под местной анестезией типично вскрыта верхнечелюстная пазуха, в которой обнаружен большой геморрагический сгусток, последний элиминирован. Пристеночная слизистая оболочка не изменена. На задней стенке имеется раневой канал, в глубине которого видно металлическое инородное тело. Раневой канал расширен, инородное тело (пуля от пневматического ружья) удалено. При зондировании дефекта задней костной стенки определяются сообщение с крылонебной ямкой. Наложено соустье с левым нижним носовым ходом. Кровотечение во время вмешательства незначительное, остановлено тампонадой синуса асептической марлевой турундой, пропитанной раствором фурацилина. Рана преддверия рта ушита полисорбом. Послеоперационный период под прикрытием антибиотика протекал без осложнений, раны на лице и в преддверии рта закрылись первичным натяжением. 10 августа 2005 года больная в удовлетворительном состоянии выписана из отделения.

Больной Д., 29 лет, госпитализирован в ЛОР-отделение 23 января 2006 года по экстренным показаниям с жалобами на боли в левой глазнице при движении глазных яблок, покраснение конъюнктивы и наличие раны в области наружного угла левого глаза.

Со слов больного 18 января 2006 года на улице неизвестными был произведен выстрел из пневматического пистолета в лицо. Сознание не терял, было незначительное кровотечение из раны. Больной амбулаторно обследован

в офтальмологической клинической больнице – рентгенологически выявлено инородное тело левой верхнечелюстной пазухи.

Объективное исследование: Состояние при поступлении удовлетворительное, температура нормальная, по внутренним органам патологии не обнаружено.

ЛОР-статус – В нижних отделах наружного угла левого глаза имеется круглая рана небольших размеров, покрытая геморрагической корочкой. В склере и конъюнктиве левого глаза наблюдается кровоизлияние, движения глазных яблок в полном объеме.

Нос – наружный правильной формы, дыхание сохранено, перегородка посредине, ходы прослеживаются.

Уши – слуховые проходы свободные, барабанные перепонки целые, серые, опознавательные пункты выражены.

Глотка – слизистая бледно-розовая, небные миндалины без воспалительных изменений.

На рентгенограмме от 22 января 2006 года в прямой и левой боковой проекциях в верхней стенке левой верхнечелюстной пазухи латерально имеется сферическое инородное тело металлической плотности, частично проникающее в просвет синуса.

Диагноз: Проникающее пулевое ранение верхнечелюстной пазухи и глазницы слева.

24 января 2006 года под местной анестезией обычным доступом вскрыта левая верхнечелюстная пазуха, на верхней стенке которой имеется разрыв слизистой оболочки с дефектом костной ткани, где обнаружено инородное тело – металлический шарик диаметром около 4 мм. Слизистая оболочка других отделов синуса без патологических изменений. Инородное тело элиминировано, наложено соустье с левым нижним носовым ходом, кровотечение во время вмешательства незначительное, остановлено тампонадой синуса асептической марлевой турундой с фурацилином. Рана преддверия рта ушита наглухо полисорбом. Послеоперационный период под прикрытием антибиотика протекал гладко, обе раны закрылись первичным натяжением.

1 февраля 2006 года больной в удовлетворительном состоянии выписан.

В заключении необходимо указать, что применение антибиотиков показано не только в лечебных целях, но и в профилактических, с целью предупреждения развития гнойных осложнений.