

Пациенты ( $n = 17$ ) характеризовали возникающие при ЭС ощущения, как не вызывающие дискомфорт (58,8 %), неприятные (35,3 %) или болезненные («легкое покалывание», 5,9 %,  $n = 1$ ).

#### **Выводы**

1. Диагностическая эпиглоскопия — простой инструментальный метод оценки состояния дыхательных путей.

2. Визуализация валлекул при эпиглоскопии является отрицательным предиктором трудной ларингоскопии.

УДК 616.716.8-089-003.61

### **ОСОБЕННОСТИ ПРИ РАБОТЕ С ПАЦИЕНТАМИ С ПОДОЗРЕНИЕМ НА НАЛИЧИЕ МАЛОКОНТРАСТНЫХ ИНОРОДНЫХ ТЕЛ В ТРУДНОДОСТУПНЫХ ЛОКАЛИЗАЦИЯХ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ (клинический случай)**

*Ядченко В. Н.<sup>1</sup>, Козырева А. А.<sup>1</sup>, Рождаев В. В.<sup>2</sup>*

<sup>1</sup>Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»,

<sup>2</sup>Учреждение

«Гомельская областная клиническая больница»

г. Гомель, Республика Беларусь

#### **Введение**

Челюстно-лицевая область представляет собой сложное анатомо-физиологическое образование. Одной из ее особенностей является высокий репаративный потенциал. Однако эта особенность также предопределяет сложности при лечении неотложных травматических повреждений, в том числе ран лица. По частоте встречаемости раны лица находятся на высоком уровне и составляют 12–25 % от всей патологии челюстно-лицевой области [1]. По данным литературы в настоящее время преобладают бытовые [2] и травмы в результате дорожно-транспортных происшествий [3, 4]. Нужно отметить, что часть пациентов с травмами лица, находится в состоянии алкогольного опьянения, что негативно сказывается на возможности оказания им адекватной медицинской помощи [8]. Наиболее частая локализация ран лица отмечается в приротовой и щечной областях. Реже встречаются раны околоушно-жевательных областей и шеи. При этом в большем проценте случаев ранам лица сопутствуют инородные тела, которые подразделяют на рентгенконтрастные и рентгеннегативные, что имеет значение для их диагностики и своевременного извлечения из раны при проведении первичной хирургической обработки (ПХО) [5, 7]. В специальной литературе мы не нашли указания на частоту встречаемости инородных тел в ранах лица в отдаленном периоде после получения травмы.

Оказание помощи пострадавшему с наличием осложненных ран челюстно-лицевой области начинается в приемном отделении специализированной клиники [6]. Результат лечения пациентов с ранами лица, а также отсутствие у них вторичных осложнений зависит от многих факторов. Однозначно можно указать на трудности извлечения инородных тел из глубоких отделов челюстно-лицевой области. При этом возникает опасность повреждения важных анатомических образований (крупные нервные стволы и кровеносные сосуды), а также отсутствие возможности обнаружения самих инородных тел при продолжающейся работе мышечных структур и вторичной дислокации инородных тел из первоначального раневого канала [9, 10]. В специальной литературе опи-

саны случаи локализации инородных тел в околоушно-жевательной области, при которых одним из осложнений явилось повреждение структур околоушной слюнной железы, задействованной в травматический процесс. Помимо этого, в процессе ревизии травматической раны одним из осложнений может быть формирование наружного слюнного свища. Таким образом, хирург при проведении оперативного вмешательства в ране должен максимально предотвратить вторичную травматизацию окружающих тканей.

Клиническая картина незаживающей раны, которая проявляется появлением округлого инфильтрата различного размера непосредственно в области формирующегося посттравматического рубца или в некотором отдалении от него может указывать на наличие в ней инородного тела. Помимо этого, вследствие развития естественной иммунологической реакции на инородное тело, возможно формирование свищевого хода, идущего от инородного тела к кожным покровам.

Нами в различные годы наблюдалось два пациента с инородными телами, локализованными в мягких тканях подвисочной ямки. При том, что попали они в эту область через кожные покровы околоушно-жевательной области, далее через структурные образования околоушной слюнной железы и через вырезку между венечным и суставными отростками нижней челюсти локализовались в слепом раневом канале в подвисочной ямке. Поскольку подобного рода локализация инородных тел встречается редко, представляем один из недавних случаев клинического наблюдения.

### **Клинический случай**

Пациент Ш., 58 лет, обратился в приемное отделение У «Гомельская областная клиническая больница» (УГОКБ) по направлению хирурга поликлиники с диагнозом: Ушибленно-рваная рана лица, состояние после ПХО, осложненное инородным телом правой околоушно-жевательной области. Пациент предъявлял жалобы на наличие длительно незаживающей раны и свищевого хода в правой околоушно-жевательной области, а также ограничение открывания рта. Из анамнеза стало известно, что пациент страдает эпилепсией, по поводу чего принимает антиконвульсанты. Три месяца назад на фоне приема алкоголя у пациента развился эпилептический приступ, во время которого отмечалась потеря сознания с падением пациента на стеклянную дверь, в результате чего были получены ушибленно-рваные раны разных областей лица, в том числе правой околоушно-жевательной области. После осмотра нейрохирурга, челюстно-лицевого хирурга, выполнения рентгенографии черепа и ПХО полученных ран в приемном отделении УГОКБ, пациент был направлен в отделение токсикологии УЗ «ГГК больница скорой медицинской помощи». После проведения специализированного стационарного лечения, пациент наблюдался амбулаторно у хирурга в поликлинике по месту жительства. Раны лица зажили первичным натяжением. Однако, в течение последних двух недель стали появляться явления воспалительного характера в области посттравматического рубца, а на расстоянии около 1,5 см ниже рубца открылся свищевой ход, что побудило его обратиться к врачу. Амбулаторно также было проведено УЗИ вовлеченной в патологический процесс анатомической области.

При осмотре пациента врачом челюстно-лицевым хирургом обнаружен умеренно выраженный коллатеральный отек мягких тканей в правой околоушно-жевательной области, в центре которого определялся свищевой ход диаметром примерно 5 мм со скудным слизисто-гнойным отделяемым. При пальпации в области свищевого хода в толще мягких тканей выявлен возможный наружный полюс плоскостного инородного тела в проекции вырезки между венечным и суставным отростками нижней челюсти. Также имело место ограничение открывания рта до 2,5 см. Других патологических изменений в правой околоушно-жевательной области не было.

В общем анализе крови отмечался незначительный лейкоцитоз ( $9,8 \times 10^9/\text{л}$ ) со сдвигом лейкоцитарной формулы влево.

На основании жалоб, анамнеза, общеклинического обследования был выставлен предварительный диагноз — инородное тело правой околоушно-жевательной области. От предложенной госпитализации в отделение челюстно-лицевой хирургии УГОКБ пациент отказался. В условиях операционной приемного отделения УГОКБ под инфильтрационной анестезией 2 % раствором лидокаина, проведена вторичная хирургическая обработка раны правой околоушно-жевательной области. Произведен линейный разрез тканей через центр свищевого хода в области имеющегося инфильтрата, было получено около 0,7 мл слизисто-гноя, а также было обнаружено прозрачное плоское стеклянное инородное тело размерами около  $4 \times 3,5 \times 2$  см (рисунок 1).



Рисунок 1 — Удаленное стеклянное инородное тело

Операционная рана была промыта антисептиком, в рану введен марлевый дренаж с водорастворимой мазью «Меколь».

После проведенного оперативного лечения пациенту повторно была предложена госпитализация в отделение челюстно-лицевой хирургии УГОКБ, от которой он отказался. Назначен амбулаторный курс комплексной противовоспалительной терапии под наблюдением хирурга в поликлинике по месту жительства.

#### **Заключение**

Представленный случай клинического наблюдения свидетельствует о том, что в практике хирурга не исключена возможность встретиться с относительно редкой локализацией инородного тела, когда оно мигрирует в труднодоступные для удаления зоны челюстно-лицевой области.

Данное обстоятельство необходимо учитывать при диагностике и лечении пациентов с травмами лица.

К особенностям обработки глубоких ран челюстно-лицевой области можно отнести ситуации, когда:

- ✓ раневой канал может быть прерывистый за счет движения нижней челюсти, из-за чего инородное тело попадает в вырезку между венечным и суставным отростком;
- ✓ из-за опасности вторичного повреждения важных анатомических структур (сосудов, нервов, мимических мышц) необходимо проводить ПХО таких ран максимально щадяще;

✓ при скрининговых методах исследования — УЗИ мягких тканей в области раны, рентгенографии нижней челюсти в прямой и боковой проекциях — выявить некон-трастное или слабоконтрастное инородное тело не всегда возможно, так как оно локализуется за ветвью нижней челюсти и скулоорбитальным комплексом.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Травмы мягких тканей и костей лица: рук-во для врачей / под ред. А. Г. Шаргородского. — М., 2004. — 384 с.
2. Травматизм челюстно-лицевой области среди населения / И. С. Копецкий [и др.] // Российский медицинский журнал. — 2009. — № 6. — С. 3–6.
3. *Миранович, С. И.* Автотранспортная травма челюстно-лицевой области / С. И. Миранович, Н. Н. Черченко // Стоматолог. Минск. — 2012. — № 4 (7). — С. 65–66.
4. Analysis of Road Traffic Crashes-Related Maxillofacial Injuries Severity and Concomitant Injuries in 201 Patients Seen at the UCH, Ibadan / T. Aladelusi [et al.] // Craniomaxillofac Trauma Reconstr. — 2014. — Vol. 7, № 4. — P. 284–289.
5. Application of three-dimensional computed tomography in craniofacial clinical practice and research / P. Anderson [et al.] // Aust Dent J. — 2014. — Vol. 2. — P. 24.
6. *Подгорбунских, Е. И.* Пациент с черепно-мозговой травмой в приемном отделении многопрофильной больницы. Клиниче-ские и организационные аспекты / Е. И. Подгорбунских, А. Ю. Нефедов // Мануальная терапия. — 2014. — № 54 (2). — С. 49–62.
7. *Васильев, А. Ю.* Комплексная лучевая диагностика сочетанных повреждений костей лицевого черепа и структур орбиты / А. Ю. Васильев, Н. С. Серова, Д. А. Лежнев // Российский стоматологический журнал. — 2006. — № 1. — С. 23–26.
8. Does alcohol intoxication protect patients from severe injury and reduce hospital mortality? The association of alcohol consump- tion with the severity of injury and survival in trauma patients / C. H. Hsieh [et al.] // Am Surg. — 2013. — Vol. 79, № 12. — P. 1289–1294.
9. *Lin, D. T.* Surgical treatment of traumatic injuries of the cranial base / D. T. Lin, A. C. Lin // Otolaryngol Clin North Am. — 2013. — Vol. 46, № 5. — P. 749–757.
10. Elderly patients with maxillofacial trauma: study of mandibular condyle fractures / S. Nogami [et al.] // Dent Traumatol. — 2014. — Vol. 19. — P. 735–739.

УДК 616.33/.342-002.44:615.835.3

## ГИПЕРБАРИЧЕСКАЯ ОКСИГЕНАЦИЯ В ЛЕЧЕНИИ ЯЗВЫ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ

*Ярошевич Г. А., Макаренко Л. К.*

Учреждение

«Гомельская областная клиническая больница»  
г. Гомель, Республика Беларусь

### *Введение*

Одной из актуальных проблем современной гастроэнтерологии остается проблема язвы желудка и двенадцатиперстной кишки. Язвенной болезнью чаще страдают лица молодого, наиболее трудоспособного возраста, что делает разработку новых методов лечения, направленных на укорочение сроков заболевания и удлинение периодов ремиссии, предотвращение осложнений чрезвычайно важной проблемой. В современной концепции развития язвенной болезни наряду с психоэмоциональными нарушениями, протеолизом, и прочими факторами, гипоксия является одним из решающих моментов возникновения и стабилизации патологического процесса. При продолжительном действии стрессового фактора развивается генерализированная ишемия оболочек желудка, которая затем принимает локальный характер с некротизацией тканей, разрушением поверхностных капилляров и венул, диапедезом эритроцитов и образованием эрозий и язв. В зоне поражения отмечается бессосудистая область дна язвы, нарушенный венозный отток, капиллярный стаз, редкая капиллярная сеть в участках обильных артерио-венозных анастомозов.

Так как одним из звеньев патогенеза язвенной болезни является местная ишемия оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки, гипербарическая оксигенация (ГБО) рассматривается как патогенетический метод лечения.

Действие гипербарической оксигенации не ограничивается коррекцией региональной гипоксии в тканях, оно также связано и с улучшением тканевого метаболизма (что, возможно, является вторичным, зависящим от кровеносного и кислородного снабжения тканей), что ведет к улучшению трофики и регенерации слизистой оболочки.