

ОСОБЕННОСТИ ПРИ РАБОТЕ С ПАЦИЕНТАМИ С ПОДОЗРЕНИЕМ НА НАЛИЧИЕ МАЛОКОНТРАСТНЫХ ИНОРОДНЫХ ТЕЛ В ТРУДНОДОСТУПНЫХ ЛОКАЛИЗАЦИЯХ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ

ASPECTS OF WORK WITH PATIENTS WITH SUSPECTED LOW-CONTRAST FOREIGN BODIES IN HARD-TO-REACH SITES OF MAXILLO-FACIAL AREA

В. Н. Ядченко¹, А. А. Козырева¹, В. В. Рождаев²

V. N. Yadchenko¹, A. A. Kozyrava¹, V. V. Rozhdayev²

1 — УО «Гомельский государственный медицинский университет», г. Гомель, Республика Беларусь

1 — Gomel State Medical University, Gomel, Belarus

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

2 — Gomel Clinical Regional Hospital, Gomel, Belarus

Резюме:

В работе приведены трудности диагностики и лечения ран челюстно-лицевой области при наличии в них малококонтрастных инородных тел. Описан редкий клинический случай отсроченного удаления стеклянного инородного тела из труднодоступной области лица.

Abstract:

The article describes difficulties of diagnosis and treatment of traumas of maxilla-facial area in the presence of low-contrast foreign bodies. A relatively rare clinical case of delayed removal of a glass foreign body from a hard-to-reach area of the face is described.

Ключевые слова:

малококонтрастные инородные тела, челюстно-лицевая область

Keywords:

low-contrast foreign bodies, maxillofacial area

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]. Наиболее частая локализация ран лица отмечается в приротовой и щечной областях. Реже встречаются раны околоушно-жевательных областей и шеи. При этом в большом проценте случаев ранам лица сопутствуют инородные тела, которые подразделяют на рентген-контрастные и рентген-негативные, что имеет значение для их диагностики и своевременного извлечения из раны при проведении первичной хирургической обработки (ПХО) [5, 6]. Нужно отметить, что часть пациентов с травмами лица, находится в состоянии алкогольного опьянения, что негативно сказывается на возможности оказания им адекватной медицинской помощи [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. 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 [8, 9]. В специальной литературе описаны 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.

Цель. Демонстрация клинического случая наличия рентген-негативного инородного тела в труднодоступной локализации челюстно-лицевой области.

Материал и методы исследования. В качестве материала послужила выписка из стационарной карты пациента.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Пациент Ш., 58 лет, обратился в приемное отделение Гомельской областной клинической больницы (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 больницы 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%-ным 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-гнойного отделяемого, а также было обнаружено прозрачное плоское стекляннное инородное тело размерами около $4 \times 3,5 \times 2$ см (Рисунок 1).

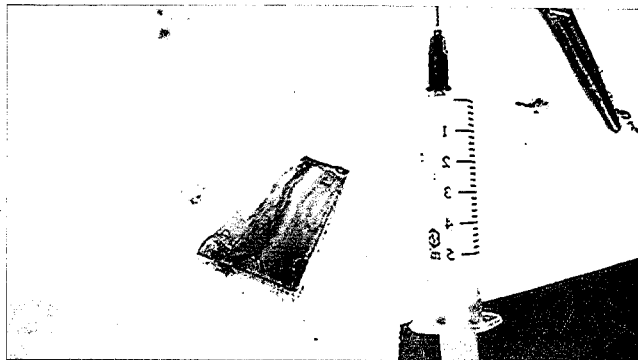


Рисунок 1 — Удаленное стеклянное инородное тело

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:

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 неконтрастное или слабоконтрастное инородное тело не всегда возможно, так как оно локализуется за ветвью нижней челюсти и скулоорбитальным комплексом.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ REFERENCES

1. Shargorodsky A.G. (2004). *Travmi myagkikh tkaney i kostey litsa [Injuries of facial soft tissues and bones]. Doctor's manual. M., p. 384.*
2. Kopetsky I.S. et al. (2009). *Travmatizm chelustno-litsevoy oblasti sredi naseleniya [Trauma incidence of maxillofacial area in population]. Russian Medical Journal, no 6, pp. 3- 6.*
3. Miranovich S.I., Cherchenko N.N. (2012). *Avtotransportnaya trauma chelustno-litsevoy oblasti [Maxillofacial trauma as a result of car accident]. Stomatolog. Minsk, no 4 (7). —pp. 65- 66.*

4. Aladelusi T. et al. (2014). Analysis of Road Traffic Crashes-Related Maxillofacial Injuries Severity and Concomitant Injuries in 201 Patients Seen at the UCH, Ibadan. *Craniomaxillofac Trauma Reconstr.*, vol. 7 no 4. – pp. 284 – 289.
5. Anderson P, Yong R, Surman T et al. (2014). Application of three-dimensional computed tomography in craniofacial clinical practice and research. *Aust Dent J.*, vol. 2, p.24.
6. Vasylyev A.Y., Serova A.Y., Lezhnev D.A. Kompleksnaya luchelevaya diagnostika sochetannikh povrezhdeniy kostey litseвого cherepa i struktur orbiti [A multifaceted radial diagnosis of combined cranial and orbital injuries]. *Russian Journal of Dentistry*, no 1, pp. 23- 26.
7. Hsieh, CH. et al (2013). Does alcohol intoxication protect patients from severe injury and reduce hospital mortality? The association of alcohol consumption with the severity of injury and survival in trauma patients. *Am Surg.*, vol. 79, no 12, pp. 1289 – 1294.
8. Lin, DT. (2013). Surgical treatment of traumatic injuries of the cranial base / Lin DT., Lin AC. *Otolaryngol Clin North Am.*, vol. 46, no 5, pp. 749 – 757.
9. Nogami S. et al. (2014). Elderly patients with maxillofacial trauma: study of mandibular condyle fractures. *Dent Traumatol.*, vol. 19. pp. 735-739.

СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРАХ

ЯДЧЕНКО ВЛАДИСЛАВ НИКОЛАЕВИЧ

доцент кафедры травматологии, ортопедии и военно-полевой хирургии с курсом ЧЛХ и стоматологии, e-mail: ulad_y@mail.ru

КОЗЫРЕВА АНАСТАСИЯ АЛЕКСАНДРОВНА

ассистент кафедры пропедевтики внутренних болезней

РОЖДАЕВ ВИКТОР ВИКТОРОВИЧ

врач-хирург-стоматолог, челюстно-лицевой хирург отделения челюстно-лицевой хирургии и стоматологии