

УДК 616.21:616-001.45

*В.О. ШКОРБОТУН, Т.В. МАРКІТАН, Я.В. ШКОРБОТУН***ВИКОРИСТАННЯ УЛЬТРАЗВУКОВОГО СКАНУВАННЯ
ДЛЯ ВІЗУАЛІЗАЦІЇ СТОРОННЬОГО ТІЛА ПРИ ПОРАНЕННІ
М'ЯКИХ ТКАНИН ВИСКОВОЇ ДІЛЯНКИ ТА ГЛОТКИ
КУЛЯМИ З ПНЕВМАТИЧНОЇ ЗБРОЇ**

*Каф. оториноларингології (зав. – проф. Р.А. Абизов)
Нац. мед. академії післядиплом. освіти ім. П.Л. Шупика
(ректор – чл.-кор. АМН України, проф. Ю.В. Вороненко)*

Проблема лікування пацієнтів з вогнепальними пораненнями ЛОР-органів в останній час набуває додаткової актуальності. Це пов'язано із зростанням числа таких хворих, незважаючи на мирний час (Н.Ф. Родионов и соавт., 1999; М.А. Ашуров и соавт., 1999). Переважно зустрічаються поранення, заподіяні пострілами з мисливської вогнепальної зброї. Тактика при вогнепальних ранах передбачає якомога раннє проведення первинної хірургічної їх обробки та видалення сторонніх тіл (кулі, дріб). Оптимальним є видалення їх по ходу кулевого каналу з наступною його ревізією (Н.М. Смирнов, 1970). У випадках рентгеноконтрастної кулі важливого значення набуває рентгенологічне дослідження, але в сучасних умовах кулі бувають гумові та пластикові. Разом з тим навіть при використанні рентгенографії в двох проекціях трапляються спостереження, коли знайти кулю за ходом раневого каналу не вдається, і виникає потреба у вирішенні питання доцільності видалення стороннього тіла іншими хірургічними доступами. При плануванні операції по видаленню вогнепального стороннього тіла необхідно обов'язково врахувати потенціальну небезпечність хірургічного втручання, зважаючи на можливість розташування кулі у безпосередній близькості до життєво важливих органів (В.Р. Деменков, 1998).

Ми мали справу з пораненням кулею з пневматичного пістолету. Постріли з метою самогубства виконувались впритул, що пояснює глибоке проникнення сталевих куль.

Необхідно відмітити, що усунути кулю через раневий канал з врахуванням даних рентгенографії у двох проекціях не вдалось. Для визначення її локалізації ми використали ультразвукове сканування м'яких тканин з введенням провідника – ін'єкційної голки.

Хворий І.П. Сколовський, 1982 р. народження, поступив у приймальне відділення Київської обласної клінічної лікарні в порядку швидкої допомоги.

При поступленні під час огляду в правій висковій ділянці на шкірі, на 2 см вище виличної дуги, виявлено округлу рану діаметром близько 5 мм (вхідний отвір кулевого каналу), в якій знаходився згусток крові; при пальпації прилеглих м'яких тканин та зондуванні раневого каналу куля не визначається. При орофарингоскопії видно рану такого ж характеру на м'якому піднебінні, на межі переходу в тверде піднебіння, по середній лінії.

З анамнезу з'ясовано, що пацієнт з метою самогубства виконав два постріли з пневматичної зброї: один – у праву вискову ділянку, другий – у порожнину рота.

При рентгенологічному обстеженні (краніографія в двох проекціях, рентгеноскопія) виявлено два сторонніх рентгеноконтрастних тіла: одне – у товщі м'яких тканин правої вискової ділянки, яке прилягає до дуги виличної кістки, друге – за кістками, що утворюють тверде піднебіння, у товщі м'якого піднебіння, рухливе при ковтанні. Порухення цілісності кісток черепа не виявлено.

Лікарем швидкої допомоги у приймальному відділенні куля була легко видалена

з м'якого піднебіння за допомогою мікроконхотома. Орієнтуючись на дані рентгенографії, ми зробили спробу знайти кулю в м'яких тканинах вискової ділянки за ходом раневого каналу, розширивши останній до 2 см. Але ця спроба не вдалася.

Хворий госпіталізований у ЛОР-відділення для подальшого дообстеження та лікування, йому призначено системну антибактеріальну терапію.

Для уточнення локалізації стороннього тіла у товщі м'яких тканин вискової ділянки справа виконано Рöntгенографію черепа в 2 проекціях з використанням рентгеноконтрастних маркерів на шкірі.

При повторній спробі під місцевим інфільтраційним знеболюванням виявити кулю через рану (розширений вхідний отвір) не вдалось.

Для покращання орієнтації в м'яких тканинах та візуалізації стороннього предмета було вирішено використати ультразвукове сканування навколишніх тканин. Дослідження проводилось за допомогою апарата „Unison 400”. Спочатку ми визначили локалізацію кулі – вона знаходилась на глибині біля 3 см (з врахуванням набряку тканин), на рівні внутрішнього краю дуги виличної кістки. При пальпації набряклих тканин та доторкуванні до кулі зондом вона зміщувалась за виличну дугу, що пояснювало невдачі попередніх спроб її пошуку.

Для визначення точного розташування кулі відносно шкіри ми використали феномен ультразвукового сканування з перекриванням “звукової тіні”. При захваті стороннього тіла ультразвуковим датчиком перпендикулярно до нього було введено тонкий металевий предмет – голку. При співпадині тіней від голки та кулі відмічено відповідне місце на шкірі. З визначеного місця під контролем УЗД виконана пункція м'яких тка-

нин з підведенням голки безпосередньо до стороннього тіла (мал. 1). Орієнтуючись по голці, ми через раневий канал легко видалили кулю з м'яких тканин (мал. 2), а канал дренавали гумовою стрічкою.



Мал. 1. Розміри видаленого стороннього тіла (металева куля)



Мал. 2. Ультразвукове зображення стороннього тіла і підведеної до нього ін'єкційної голки

Таким чином, методика видалення сторонніх тіл з м'яких тканин під ультразвуковим скануванням є ефективною і зручною у використанні.

1. Родионов Н.Ф., Кулагин А.Я., Гусева Л.М. Комбинированное проникающее огнестрельное ранение орбиты, клеток решетчатой кости и клиновидной пазухи с наличием инородного тела // Рос. ринология. – 1999. – №4. – С. 30-31.
2. Ашуров М.А., Киселева А.М, Петлев А.А. Огнестрельное ранение глотки и позвоночника // Вестн.

- оториноларингологии. – 1999. – №3. – С. 56.
3. Смирнов Н.М. Удаление пули из основной пазухи ребенка // Вестн. оториноларингологии. – 1970. – №5. – С. 108.
4. Деменков В.Р. Огнестрельные ранения ЛОР-органов и шеи. – Луганск, 1998. – 156 с.

Надійшла до редакції 13.11.06.