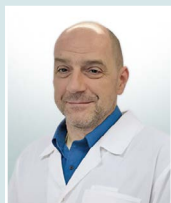


УНИКАЛЬНЫЙ КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ: ТЯЖЕЛОЕ ОГНЕСТРЕЛЬНОЕ РАНЕНИЕ В ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВУЮ ОБЛАСТЬ. НЕШТАТНАЯ СИТУАЦИЯ**ЛУКЬЯНЕНКО А.В.,**

д.м.н., профессор, главный внештатный челюстно-лицевой хирург МВД России, начальник отделения челюстно-лицевой хирургии (стоматологического) ФКУЗ «Главный клинический госпиталь МВД России», заслуженный врач Российской Федерации, полковник вн. службы в отставке, lukav48@yandex.ru

**ОБЪЕДКОВ Р.Г.,**

к.м.н., врач-хирург отделения челюстно-лицевой хирургии (стоматологического) ФКУЗ «Главный клинический госпиталь МВД России», rbr229@gmail.com

**КОВАЛЕВА О.С.,**

старшая медицинская сестра отделения челюстно-лицевой хирургии (стоматологического) ФКУЗ «Главный клинический госпиталь МВД России», ст. прапорщик вн. службы, kovaleva@yandex.ru

Во время испытаний новой винтовки произошел нештатный случай. При выстреле в стволе взорвался патрон, и затвор с капсулой от патрона вместо пули вылетели из оружия в противоположную сторону, изуродовав лицо испытателя.

Ключевые слова: челюстно-лицевая область, огнестрельное ранение, разрушение мягких тканей и костей, повреждение околоушной железы и околоушного протока.

A UNIQUE CLINICAL CASE: SERIOUS GUNSHOT WOUND TO THE MAXILLOFACIAL AREA. EMERGENCY SITUATION

Lukyanenko A., Ob'yedkov R., Kovaleva O.

During the tests of a new rifle an emergency situation occurred. A cartridge exploded in the barrel when fired and instead of projectile the bolt with the cartridge capsule were thrown out of the rifle in opposite direction mangling the test shooter's face.

Key words: maxillofacial area, gunshot, destruction of soft tissues and bones, damage to parotid gland and parotid duct.

При испытании новой винтовки вылетевшие из нее в результате взрыва патрона затвор и капсула серьезно повредили верхнюю и нижнюю челюсти испытателя и произвели массивные разрушения мягких тканей левой половины лица и левой околоушной железы.

Первая медицинская помощь пострадавшему была оказана на месте происшествия сотрудниками стрелкового центра. Раненый находился в сознании, и было решено для остановки кровотечения кистью его левой руки прижать левую щечную область, где находились поврежденные мягкие ткани (рис. 1), и все это зафиксировать давящей повязкой.

После размышлений, в какое медучреждение обратиться, выбор пал на Главный клинический госпиталь МВД России, и на автомобиле скорой медицинской помощи пострадавшего доставили в отделение челюстно-лицевой хирургии (стоматологическое) госпиталя.



Рис. 1.



Рис. 2.



Рис. 3.



Рис. 4.



Рис. 5.



Рис. 6

При поступлении состояние потерпевшего – средней тяжести. Rg-обследование (рис. 2) выявило инородные тела в раневом канале: сам затвор и капсулу патрона.

В операционной под общим обезболиванием авторы статьи провели ревизию раневого канала, окончательно остановили кровотечение, удалили инородные тела (рис. 3).

На задней боковой поверхности шеи слева было выявлено выходное отверстие раневого канала, где и находился затвор. При этом сам раневой канал с полостью рта не соединялся. Возникла проблема: если наглухо ушить раневой канал (где находилась поврежденная слюнная железа), то с большой долей вероятности сформируется слюнная киста или слюнной свищ.

Было решено провести срочную консультацию с опытным и авторитетным специалистом. Свои рекомендации по телефону высказал давний друг и коллега оперирующего хирурга – доктор медицинских наук С.Г. Безруков, профессор, челюстно-лицевой, пластический хирург, хирург-сиалолог.

В ходе консультации согласовали план действий: нештатная ситуация должна иметь нештатное решение! Остатки капсулы слюнной железы были ушиты наглухо. Через полость рта провели бужирование и дренирование выводного протока слюнной железы. А для профилактики формирования травматической кисты и наружного слюнного свища **сформировали дополнительный проток**, после чего провели остеосинтез верхней челюсти с помощью мини-пластин (рис. 4).

Следует подчеркнуть, что одна из основных задач при лечении данной патологии – предупредить возникновение слюнного свища, который образуется после травмы и ушивания капсулы слюнной железы.

Через 5 суток околушный проток полностью закрылся (рис. 5), и слюна стала поступать в полость рта по искусственному (вновь сформированному) протоку.

На 10-е сутки произошло закрытие всей раны первичным натяжением, а через 3 мес. после операции пациент полностью выздоровел (рис. 6, 7). На рис. 7 видно, что лицевой нерв сохранил свою функцию (пациент улыбается).

Через 6 мес. пострадавшему планируется провести корректирующую пластическую операцию.

В заключение необходимо отметить, что залогом успеха при лечении подобной огнестрельной раны стало создание искусственного протока слюнной железы в ходе выполнения первичной хирургической обработки. В противном случае сохранялся бы высокий риск формирования стойких наружных слюнных свищей.

Авторы благодарят д.м.н., профессора С.Г. БЕЗРУКОВА, главного внештатного пластического хирурга Республики Крым, заведующего кафедрой хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии Крымского федерального университета имени В.И. Вернадского, заслуженного деятеля науки и техники Украины, за консультативную помощь при проведении операции.

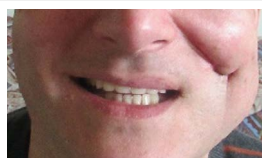


Рис. 7

Литература

