

**КРАНИОФАСЦИАЛЬНОЕ КОЛОТО-РЕЗАННОЕ РАНЕНИЕ ИНОРОДНЫМ ТЕЛОМ  
(Наблюдение из практики)****CRANIOFASCIAL STAB WOUND WITH A FOREIGN BODY  
(Observation from practice)****YOT JISM BILAN KRANIOFASIAL TESHIB O'TUVCHI JAROXAT (amaliyotdan  
kuzatish)**

*Аминов М., Уринбоев Б.К., Ашууров И.С.*

*Ферганский филиал республиканского научного центра экстренной медицинской помощи, +998905840626*

Аминов М., Уринбоев Б.К., Ашууров И.С. (2024). КРАНИОФАСЦИАЛЬНОЕ КОЛОТО-РЕЗАННОЕ РАНЕНИЕ ИНОРОДНЫМ ТЕЛОМ (Наблюдение из практики). ActaCAMU, 7(7), 24–29. <https://doi.org/10.5281/zenodo.14131620>

**Аннотация.** Цель исследования: описать случае успешного лечения проникающего колото-резанного ранения хозяйственным ножом краниофасциальной области. Материалы и методы. Пациент С, 33 года, поступил в реанимационный зал приемного отделения ФФРНЦЭМП в 09 ч 00 минут 01.12.2020 года. Жалобы на головную боль, наличие ножа в носу. Со слов пациента травма получена в день поступления получил удар ножом в область лица. Результаты. При рентгенограммах черепа и мультисерийной спиральной компьютерной томографии (МСКТ) костей лица, черепа и головного мозга выявлено инородное тело (ИТ) проникающее в полость черепа в области передней и средней черепной ямки с формированием очага ушиба и внутримозговой гематомы в правой височной доле. Пациент осмотрен смежными специалистами (офтальмолог, оториноларинголог, анестезиолог) и прооперирован, удалено металлическое инородное тело размерами 23 x 2,5 см., краниофасциальной локализации. Заключение: Данное наблюдение продемонстрировало случае успешного лечения проникающего колото-резанного ранения (хозяйственный нож) краниофасциальной локализации. Течение болезни протекало без неврологического дефицита и без внутричерепных воспалительных осложнений. Катамнез 1 год.

**Ключевые слова:** краниофасциальная травма, проникающее колото-резанное ранение черепа и головного мозга, металлическое инородное тело, хирургическое лечение, нейротравматология.

**Annotation.** Purpose of the study: to describe the case of successful treatment of a penetrating stab wound with a household knife of the craniofacial area. Materials and methods. Patient С, 33 years old, was admitted to the intensive care room of the FFRNCEMP admission department at 09:00 on 12/01/2020. Complaint of headache, presence of a knife in the nose. According to the patient, the injury received on the day of admission was stabbed in the face. Results. X-rays of the skull and multiseries spiral computed tomography (MSCT) of the bones of the face, skull and brain revealed a penetrating wound into the cranial cavity in the anterior and middle cranial fossa with the formation of a bruise focus and intracerebral hematoma in the right temporal lobe. The patient was examined by related specialists (ophthalmologist, otorinolaryngologist, anesthesiologist) and operated on, a metal foreign body measuring 23 x 2.5 cm, craniofacial localization was removed. Conclusion: This observation has demonstrated the case of successful treatment of a penetrating stab wound (household knife) of craniofacial localization. The course of the disease proceeded without neurological deficit and without intracranial inflammatory complications. Catamnesis 1 year.

**Keywords:** craniofacial injury, penetrating stab wound of the skull and brain, metal foreign body, surgical treatment, neurotraumatology

**Annotatsiya.** *Tadqiqot maqsadi: kraniofasiyal sohada penetratsion pichoq jarohatini pichoq bilan muvaffaqiyatli davolash holatini tasvirlash. Materiallar va usullar. Bemor S, 33 yosh, 2020-yil 1-dekabr soat 09:00 da Favqulodda tibbiy yordam bo'yicha Federal tadqiqot markazining qabul bo'limining reanimatsiya bo'limiga yotqizilgan. Bosh og'rig'i, burundagi pichoqning mavjudligi shikoyatlari. Bemorning so'zlariga ko'ra, jarohat qabul qilingan kuni yuziga pichoq bilan urilgan. Natijalar. Bosh suyagining rentgenogrammasi va yuz, bosh suyagi va bosh suyagining ko'p qatorli spiral kompyuter tomografiyasi (MSCT) oldingi va o'rta kranial chuqurchalar sohasida bosh suyagi bo'shlig'iga kirgan begona jismni (FB) aniqladi. o'ng temporal lobda kontuziya va intraserebral gematoma o'chog'ining shakllanishi. Bemor tegishli mutaxassislar (oftalmolog, otorinolaringolog, anesteziolog) tomonidan tekshirildi va operatsiya qilindi, 23 x 2,5 sm o'lchamdagi metall begona jism, kraniofasiyal lokalizatsiya olib tashlandi.*

*Xulosa: Ushbu kuzatuv kraniofasiyal lokalizatsiyaning penetratsion pichoq yarasini (kommunal pichoq) muvaffaqiyatli davolashni ko'rsatdi. Kasallikning kechishi nevrologik nuqsonsiz va intrakranial yallig'lanish asoratlarisiz edi. Kuzatuv 1 yil.*

**Kalit so'zlar:** *kraniofasiyal shikastlanish, bosh suyagi va miyaning penetratsion pichoq bilan kesilgan jarohati, metall begona jism, jarrohlik davolash, neyrotravmatologiya*

**Введение.** С ростом преступности среди населения последнее время стали часто встречаться ранения острыми предметами, как арматурой, гвоздями, топором, в том числе и бытовыми предметами. При проникающих травмах черепа и головного мозга повреждаются несколько анатомические структуры (глаза, кости основания и свода черепа, сосуды и вещество мозга). В большинстве случаев проникающие ранения черепа и головного мозга протекают с воспалительными осложнениями как менингит, абсцесс мозга, нагноения мягких тканей в области инородного тела (ИТ). При проникающих слепых челюстно-орбитально-внутричерепных ранениях могут повреждаться вещество головного мозга и крупные интракраниальные сосуды. Для удаления ИТ в зависимости от характера ранения, локализации, используются различные хирургические доступы с участием смежных врачей специалистов (оториноларинголог, офтальмолог, анестезиолога).

В зарубежной и отечественной литературе имеются сообщения о успешном лечении ранения черепа и головного мозга краниобазальной локализации дробелем осложнившиеся развитием воспалительного процесса (абсцесс орбиты) [4], сочетанное слепое радиарное ранения головы стальными металлическими гвоздями длиной 100 мм [2], проникающего ранения черепа и головного мозга металлическим ИТ арматурой [1], проникающего ранения черепа и головного мозга неметаллическими ИТ [3]. Другими авторами представлен случай необычного трансцервикального проникающего повреждения орбиты, вызванного металлическим стержнем с полным восстановлением [5].

Особый интерес в данной публикации представляет проникающее колото-резаные ранение инородным телом (хозяйственный нож) в полость черепа через носовой ход и глазницы без неврологического дефицита, воспалительных осложнений.

Морфологической особенностью в нашем случае является то, что ранящий предмет (хозяйственный нож) прошел через левый носовой ход косо вверх и вправо с повреждением носовой перегородки, медиальных отделов правой орбиты и кости основания черепа в области ПЧЯ-СЧЯ и базальной поверхности правых лобной и височной долей. При этом в неврологическом статусе снижение остроты зрения, глазодвигательных, двигательных и чувствительных нарушений в руках и ногах не выявлено.

**Клинический пример:** пациент С,А, 33 года, поступил в реанимационный зал приемного отделения ФФРНЦЭМП в 09 ч 00 минут 01.12.2020 года. Жалобы на головную боль, наличие ножа в области носа. Со слов пациента травму получил в день поступления при ссоре, получил удар ножом в область лица. Пациент поступил в состояние алкогольного опьянения. После неврологического осмотра больному произведена рентгенография черепа в двух проекциях. Обнаружено ИТ в области костей лицевого скелета проникающее в полость черепа. При мультисерийной спиральной компьютерной томографии (МСКТ) костей лица,

череп и головного мозга выявлено проникающее ранение в полость черепа в области передней и средней черепной ямки с формированием очага ушиба и внутримозговой гематомы.

**Общее состояние** пациента при поступлении средней тяжести. Кожные покровы и слизистые оболочки обычной окраски. Дыхание через нос затруднено, частота дыхания 18 в мин. Дыхание проводится во всех отделах легких, хрипов нет. Тоны сердца ритмичные, звучные. АД 120/80 мм.рт.ст. Пульс ритмичный 80 уд в 1 минуту, удовлетворительного наполнения и напряжения. Живот мягкий, безболезненный, равномерно участвует в акте дыхания.

**Неврологический статус:** Пациент в состоянии алкогольного опьянения. Нарушение бодрствования на уровне умеренного оглушения. По ШКГ 14 балла. Несколько возбужден. На заданные вопросы отвечает правильно, но с задержкой. Острота зрения не нарушена. Глазодвигательных нарушений нет. Зрачки равны, фотореакция сохранена. Активные движения в руках и ногах в полном объеме.



А



Б

**Рис.1. Фото пациента С.А., при поступлении.**

Менингеальных симптомов не выявлено. Сухожильные и периостальные рефлексы равны, снижены, патологических рефлексов нет.

**Местно:** в полости левой ноздри имеется видимая часть ИТ (рукоятка ножа), активных кровотечений из носа нет. Следов травмы на голове нет. На лице множественные ссадины и мелкие раны мягкой ткани (Рис.1.).

**Рентгенограммы пациента С.А.** при поступлении – в боковой и фронтальной проекции, выявлено ИТ (нож) проникающий в полость черепа. (Рис.2.).



А



Б

**Рис.2. Фото пациента С.А., при поступлении – в боковой и фронтальной проекции.**

При МСКТ головного мозга от 01.12.2020 года выявлено ИТ металлической плотности, проникающее в правую гайморовую пазуху с повреждением костей медиальной и задней стенки, гемосинус правой гайморовой пазухи, плотность содержимого +55 ед. Н, повреждение ниже-медиальной стенки правой орбиты, повреждение малого крыла основной кости. Передние отделы (кончик) ИТ визуализируются в глубинных структурах правой височной доли с формированием небольшой внутримозговой гематомы и очаговое повреждение вещества мозга в медиальных отделах височной доли. Смещение срединных структур мозга не выявлено. (Рис. 3.).

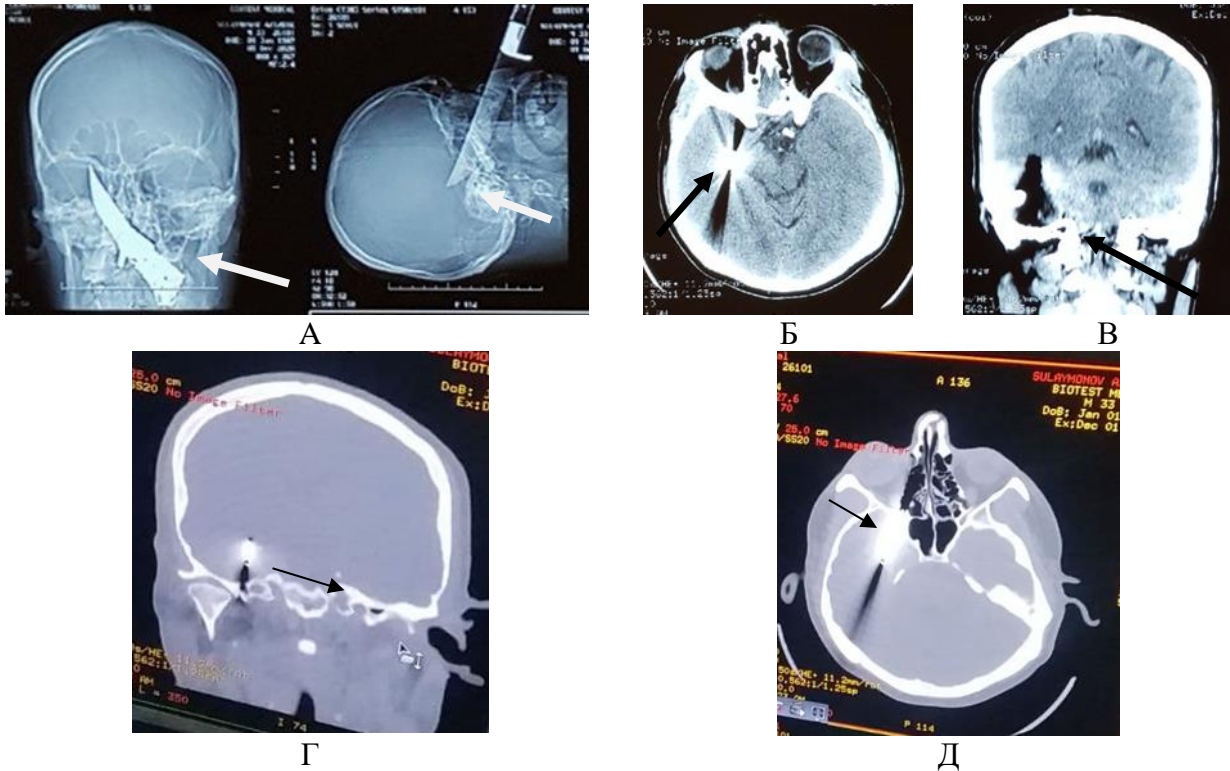


Рис 3. МСКТ черепа в костном и мозговом режиме.

МСКТ топография: а, б – фронтальная и боковая проекции, металлический предмет в области лицевого скелета и основании передней и средней черепной ямки (белые стрелки);

МСКТ мозговой режим-в)-аксиальная и фронтальная проекции – кончик металлического предмета находится в правой височной доле. Артефакты от ИТ (черные стрелки)

МСКТ костей черепа и головного мозга: г,д) - аксиальная, фронтальная и сагиттальная - проекции – г)-определяется инородный металлический предмет в правой височной доле, артефакты от ИТ. д)-кончик металлического предмета в правой височной доле; Артефакты от ИТ (тонкие черные стрелки).

Пациент осмотрен окулистом от 01.12.2020 г – кроме сужения артерии сетчатки других расстройств нет и отоларингологом от 01.12.2020 г.: активное кровотечение и макроликвореи из полости носа не выявлено.

Учитывая данные краниографии и компьютерной томографии, а также результатов осмотра офтальмолога и отоларинголога принято решение металлическое ИТ удалить, интракраниальным доступом провести ревизию раны мозга во избежание возможных интраоперационных осложнений.

**Операция:** Пациенту С.А., в 10 ч 45 мин., 01.12.2020 года под интубационным наркозом произведена операция. Перед интракраниальной операцией установлен поясничный дренаж. Получена геморрагическая спинно-мозговая жидкость с умеренно повышенным давлением, 200 мм.рт.ст (лёжа на боку). СМЖ взята на общий анализ и бактериологические

исследования. Произведен подковообразный разрез мягких тканей в правой лобно-височной области. Кожно-апоневротический лоскут отсепарирован и откинут к основанию. Височная мышца с фасцией откинута к основанию, фасция височной мышцы отсепарирована и откинута в сторону скуловой дуги. Произведена костно-пластическая трепанация. Дефект кости продолжен с дополнительной резекцией к основанию средней черепной ямки. Твердая мозговая оболочка (ТМО) напряжена. С целью ревизии основания СЧЯ вскрыта ТМО дугообразно и обнаружен проксимальный конец ИТ, которое повредило малое крыло основной кости, ТМО и вещества медио-базального отдела правой височной доли. Мозг красноватого цвета, с вялой пульсацией.

В передних медио-базальных отделах правой височной доли обнаружено небольшие детриты со сгустками крови, объемом 10 см.З. При ревизии основания СЧЯ обнаружен кончик металлического предмета (кончик ножа) и детрит с сгустками крови. Нож подтянут и удален за рукоятки через нос, интракраниально на месте проникновения ИТ имеется дефект ТМО около 2,0-3,0 см, участки мозгового детрита и сгустки крови удалены. Гемостаз, кровотечение умеренное. В области дефекта ТМО уложена гемостатическая губка Surgicelfibrilar и кусочек из височной мышцы. Мозг умеренно напряжен, пульсация мозга отчетливая, не выбухает в костный дефект. Полость гематомы промыта растворами антисептиков и антибиотиков, установлен тонкий полихлорвиниловый дренаж. ТМО ушита с дополнительной заплатой из фасции височной мышцы. Костный лоскут фиксирован к краям дефекта. Швы на кожу. Асептическая повязка. Во время операции участвовал отоларинголог. Произведена ПХО раны полости носа, гемостаз и тампонирование мазью.

Состояние пациента в динамике удовлетворительное. Сознание ясное. По ШКГ 15 балла. Адекватный. Жалобы на умеренную головную боль. Двигательных и чувствительных нарушений не было. Неоднократно проведена поясничная пункция для санации СМЖ. Анализы СМЖ без признаков воспаления, при посеве ликвора рост микрофлоры не выявлен.

В динамике осмотрен окулистом нарушение остроты зрения и глазодвигательных нарушений не выявлено. Осмотрен отоларингологом макроликвореи и кровотечения из носа не выявлено.

Для предотвращения возможных посттравматических осложнений (гнойно-воспалительные, вторичные ишемические изменения и ликворея) проведен курс массивной антибактериальной, инфузионной, дегидротационной, ноотропной, вазотропной, противосудорожной терапией, введением эндолюмбально антибиотиков. Послеоперационная рана зажила первичным натяжением.

При контрольной МСКТ от 13.12.2022 года (13 сутки), выявлена гиподенсивная зона правой височной доли, размерами 20x12x12 мм, V=1,44 см.куб., плотностью +5 ед. Н. САК. Субдуральное скопление правой лобно-теменной области, плотностью +28 ед. Н., признаки отека мозга. Перелом ниже-медиальной стенки правой гайморовой пазухи, перелом задненижнего отдела медиальной стенки правой орбиты продолжением линии перелома на малое крыло основной кости. Гемосинус справа. Правосторонний хронический средний отит.

Состояние в динамике после операции удовлетворительное. Сознание ясное. По ШКГ 15 балла. Со стороны неврологического статуса очаговых изменений не выявлено. Острота зрения не нарушена. Дыхание через нос свободное. Макроликвореи нет. Мягкие ткани в области операционного вмешательства без признаков воспаления, послеоперационный рубец гладкий.

При МСКТ в динамике, (нативная, в 3D реконструкции и в ангиорежиме) имеются КПТ в правой лобно-височной области, костный лоскут в удовлетворительном состоянии, гиподенсивное утолщение мягких тканей в правой височно-теменной области, размерами 48x13 мм, плотностью +53 ед.Н. Кистозно-атрофические зоны с неровными нечеткими контурами, неправильной формы, с плотностью в центральной зоне +12 ед.Н, по периферии +21 ед.Н.

Срединные структуры не смещены. При КТ-АГ повреждения сосудов головного мозга не выявлено. Накопление контрастного вещества в ткани мозга и признаков воспалительных изменений в области операции не выявлено.

Течение болезни протекало без неврологического дефицита и без внутричерепных воспалительных осложнений. Пациент в удовлетворительном состоянии без неврологического дефицита выписан на амбулаторное лечение и наблюдение в поликлинике по месту жительства. Катамнез 1 год.

**Заключение:** Проникающие ранения черепа и головного мозга краниофациальной локализации инородного тела часто сопровождаются повреждением смежных анатомических структур (придаточная пазуха носа, орбиты, основания черепа, вещества мозга) сопровождаются повреждением крупных сосудов мозга и гнойно-воспалительными осложнениями как менингит, абсцесс мозга. Трехмерная 3D реконструкция МСКТ изображение не оправдала при диагностике краниофациальной локализации из-за появления артефактов от металлического тела. Для диагностики и успешного лечения при проникающих колото-резаных ранениях особенно краниофасциальной локализации необходимо тщательная нейровизуализация (рентгенограмма черепа, лицевого скелета, исследования сосудов головного мозга - МСКТ ангиография или МРТ ангиография).

#### Литература:

1. С.А. Буров, А.Э. Тальпов. Успешное лечение проникающего ранения черепа и головного мозга металлическим инородным телом арматурой. // Ж. Нейрохирургия. -№4. -2004. -С. 41-42.
2. Ю.К. Дайниченко, В.З. Бурлай, И.В. Цинкуш-Рязанцева Сочетанное слепое радиарное ранение головы инородными телами (гвоздями). // Ж. Нейрохирургия. -№2. -2004. -С. 25-26.
3. Акад. А.А.Потапов, к.м.н. В.А.Охлопков, Я.А. Латышев, проф. Н.К. Серова, к.м.н. С.А. Еолчийн Проникающие ранения черепа и головного мозга неметаллическими инородными телами (обзор литературы за последние 50 лет). // Журн. Вопросы нейрохирургии. №6. -2014. -С.101-106.
4. Г.Г. Шагинян, В.А. Смирнов Ранения черепа и головного мозга дюбелем. // Ж. Нейрохирургия. -№2. -2004. -С. 26-28.
5. S.C. Ohaeghulam, J.O. Ojukwu Unusual Cranio-cerebral Injuries from Nailing. // Surg. Neurool. - 1980; 14;5; -P.393-395.