

ПОДКОЖНАЯ ЭМФИЗЕМА ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ

Кукушкина Е.А., Захаров Р.С.

Представлен клинический случай внезапно возникшей выраженной одутловатости лица у солдата срочной службы. По неотложным показаниям пациент был госпитализирован с диагнозом ангионевротический отек, но при тщательном обследовании выявлена обширная подкожная и межмышечная эмфизема мягких тканей лица, которая вызывалась искусственно.

Главный военный клинический госпиталь внутренних войск МВД России.
г. Балашиха, Россия

Ключевые слова: подкожная эмфизема, челюстно-лицевая область, КТ.

SUBCUTANEOUS EMPHYSEMA OF THE MAXILLOFACIAL AREA

Kukushkina E.A., Zakharov R.S.

Article presents a case of sudden severe facial puffiness in a conscript. For urgent indications he was hospitalized with a diagnosis of angioedema, however a more careful examination revealed extensive subcutaneous and intermuscular emphysema of the soft tissues that has been caused artificially.

Main Military Clinical Hospital of Internal Forces, Ministry of Internal Affairs of Russia.
Balashikha, Russia

Keywords: subcutaneous emphysema, maxillofacial area, CT.

Проблема одутловатости и отеков, возникающих внезапно в области лица, не так уж безобидна, даже если дает о себе знать не очень часто. Следует учесть, что внезапный отек лица может сопутствовать весьма серьезным заболеваниям.

Ангионевротический отек — аллергическая реакция, характеризующаяся отеком тканей лица. Отек обычно мягкий, сопровождается зудом. Факторами, провоцирующими развитие ангионевротического отека, служат механическая травма, стресс, инфекция, контакт с аллергеном. Отек тканей обычно развивается быстро, в течение нескольких минут или часов, бывает диффузным, мягким и симметричным. Обычно отекают губы. Цвет кожи, как правило, не изменяется или приобретает красноватый оттенок. Возможен также отек языка, дна полости рта, век, всего лица и конечностей. Приобретенный ангионевротический отек разрешается спонтанно, имеет рецидивирующее течение и не представляет опасности для больного. Жалобы обычно сводятся к зуду и ощущению жжения. Лечение включает назначение антигистаминных препаратов, выявление аллергена и профилактику контакта с ним, устранение стресса [1].

Эмфизема (от греч. *emphysēma* - вздутие) представляет собой скопление и растяжение воздухом или образовавшимся газом тканей или органа. Выделяют эмфизему легких, подкожную, медиастинальную и тканевую эмфизему при газовой анаэробной инфекции, эмфизему при декомпрессионной болезни.

Подкожная эмфизема может наблюдаться при повреждении придаточных пазух носа, ранениях слизистой оболочки полости рта, иногда она осложняет трахеостомию, трахеотомию, когда воздух попадает в окружающую подкожную клетчатку через рану. В этих случаях подкожная эмфизема носит локальный характер и обычно не представляет опасности для больного [2].

В стоматологической практике эмфизема лица возникает как осложнение при проведении стоматологических манипуляций таких, как пломбировка каналов с их перфорацией, санация глубоких поддесневых каналов при пародонтозе, неправильное выполнение гигиенических процедур типа «air-flow», когда сжатый воздух через наконечник высокоскоростной бормашины нагнетается под слизисто-надкостничный лоскут, в отпрепарированную полость зуба или в зубную лунку. Воздух рас-

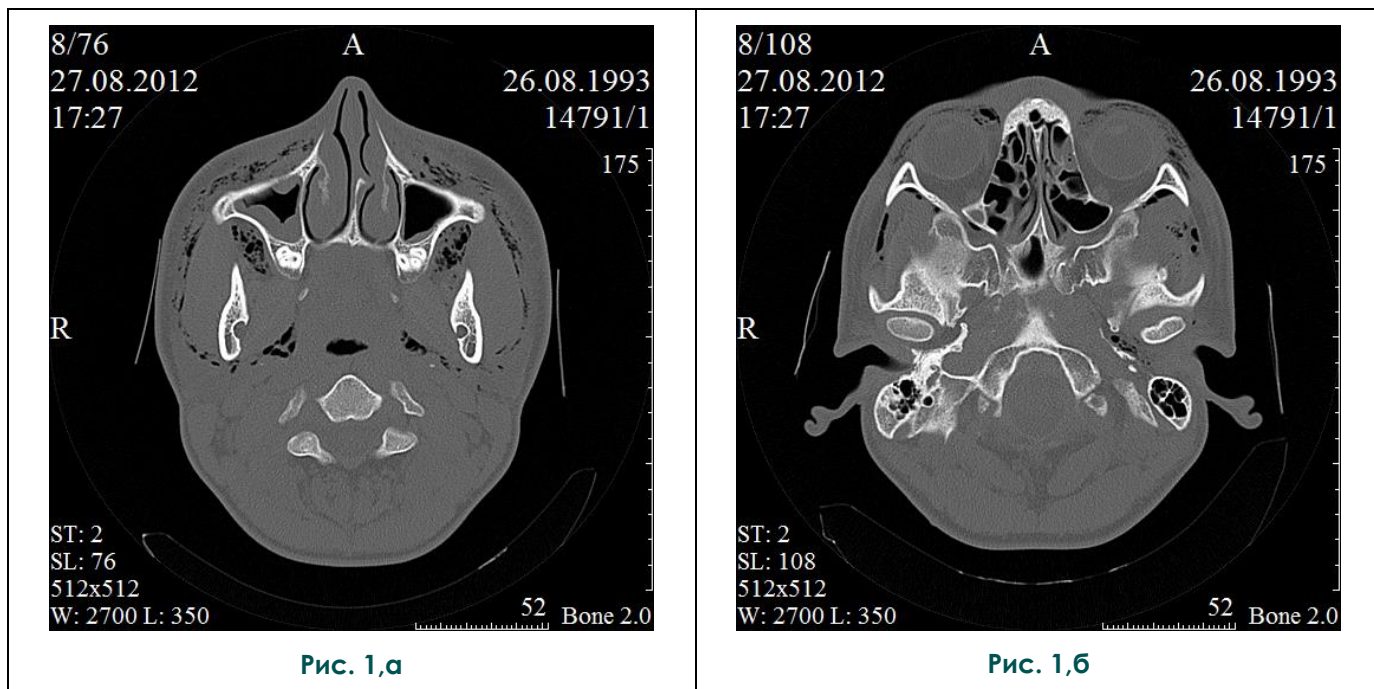


Рис. 1,а

Рис. 1,б

Рис. 1. МСКТ придаточных пазух носа. Аксиальная реконструкция.

Пациент А. Отмечается выраженная двусторонняя симметричная подкожная и межмышечная эмфизема челюстно-лицевой области. Травматические повреждения придаточных пазух носа не выявлены. Пневматизация правой верхнечелюстной пазухи снижена за счет пристеночной гиперплазии слизистой.

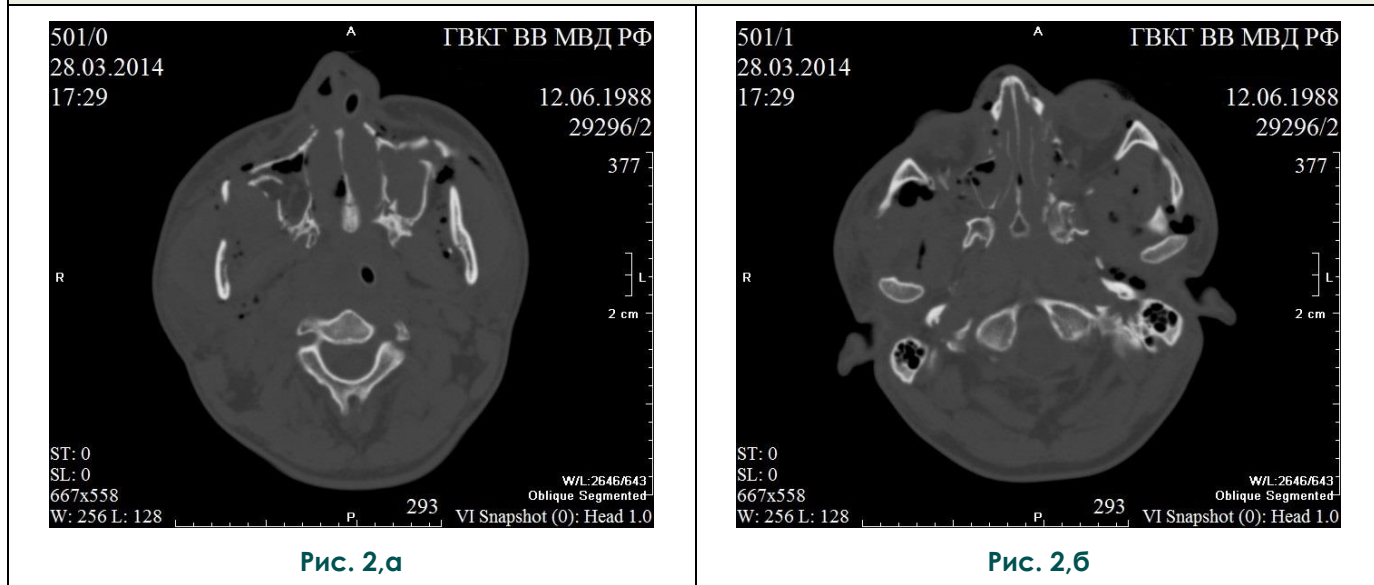


Рис. 2,а

Рис. 2,б

Рис. 2. МСКТ придаточных пазух носа. Аксиальная реконструкция.

Пациент М. Определяются множественные переломы стенок верхнечелюстных и решетчатых пазух. Полости придаточных пазух носа totally заполнены геморрагическим содержимым. Подкожная эмфизема челюстно-лицевой области умеренно выражена.

пределается в подкожной клетчатке или вдоль фасции. В таких случаях мягкие ткани вблизи зоны хирургического вмешательства в течение нескольких минут припухают. При пальпации отмечают хрустящий звук. Попавший в ткани воздух может распространиться вдоль фасции на шею и далее в область грудины, вдоль предпозвоночной фасции в средостение, а также в

височную область и глазницу [3].

Клиническое наблюдение.

По неотложным показаниям госпитализирован солдат срочной службы А., который предъявлял жалобы на внезапно развившуюся одутловатость лица, возникшую после физической нагрузки на фоне полного здоровья. Пациенту был выставлен предварительный диагноз:

ангионевротический отек; назначено соответствующее лечение. При лабораторном исследовании все показатели крови были в пределах нормы. Через два дня после госпитализации одутловатость лица прошла, но вновь появилась на следующее утро. При более тщательном осмотре и пальпации лица была выявлена крепитация мягких тканей, была заподозрена подкожная эмфизема, и пациент был направлен на компьютерную томографию. Важным моментом было исключение травматических повреждений придаточных пазух носа и верхних дыхательных путей в результате внеуставных взаимоотношений, хотя у пациента не было ссадин и кровоподтеков на лице. При проведении мультиспиральной компьютерной томографии придаточных пазух носа была выявлена массивная подкожная и межмышечная эмфизема тканей лица без травматических повреждений придаточных пазух носа (Рис. 1 (а, б)).

При травматических повреждениях стенок придаточных пазух носа на компьютерных томограммах очень хорошо выявляется подкожная эмфизема, но она не бывает так явно симметрична и столь выражена, даже при множественных переломах (Рис. 2 (а, б)).

Мультиспиральная компьютерная томография, выполненная тонкими срезами, так же помогла исключить врожденную патологию верхнечелюстных пазух, так как верхняя, или глазничная, стенка верхнечелюстной пазухи является наиболее тонкой, особенно в заднем отделе, где часто бывают дигисценции. Так же для исключения дигисценции пациент А. был неоднократно осмотрен отоларингологами с проведением различных проб, направленных на повышение давления в носоглотке и пазухах носа, но эмфизема при этом не возникала.

В процессе проведения дифференциаль-

ного диагноза у пациента были исключены все вышеперечисленные причины возникновения подкожной эмфиземы челюстно-лицевой области. Учитывая неоднократное возникновение подкожной эмфиземы, массивное и симметричное распространение воздуха в клетчатке, было заподозрено искусственное ее происхождение. Пациент был тщательно осмотрен стоматологом, который обратил внимание на несколько точечных участков повреждения слизистой оболочки щек на уровне моляров. После рассасывания эмфиземы лица, непосредственно перед выпиской пациента, эпизод возникновения подкожной эмфиземы челюстно-лицевой области повторился. Была выполнена МСКТ придаточных пазух носа, которая подтвердила повторную, массивную эмфизему мягких тканей лица еще более выраженную, чем при поступлении (Рис. 3 (а, б)), после чего пациент был направлен на психиатрическую экспертизу.

Обсуждение.

В представленном нами клиническом случае в ходе множественных исследований и тщательного неоднократного осмотра пациента была выявленная искусственная подкожная эмфизема челюстно-лицевой области. Искусственные заболевания - болезненные состояния, которые возникают путем воздействия на организм различных повреждающих факторов внешней среды (химических, физических, биологических) и воспроизводят отдельные признаки какой-либо нозологической формы. Они, по сути, близки членовредительству, но отличаются тем, что при них нет явного механического повреждения органа или ткани, и морфологически носят характер известной классифицированной болезни [4]. Искусственная эмфизема вызывается введением под кожу или слизистой оболочки воздуха, вследствие чего возникают

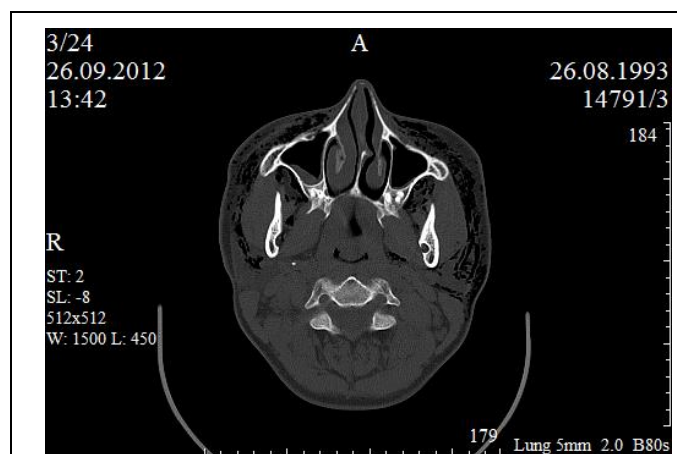


Рис. 3,а

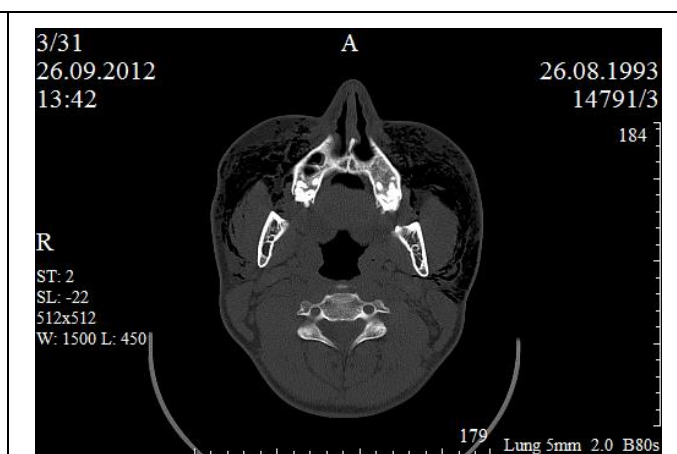


Рис. 3,б

Рис. 3. МСКТ придаточных пазух носа. Аксиальная реконструкция.

Пациент А. Отмечается выраженная двусторонняя симметричная подкожная и межмышечная эмфизема челюстно-лицевой области, возникшая повторно. Пневматизация правой верхнечелюстной пазухи незначительно снижена за счет пристеночной гиперплазии слизистой.

ограниченные или распространенные припухлости. На лице искусственная подкожная эмфизема вызывается путем прокола слизистых оболочек щек с последующими вдохом и напряженным выдохом при закрытом рте и зажатом пальцами носе. При этом выдыхаемый воздух поступает в клетчатку щек, шеи, груди. Выдох производится до тех пор, пока ткани лица, шеи, головы, груди не станут опухшими. Щеки припухают, лицо увеличивается в объеме, веки также припухают и закрывают глаза, кожа становится гладкой, лоснящейся и бледной. Членовредитель связывает появление эмфиземы с ушибами, укусами насекомых, перенесенной ангиной, паротитом и т.п. В нашем клиническом случае пациент утверждал, что припухлость лица у него возникла после подтягиваний на турнике. Искусственная эмфизема быстро (через 2-4 дня) рассасывается, и членовредитель должен ее постоянно поддерживать. Поэтому можно наблюдать, например, что эмфизема лица к утру после сна уменьшается в объеме, а через некоторое время после того, как испытуемый проснется, припухлость вновь увеличивается. Так же и в представленном нами

клиническом случае эмфизема лица практически полностью рассасывалась в течение двух-трех дней и вновь появлялась с утра перед врачебным обходом. Несоответствие анамнестических данных, внезапное возникновение, нормальная окраска кожи, нормальная температура и, главным образом, ощущение крепитации при ощупывании и выхождении воздуха при проколах позволяют поставить правильный диагноз. На слизистой оболочке полости рта, десен при внимательном осмотре видны небольшие ранки с некоторой припухлостью вокруг [4].

Заключение.

Мультиспиральная компьютерная томография является достаточно информативным методом в определении патологических изменений в мягких тканях, в частности в определении подкожной эмфиземы. Подкожная эмфизема челюстно-лицевой области без травматических повреждений придаточных пазух носа и без дигисценций в стенках пазух позволяет предположить искусственное ее происхождение.

Список литературы:

1. Лолор Г., Фишер Т., Адельман Д. Клиническая иммунология и аллергология / Пер. с англ. - М.: Практика, 2000. - 806 с.
2. Вагнер Е.А. Хирургия повреждений груди. - М.: Медицина, 1981. — 288 с.
3. Клаудио Андреас Гамбоа Видаль, Карлос Андреас Вена Писарро, Андреас Алмейда Арриагада. Подкожная эмфизе-

ма как следствие стоматологического лечения: клинический случай. - *Med Oral Patol Oral Cir Bucal.* - 2007. - 12:E76-8.

4. Колкутин В.В., Соседко Ю.И. - Судебно медицинская экспертиза самоповреждений, искусственных и притворных болезней. - М. : Юрлитинформ, 2004. - 160 . с