



УДК: 616. 215–006. 5: 616. 155. 294

ГИГАНТСКИЙ ХОАНАЛЬНЫЙ ПОЛИП У БОЛЬНОГО С ВРОЖДЕННОЙ ТРОМБОЦИТОПЕНИЕЙ

А. А. Гамзатова, Г. А. Гаджимирзаев, М. А. Шахназаров

Дагестанская государственная медицинская академия

(Зав. каф. оториноларингологии – проф. Г. А. Гаджимирзаев)

(Зав. каф. патологической анатомии – проф. А. М. Шахназаров)

В практической работе оториноларингологу нередко приходится встречаться с кровотечениями, обусловленными врожденными и приобретенными геморрагическими диатезами, а при планировании хирургического вмешательства выбирать оптимальную тактику предоперационной коррекции свертывающей системы крови в целях профилактики массивного интраоперационного кровотечения. Приводим собственное наблюдение.

Больной М., 20 лет, поступил в ЛОР-отделение Республиканской клинической больницы (РКБ) г. Махачкала 17.01.07 с диагнозом: Хронический риносинусит. Хоанальный полип. Рецидивирующее носовое кровотечение

Жалобы при поступлении: на затруднение носового дыхания, головные боли, частые кровотечения из носа и рта.

Из анамнеза известно, что с детского возраста страдает врожденной тромбоцитопенией и наблюдается гематологами. Многократно лечился в стационарах Республиканской детской клинической больницы и РКБ. Со слов родителей и самого больного, кровотечение из носа и / или десен возобновляется после малейшей травмы, ОРЗ или простуде.

Со стороны внутренних органов существенных изменений не выявлено. Анализ мочи без особенностей, биохимические параметры крови (сахар, билирубин, холестерин, креатинин) в пределах физиологической нормы. В анализе крови от 18.01.07 – гемоглобин – 126 г/л, эр. – 4,6 г/л, Л – $11 \cdot 10^9$ /л, тромбоциты – 101/мкл, СОЭ – 5 мм/ч, длительность кровотечения – 1'30", ретракция кровяного сгустка (РСК) – 0,6 %.

ЛОР-статус. Слизистая оболочка полости носа неравномерной окраски, слизистое отделяемое в умеренном количестве. При задней риноскопии определяется продолговатое образование, спускающееся из носовой части глотки и достигающее до края мягкого неба. Контуры образования ровные, поверхность гладкая, при пальпации плотнoэластической консистенции, легко смещается. На рентгенограмме околоносовых пазух отмечалось малоинтенсивное затемнение обеих гайморовых пазух. Другие ЛОР-органы без особенностей. Внешний вид образования, консистенция и мобильность его дали основание говорить о хоанальном полипе.

В качестве предоперационной подготовки в течение 10 дней больной получал: аскорутин и глюконат кальция по 1 таблетке 4 раза в день, витамины В1 и В6 по 1 мл внутримышечно 1 раз в день, дицинон по 2,0 мл 2 раза в день внутримышечно, внутривенно вводили 5 % раствор эпислон-аминокапроновой кислоты, дважды переливали по 2 дозы тромбоконцентрата. Указанная схема терапии позволила поднять количество тромбоцитов в крови со 101/мкл до 280/мкл, а РСК – с 0,6 до 20 %.

20.01.07 под местной аппликационной 10 % лидокаиновой анестезией, после предварительной премедикации путем внутримышечного введения 1 мл 2 % раствора промедола, 0,5 мл 0,1 % атропина и 1 мл 2 % раствора димедрола, произведена полипотомия с использованием носоглоточных щипцов Юроша и крючка Ланге. Во время операции наблюдалось выраженное кровотечение, потребовавшее переднюю и заднюю тампонаду носа.

Удаленный хоанальный полип, представлял собой образование с гладкой, блестящей поверхностью, местами с неглубокими ямками, на ощупь умеренной плотности.

Гистологическое заключение – ангиоматозно-фибринозный полип со значительно выраженной воспалительной реакцией (рис. 2, 3, 4).



Рис. 1. Ангиоматозно-фиброзный полип носоглотки.

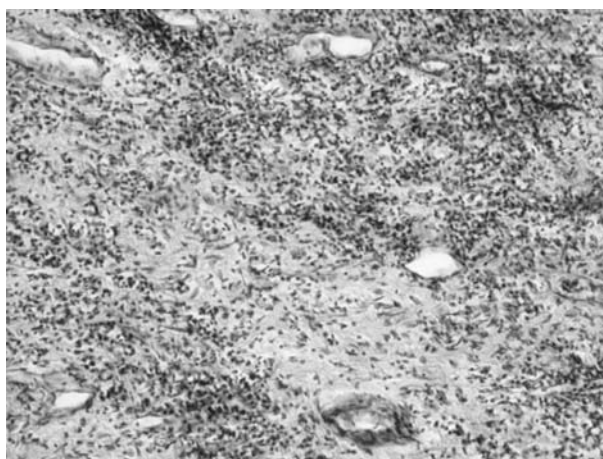


Рис. 2. Значительно выраженная лимфоцитарно-плазмоцитарная инфильтрация базальной зоны полипа. Окраска гематоксилином и эозином. Ув. 40

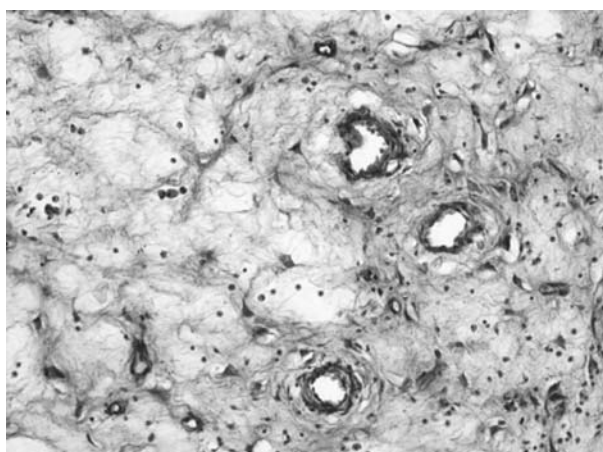


Рис. 3. Центральная зона полипа с ангиоматозом, умеренно выраженной лимфоплазмоцитарной инфильтрацией и миксоматозом стромы. Окраска гематоксилином и эозином. Ув. 100.

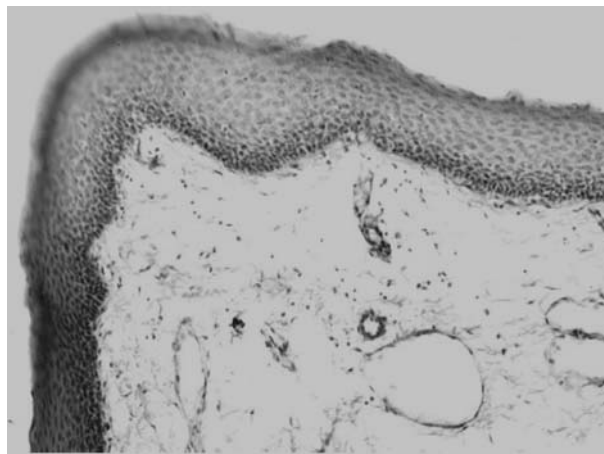


Рис. 4. Поверхностная зона полипа, покрытая многослойным плоским эпителием и отеком подлежащей ткани. Окраска гематоксилином и эозином. Ув. 100.

В послеоперационном периоде удаление носовых тампонов производилось поэтапно в течение 5 суток, после чего носовое кровотечение не возобновлялось.

Больной выписан домой 04.02.07 в удовлетворительном состоянии с рекомендацией находиться под наблюдением гематолога и оториноларинголога.

Анализируя данное наблюдение, следует отметить редкое сочетание геморрагического диатеза и гигантского хоанального полипа. В целях минимизации риска обильного интраоперационного кровотечения, в программе послеоперационной подготовки подобных больных следует предусматривать целенаправленное восполнение дефицитных составляющих, ответственных за свертывающую систему крови.

УДК: 616.329—003.6:617.53—002.36:616.27—002

ДЛИТЕЛЬНО СТОЯЩЕЕ ИНОРОДНОЕ ТЕЛО ПИЩЕВОДА, ОСЛОЖНЕННОЕ ЕГО ПЕРФОРАЦИЕЙ, ФЛЕГМОНОЙ ШЕИ, МЕДИАСТИНИТОМ

В. Г. Зенгер, А. В. Инкина, В. Ю. Тюкин,

Д. М. Мустафаев, О. К. Тимофеева, Е. Г. Царькова, О. О. Копченко

*Московский областной научно-исследовательский клинический институт
им. М.Ф. Владимирского*

(Директор – з.д.н. РФ, член-корр. РАМН, проф. Г. А. Оноприенко)

Наиболее распространенной причиной возникновения флегмоны шеи и медиастинита в практике ЛОР-врача является перфорация пищевода [1, 3, 4].

Причинами перфораций могут быть травмы пищевода (при диагностических исследованиях, при лечебных манипуляциях, травмах инородными телами, гипербарических травмах, деструкция при химических и термических ожогах, ранения холодным и огнестрельным оружием), заболевания пищевода (синдром Бурхава, опухоли, острые и хронические изъязвления) и заболевание других органов (легких и плевры, средостения, щитовидной железы и др.) [4, 6].

Флегмонам шеи свойственно крайне тяжелое течение. Повышенное внимание к данной проблеме обусловлено прогрессирующим течением флегмон с развитием таких тяжелых осложнений как медиастинит, сепсис, тромбоз кавернозного синуса твердой мозговой оболочки, тромбофлебит лицевых вен и др. [1, 5].