



исследование удаленного новообразования №13296 от 31. 07. 2008г.: эккринная кожная цилиндрома (доброкачественная опухоль потовых желез).

При гистологическом исследовании опухоль состоит преимущественно из крупных долек, четко очерченных гиалином. Паренхима долек образована мелкими, однотипными, округлыми, темными клетками с «частоклом», по периферии. В дольках определяется большое количество кистозных полостей с двухслойным эпителием, напоминающим выстилку выводных протоков потовых желез, содержащим гиалин при окраске гематоксилин – эозин розового цвета. Описанный вариант цилиндromы относится к доброкачественным опухолям кожи сложного строения. И хотя гистогенез их представляется спорным, считается, что они связаны с эккринными потовыми железами [1]. В отдаленном периоде (через 1 – 4 месяца) пациентка жалоб не предъявляла, рецидива опухоли не наблюдалось. В области сагит сопчае левой ушной раковины нежный послеоперационный рубец.

Данное наблюдение представляет доброкачественный вариант цилиндromы, возникшей из эккринных потовых желез кожи ушной раковины.

Своевременная диагностика и хирургическое лечение привели к полному излечению больной.

ЛИТЕРАТУРА

1. Апатенко А. К. Эпителиальные опухоли и пороки развития кожи. М. 1973. – 240 с.
2. Бобров В. М., С. Ю. Трифонов Множественная цилиндрома кожи обеих ушных раковин и наружных слуховых проходов //Вестн. оторинолар. – 2005. – №6. – С. 64–66.
3. Волков Б. К. Цилиндroma наружного уха //Там же. – 1970. – №5. – С. 104–105.
4. Завадский Н. В. Два наблюдения редко встречающихся опухолей уха (цилиндromы и меланомы) //Журн. ушн., нос. и горл. болезней. – 1983. – №5. – С. 78–80.
5. Козлова А. В., Калина В. О, Гамбург Ю. Л. Опухоли ЛОР-органов. М. 1979. – 274 с.
6. Патолого-анатомическая диагностика опухолей человека (Руководство для врачей) в двух томах. Том 2. Под редакцией акад. Н. А. Краевского, А. В. Смольяникова, Д. С. Саркисова. Издание четвертое, дополненное и переработанное. М. 1993. – С. 537; 664–669.
7. Пачес А. И. Опухоли головы и шеи. М. 1983. – С. 37; 269.
8. Рябина В. П., Шапиро Л. М. Цилиндroma уха //Вестн. оторинолар. – 1973. – №4. – С. 93–94.
9. Солнцев А. М., Колесов В. С. Доброкачественные опухоли лица, челюстей и органов полости рта. Киев, 1985.
10. Strobel H., Z. Laryng. Rhinol., 1966, Bd 45, S. 33.

Бобров Вячеслав Михайлович, заведующий ЛОР отделением МУЗ ГКБ №8 им. И. Б. Однoпoзoвa. 426075, г. Ижевск, ул. Серoвa, 65. Тел. 8–3412–72–17–72, E-mail: bobrovvm@mail. ru ; **Трифoнoв** Сергей Юрьевич, МУЗ ГКБ №8 им. И. Б. Однoпoзoвa. 426075, г. Ижевск, ул. Серoвa, 65. Тел. 8–3412–20–44–77

УДК: 617.53:616 – 001.45

СЛУЧАЙ ОГНЕСТРЕЛЬНОГО ПУЛЕВОГО СЛЕПОГО ПРОНИКАЮЩЕГО РАНЕНИЯ ШЕИ СО СКВОЗНЫМ ПОВРЕЖДЕНИЕМ ТРАХЕИ И ШЕЙНОГО ОТДЕЛА ПИЩЕВОДА

Р.А. Забиров, М.И. Аникин

THE CASE OF GUNSHOT BULLET BLIND PENETRATING TRACHELOS WOUND WITH PERFORATING INJURY OF TRACHEA AND CERVICAL SECTION AND ESOPHAGUS

R.A. Zabirov, M.I. Anikin

ГОУ ВПО Оренбургская медицинская академия Росздрава
(Ректор – Засл. деятель науки РФ, проф. В.М. Боев)

Авторы представляют редкий клинический случай успешного лечения огнестрельного слепого проникающего ранения шеи резиновой пулей от пистолета типа «Оса» со сквозным повреждением трахеи и шейного отдела пищевода у подростка.



Ключевые слова: огнестрельное ранение шеи, трахеи, пищевода, резиновая пуля.

Библиография: 6 источников.

The authors have presented uncommon clinical case of successful treatment of juvenile with gunshot blind penetrating trachelos wound by rubber bullet of «Osa» type pistol accompanying with perforating injury of trachea and cervical section of esophagus.

Key words: gunshot bullet trachelos wound; trachea; esophagus; rubber bullet.

Bibliography: 6 sources.

Актуальность проблемы лечения больных с огнестрельными ранениями шеи определяется:

- неуклонным увеличением количества данных больных;
- ранения шеи часто приводят к нарушению жизненно важных функций (дыхания, приема пищи), вызывают кровотечения, эмфизему средостения, создающих угрозу жизни пациентам;
- длительное и многоэтапное лечение, нередко малоэффективное;
- большой процент инвалидизации больных на длительное время [1, 3, 4, 5, 6].

В последние годы увеличивается число ранений и травм ЛОР-органов от оружия нелетального действия резиновыми пулями, которые по современной концепции рассматриваются как огнестрельные и тактика ведения их, алгоритм оказания неотложной помощи, лечения идентичны огнестрельным ранениям от обычного оружия [2].

Приводим наше клиническое наблюдение огнестрельного слепого проникающего ранения шеи со сквозным повреждением трахеи и пищевода резиновой пулей от пистолета типа «Оса».

Больной Л.Н., 17 лет, в срочном порядке был доставлен в ЛОР клинику машиной скорой помощи 20.12.2009 г. в 00:30 в крайне тяжелом состоянии. Со слов персонала скорой помощи обнаружен на улице в 00:20 20.12.2009 г. без сознания с раной на шее округлой формы в проекции верхнего отдела трахеи, резким стридором, цианозом кожных покровов. При поступлении в приемное отделение: больной без сознания, астенического телосложения, отмечен выраженный цианоз кожи, артериальное давление не определяется, пульс нитевидный 120 ударов в 1 минуту, единичные поверхностные дыхательные движения. На передней поверхности шеи в проекции верхнего отдела трахеи определяется округлой формы рана около 1,5 см в диаметре. В срочном порядке в операционной приемного отделения без анестезии дежурным ЛОР врачом и реаниматологом ортоскопически осмотрена рана на шее: выявлено повреждение верхних полуколец трахеи резиновой пулей от пистолета типа «ОСА» размером 1,0 см x 2,0 см, перекрывающей просвет трахеи. Пуля ортоскопически извлечена, произведена интубация трахеи через рану. Дыхание восстановлено. После восстановления дыхания и нормализации цвета кожных покровов у больного появилась рвота, с поступлением желудочного содержимого с примесью крови изо рта и раны на шее. Больной введен в наркоз с искусственной вентиляцией легких. Произведена нижняя трахеостомия типично, трахея вскрыта между 4 и 5 полукольцами, произведена переинтубация. Далее дежурным ЛОР врачом произведена ревизия раны на шее: выявлен дефект передней стенки трахеи в области 2 и 3 полуколец до 1,5 см в диаметре с отломками хрящей и дефект задней стенки трахеи около 2,0 см в диаметре с неровными краями, через который видна слизистая оболочка пищевода. Повреждение задней стенки трахеи ушито многорядным швом после предварительного введения назогастрального зонда, удалены свободно лежащие отломки хрящей, в рану введен тампон, пропитанный антибиотиком и 1% гидрокортизоновой мазью. После операции сознание восстановилось. Фиброэндоскопическое исследование пищевода от 20.12.2009 г. – выраженная деформация верхнего отдела пищевода с подслизистой круговой гематомой и контактной кровоточивостью. При рентгенологическом исследовании легких от 20.12.2009 г. – инфильтрации легочной ткани не определяется, воздух в мягких тканях шеи. При рентгенологическом исследовании шеи сбоку – определяется воздух в мягких тканях шеи, превертебральное пространство не расширено. Общие анализы крови и мочи в норме. Неврологических нарушений не выявлено. Назначена массивная противовоспалительная и инфузионная терапия, зондовое питание.

В послеоперационном периоде со вторых суток у пациента появилась лихорадка до 38,5°, выраженные воспалительные изменения общего анализа крови, развилась правосторонняя среднедолевая пневмония, расцененная как аспирационная. С третьих суток после операции на перевязке наблюдалось расхождение швов на задней стенке трахеи с формированием трахеопищеводного сообщения около 6 мм в диаметре.

23.12.2009 г. больному была наложена лапароскопическая гастростома. 24.12.2009 г. в связи с появлением болей в нижней трети шеи слева и инфильтрации тканей по ходу нижней трети сосудистого пучка слева произведена двухсторонняя колотомия по Разумовскому со вскрытием и дренированием околопищеводного пространства. На операции обнаружена серозная инфильтрация мягких тканей глубоких отделов шеи в области верхней трети пищевода. При ревизии пищевода на уровне C7-Th1 дефект на его заднебоковой стенке слева около 2,0 см в диаметре с размождением окружающих тканей, под грубым налетом фибрина. С двух сторон к пищеводу в области дефекта подведены активные аспирационные дренажи, тампонада ран.

Диагноз: Комбинированное слепое огнестрельное проникающее ранение шеи со сквозным повреждением верхней трети трахеи и пищевода.

В послеоперационном периоде в течение первых 10 дней определялось увеличение размеров дефектов на передней и задней стенках пищевода после отхождения налетов фибрина до 1,5 и 3,0 см соответственно.

К концу второй послеоперационной недели началось уменьшение размеров дефектов трахеи и пищевода. Раны на шее зажили вторично.

Полностью восстановилась пищеводная функция: на контрольном фиброэндоскопическом исследовании пищевода 15.02.2010 г. и контрастной рентгенографии с барием – пищевод полностью проходим, дефектов стенок не определяется.

Больной деканулирован 25.01.2010 г. Трахеостома зажила вторично.

Дыхание через естественные дыхательные пути свободное.

Выписан 05.02.2010 г.

После выписки больной получал гормонотерапию и витаминотерапию в течение 1 месяца.

При контрольной явке 20.05.2010 г. жалоб не предъявляет. На шее послеоперационные окрестности рубцы. При фиброэндоскопическом исследовании пищевода, фибротрахеоскопии и томографии гортани и трахеи признаков их стеноза не определяется.

Таким образом, наше клиническое наблюдение свидетельствует о том, что при выстрелах с близкого расстояния из оружия нелетального действия типа пистолета «Оса» резиновая пуля обладает большим повреждающим действием. Залогом успешного лечения данной категории больных является применение алгоритма оказания неотложной помощи, тактика ведения и лечения их как пациентов с огнестрельными ранениями шеи от обычного оружия.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бобров В.М., Лысенко В.А., Проникающие ранения шеи // Новости оторинолар. и логопатол. – 2001. - №2. – С. 12-14.
2. Говорун М.И., Горохов А.А., Паневин П.А. Ранения шеи и травмы ЛОР-органов от оружия нелетального действия резиновыми пулями // Рос. оторинолар. – 2009. - №6. – С. 27-32.
3. Зенгер В.Г., Наседкин А.Н. Повреждения гортани и трахеи. – М.: Медицина, 1991. – 240 с.
4. Сергеев М.М., Песчаный В.Г. Травматические повреждения ЛОР-органов мирного времени (обзор) // Рос. оторинолар. – 2005. – №6. – С. 83-88.
5. Шарков А.А. Огнестрельное комбинированное пулевое ранение шеи слева с повреждением верхней челюсти, верхнечелюстных пазух и полости носа у ребенка 14 лет // Вестн. оторинолар. – 2005. - №3. – С.70.
6. Юдина А.И. Травмы органов шеи и их осложнения. – М.: Медицина, 1972. – 208 с.

Забиров Рамиль Ахметович, зав. кафедрой оториноларингологии ФППС, профессор Оренбургской мед. академии. 460000, г. Оренбург, ул. Советская, д. 6. Тел. 8-3532-32-92-91, э/п: ORGMA@mail.ru; **Аникин Максим Игоревич**, доцент кафедры оториноларингологии ФППС Оренбургской мед. академии. 460000, Оренбург, ул. Советская, 6. Тел. 8-3532-75-32-58, э/п: ORGMA@mail.ru