

Военный Госпиталь № 414 /Начальник Госпиталя подполковник
мед/сл. кандидат мед.наук ЯКОВЛЕВ А.И. Научный руководи-
тель - подполковник мед/сл. профессор РАТНЕР Л.М./

Майор м/сл. БЕНДИТОВИЧ О.С.

ОГНИСТРЕЛЬНЫЕ ПОВРЕЖДЕНИЯ ГОРТАНИ И ТРАХЕИ

По материалам специализированного Госпиталя

Диссертация

на соискание ученой степени кандидата медицинских наук

Свердловск

1946 г.

О Г Л А В Л Е Н И Е

Часть I-ая.

Введение 1-2

Глава 1-ая Литературные данные
о повреждениях гортани 3-12

Глава 2-ая Анализ собственного
материала 13-19

Глава 3-ья Клиника огнестрель-
ных повреждений гор-
тани и трахеи. 20-48

Рентген-диагностика
гортани 43-48

Глава 4-ая Лечение огнестрель-
ных ранений гортани
и трахеи. 49-84

Заключение 85-89

Часть 2-ая.

Протокольный материал:

Рентгеновские снимки К-90

Истории болезни 90-186

Литературный указатель 187-198.

В В Е Д Е Н И Е

Огнестрельные ранения гортани и трахеи относятся в большинстве случаев к числу тяжелых повреждений. Это обусловливается тем, что среди них чаще наблюдаются комбинированные повреждения гортани и органов шеи.

Однако изолированные ранения гортани и трахеи представляют также большую опасность для раненого.

В отличие от прошлых войн, большинство повреждений гортани и трахеи за период Великой Отечественной войны падает на осколочные ранения. При них чаще наблюдаются не только повреждения хрящей гортани, но и нервно-мышечного аппарата. Осколки, вследствие многогранности и остроконечности ранящего предмета, ведут к размозжению тканей, разрушению хрящей и значительно чаще сопровождаются инфекцией.

Раневая инфекция вызывает воспалительную реакцию, как со стороны мягких тканей, так и хрящей гортани. Размозженные ткани подвергаются дегенерации и некрозу, что обычно приводит к образованию секвестров и свищей. При прогрессирующем воспалительном процессе происходит деформация оства гортани с последующими расстройствами дыхательной, двигательной и голосовой функций.

Опыт прошлых войн в литературе как Отечественной, так и иностранной освещен в работах Иванова /47/.

Компанееца /59/, Деева /36/, Воячека /19, 21, 22, 24/, Катин-Ярцева /55/, Зимонта /45/, Killian /19/, Falo /10/, Marschik /20/, Neumajer /23/, Foss o. /12/, Kahler /16/, Moritz Schmidt /21/.

В период Великой Отечественной войны вопрос о ранах гортани освещен довольно скудно.

Ахутин /4/, Воячек /21, 24 /, Засооов /44/, Преображенский /91/, Скрипт /97/, Соболев /100/, Трутнев /105, 102, 103, 104, 106/, Foss o. /12/, Jackson /15/, Evans /9/ в опубликованных ими монографиях и журнальных статьях останавливаются на важнейших практических моментах диагностики, клиники, профилактики осложнений, кратко излагая при этом патогенез и терапию.

В этих работах отсутствуют систематизированный, статистический материал и критика современных методов лечения ранения гортани и трахеи, нуждающихся, по нашему глубокому убеждению, в пересмотре и коррективках.

В нашей работе мы задалась целью систематизировать и осветить опыт лечения огнестрельных ранений гортани и трахеи на основе проведенных нами наблюдений за период Великой Отечественной войны на базе специализированного госпиталя.

Имеющийся в нашем распоряжении материал позволяет нам критически подойти к оценке некоторых методов лечения, которые прочно внедрились в медицинскую практику, но при проверке оказались недостаточно эффективными.

Г л а в а 1

ЛИТЕРАТУРНЫЕ ДАННЫЕ О ПОВРЕЖДЕНИЯХ ГОРТАНИ

Частота повреждений гортани и трахеи

Частота повреждений гортани и трахеи в военное время, по отолитическим данным отдельных авторов, колеблется в довольно широких пределах.

По данным Отиса /приведено по Коппанецу/, относящимся к Северо-Американской войне, на общее число 480072 ранений, на долю гортани и трахеи приходится 82 случая - 0,02%.

За время Франко-Прусской войны /1870 - 1871 г.г./ ранения гортани составляют от 0,05 - 0,06% к общему числу ранений /Шмиден - 120/.

По Димитриадису /8/ за Балканскую войну - число раненых в гортань и трахею составляет - 0,49%.

По Иккнеру /прив. по Матросовой - 78/ за тот же период - 1,8%. По Гертецу, в империалистическую войну /1914 - 1917 г.г./ - 1,6% /Матросова - 78/ к общему числу ранений.

Киллиан /19/ за весь период империалистической войны собрал 343 случая травм гортани, из них собственных наблюдений - 161. В 54-х случаях ранения гортани были им констатированы только на вскрытии.

Компанец /59/ за 1914 - 1915 г.г. наблюдал 51

случай огнестрельных ранений верхних воздухоносных путей, из них ранений гортани и трахеи - 14.

Мориц Шмидт /21/ за период 1914 - 1918 г.г. приводит 43 случая огнестрельных ранений гортани.

Деев /36/ приводит данные разных авторов, по которым частота травм гортани и трахеи колеблется от 0,02 - 1,6%.

Собственные наблюдения Деева /36/ основываются на материале, собранном им за время войны /1915 - 1917 г.г./ в одном специализированном госпитале и в клинике Московского университета. Всего им собрано 186 случаев, из них - 15 ранений глотки и гортани, 56 повреждений одной гортани, 86 - с функциональным расстройством голоса и речи, 28 - отравлений Б.О.В. и 1 - изолированное ранение трахеи.

По данным Смоцилина /98/, прежние войны в общем давали от 0,04 - 2% огнестрельных ранений гортани.

Во время боев у озера Хасан число раненных в гортань и трахею на этапах эвакуации составляло 7% по отношению к общему числу ранений /Ахутин - 4/.

В мирное время число огнестрельных ранений гортани встречается крайне редко.

Цимхев /115/ в клинике 1-го Московского Медицинского Института за 15 лет встретил лишь один случай огнестрельного ранения гортани.

В Томской клинике на 25.000 общих травм - отмечено 6 повреждений гортани.

В Ленинградском Институте по болезням уха, горла и носа за период с 1930 - 1939 г.г. зарегистрировано 1 огнестрельное повреждение гортани /Воячек - 21/.

В Отечественной литературе, за период 1924 - 1940 г.г., имеется небольшое число журнальных статей, охватывающих несколько десятков случаев ранений гортани и трахеи в мирное время. Великорецкий /19/, Летник /71/, Смочилин /98/, Цимхес /115/, Хряковская-Черняк /114/, Дробышев /42/, Коломийченко /58/, Зайдель /43/, Данненберг /38/.

В приведенные выше статистические данные включены лишь те случаи огнестрельных повреждений гортани и трахеи, которые попадают на пункт медицинской помощи. Количество же раненых, погибающих на поле боя, остается невыясненным. Одни умирают от асфиксии, другие - от ранений крупных сосудов при одновременном повреждении гортани и щитовидной железы.

Виды ранящего оружия Характер повреждения гортани зависит от ранящего предмета, вида, формы, калибра, скорости полета.

Компанеев /59/ указывает, что наибольшие разрушения вызывают разрывная пуля и ранения осколками.

По Мориц Шмидту /21/ ранения гортани в прежние войны вызывались пулями большого калибра, потому и разрушительное действие их было сильнее, и смертность достигала больших размеров.

По данным Киллиана /19/, за период 1-й империалистической войны пулевые ранения гортани составляли - 43%, гранатой - 26%, шрапнелью - 19% и невыявленным оружием - 12%. Слепых ранений было 35%.

По Джексону /15/ современные пули обладают большой скоростью и меньшим калибром, они травмируют ткани меньше, но проникают глубже.

Воячек /21/, указывает, что ранения гортани осколками артиллерийских снарядов и мин в войнах последнего времени преобладают над пулевыми.

Все авторы, опубликовавшие свой материал по огнестрельным ранениям гортани за период 1914 - 1918 г.г., отмечают преобладание пулевых ранений над осколочными, не приводя, кроме Киллиана, статистических данных.

Данные о тяжести
ранений гортани
и о смертности

Ранения гортани, независимо от рода оружия, относятся к числу самых тяжелых повреждений.

По Гертелю /Скрипт - 97/, только 1/3 раненных в шею выживает, 2/3 погибают на месте, не получив своевременной помощи.

Эти же данные подтверждаются профессором Рауэром /93/.

Значительное количество раненых в гортань и трахею, по статистическим данным за 1-ю империалистическую войну, погибало в день ранения - около 20% всех летальных исходов, и в первую неделю - около 60%. Подвляющее число погибших относится к первому месяцу после ранения /Воячек - 21/.

По данным Рауэра /93/, 13% из эвакуированных в госпитали гибнут от различных осложнений.

На 43 ранения, которые Мориц Шмидт /21/ приводит за Франко-Прусскую войну, смертных случаев было 23 - /53,8%/.

Более оптимистических взглядов придерживаются Компанеец /62/ и Киллиан /19/. Компанеец отмечает, что как только раненные в гортань попадают на пункт медицинской помощи, непосредственную угрозу смерти их можно считать миновавшей. Лишь в отдельных случаях, даже после произведенной трахеотомии, наблюдаются летальные исходы, вследствие кровопотерь, шока или последующих осложнений. Киллиан оперирует только материалом тыловых госпиталей, т.е. более легкими случаями; тем не менее и те легкие случаи, которые попадают в тыловые госпитали, подчас дают серьезные осложнения.

Патологические
изменения при
повреждении гор-
тани и трахеи

Патологические изменения, возникаю-
щие после огнестрельного ранения
гортани и трахеи, характеризуются

тем, что внутри гортани возникает кровоизлияние в толщу
слизистой оболочки, а затем и воспалительное припуха-
ние ее. Гиперемия и отечность наблюдаются продолжитель-
ное время, воспалительный процесс длится иногда меся-
цами.

Наряду с изменением слизистой оболочки, наблю-
даются явления со стороны перихондрия, которые приво-
дят впоследствии к возникновению серозного и гнойного
воспаления как надхрящницы, так и хряща. Гнойные пери-
хондриты проявляются часто как вторичные явления и
приводят к расстройству двигательного аппарата гортани,
нерастанию стеноза. При огнестрельном повреждении гор-
тани часто наблюдается повреждение хрящей, мышц, свя-
зочного аппарата и слизистой оболочки. Отломки повре-
жденных хрящей и обрывки разрушенных тканей ведут к
спадению стенок гортани и к сужению ее просвета. При
этом внутри гортани определяется припухлость слизистой
оболочки или ложных голосовых связок и черпаловидных
хрящей. Припухлость иногда определяется на одной сто-
роне гортани, либо на обеих сторонах и вызывает суже-
ние голосовой щели. Подобное припухание наблюдается
также у основания надгортанника и истинных голосовых
связок, вызывая стеноз гортани.

Стеноз гортани наблюдается в 25% всех случаев ранения гортани /Воячек - 21/.

Тост описывает патологоанатомические и гистологические изменения тканей на месте стеноза, общие для всех стенозов, независимо от их этиологии. Отдельно стенозов после огнестрельных ранений он не выделяет, но мы приводим мнение Тоста, которое, по нашим убеждениям, применимо к травматическим стенозам.

По Тосту, процесс образования стеноза протекает следующим образом: на воспаленной и набухшей слизистой оболочке гортани, вследствие понижения ее сопротивляемости, происходит олушивание эпителия, поверхностные эрозии, и на этих местах образуется грануляционная ткань.

Обратное развитие грануляций и заживлений сопровождается образованием рубцовой ткани и стриктур. В мышечном аппарате происходят атрофические процессы от бездеятельности и дегенеративные в зависимости от инфекции, вызвавшей стеноз. При вирулентной инфекции к поврежденному очагу присоединяется инфильтративное воспаление подслизистой. В дальнейшем инфильтрат может расплавляться и переходит в ограниченный абсцесс или флегмону, при чем обычно вовлекает в процесс перихондрий.

Пьенячек указывает, что заболевание хряща на-

начинается всегда с повреждения надхрящницы, которая служит надежной защитой для хряща.

Помимо указанных выше форм стенозов, наблюдаются и следующие их разновидности.

1. Стеноз, возникший вследствие паралича голосовых связок на почве поражения нервного аппарата, не дающего моторной функции мышц гортани.
2. Стенозы, возникшие вследствие неправильно сделанной трахеотомии.

Механизм образования стенозов после неправильно сделанной трахеотомии, по Иванову /48/, заключается в следующем: самое оперативное вмешательство и длительное раздражение инородным телом /трахеотомической трубкой/ может вызвать развитие грануляционной ткани, не только выполняющей пространство между канюлей и стенкой трахеи, но и прорастающей между надхрящницей и хрящем. Впоследствии из этой грануляционной ткани может развиться и рубцовая ткань, способствующая образованию стеноза.

После верхней трахеотомии, вследствие раздражения канюлей перстневидного хряща, может возникнуть перихондрит этого хряща. Затем следует деформация передней и задней стенок гортани.

Приведенные нами выше взгляды отдельных авторов касаются, главным образом, вопроса механизма образо -

вания перихондритов и стенозов, течение которых до некоторой степени одинаково как для перихондритов и стенозов сыпнотифозного, так и травматического происхождения.

Вопросу о лечении перихондритов и стенозов, возникших после огнестрельного ранения, в литературе уделено чрезвычайно мало внимания.

Киллиан /19/ предлагает при развитии стеноза кольцевидного характера бужирование и как крайнюю меру ларингофиссуру.

Компанеец /60/ настаивает исключительно на хирургическом лечении при длительно затянувшейся стенозе гортани.

Проф. Трутнев /103, 104/ подчеркивает необходимость раннего хирургического воздействия при наличии перихондрита. То же - проф. Рутенберг /96/ и Матрозова /78/.

Значительно больше внимания уделено лечению перихондритов и стенозов, возникших как осложнение после сыпного и брюшного тифов.

Этот вопрос детально освещен в работах: Бурака /17/, Бондаренко /11/, Иванова /47, 46/, Ильяшенко /51, 52/, Компанееца /60/, Григорьева /35/, Хоршака /112, 113/, Ярославского /121/.

Провести параллель между лечением перихондритов

оспнотифозного и травматического происхождения не легко, поэтому важно, как канву, отметить мнения вышеприведенных авторов, поскольку возникновение и клиническое течение перихондритов в известной степени тождественны.

Бондаренко /11/, Ильяшенко /51/, при лечении перихондритов придерживаются выжидательной позиции. Они рекомендовали производить ларингостомию только через полгода после появления перихондрита, опасаясь нагноения после ранней операции.

Бурж /17/ рекомендует раннее оперативное вмешательство: удаление инфильтратов, иссечение рубцов, вызывающих сужение, как только они ларингоскопически определяются.

Иванов рекомендует во всех случаях появления перихондрита ларингостомию, не откладывая операции надолго, иначе может возникнуть большое разрушение хрящей.

Заключив литературный обзор, мы переходим к собственному материалу, имея цель привести не только статистические данные, но и по возможности всеобщеронные клинические наблюдения.

Г л а в а П

АНАЛИЗ СОБСТВЕННОГО МАТЕРИАЛА

Огнестрельные ранения гортани и трахеи, как видно из указанного выше, имеют небольшой удельный вес в общем числе ранений военного времени.

Учитывая, однако, что в истекшей войне принимали участие большие массы людей, следует предположить, что абсолютное количество травм гортани должно быть более значительным.

Характер тканей, через которые проходит ранящее оружие, играет немаловажную роль в развитии процесса.

Если ранящее оружие проникает в глубокие слои шеи или же проходит через ткани не одинаковой плотности, то оно отклоняется от своего первоначального пути и тогда получается более значительное разрушение тканей.

Линия раневого канала не всегда бывает прямой. Она может быть и кривой, и ломаной, если пуля или осколок ударяются в ключицу или плечо, а затем рикошетом попадают в гортань.

За период Великой Отечественной войны мы наблюдали 61 случай огнестрельных ранений гортани и трахеи.

По виду ранящего оружия и характеру ранения наши случаи распределяются следующим образом:

Т а б л и ц а № 1

<u>Пулевые</u>			
Сквозные	-	22	} 41%
Слепые	-	3	
<u>Осколочные</u>			
Сквозные	-	20	} 59%
Слепые	-	12	
Касательные	-	4	

Сопоставить эти данные с каким либо статистическим материалом за период Великой Отечественной войны не представляется возможным, так как ни в одной журнальной статье, ни в монографии мы таких данных не встречали.

Из материалов, опубликованных до Великой Отечественной войны видно, что пулевые и осколочные ранения гортани наблюдались в равных количествах.

По данным Киллиана /19/, осколочные ранения составляют 42,8% к общему числу огнестрельных ранений гортани.

Таким образом, наши наблюдения не совпадают с аналогичными данными авторов, опубликовавших свой материал по ранениям гортани и трахеи за период войны 1914 - 1918 г.г. /Киллиан - 19, Компанеев - 59 /.

Сравнительно большое поражение гортани осколками в истекшей войне следует отнести за счет насыщения

ности войск авиационными, артиллерийскими и минометными средствами в Великой Отечественной войне.

Пулевые ранения гортани и трахеи отличаются большим разнообразием. Мы наблюдали случаи, когда пулевые ранения вызывали небольшие изменения со стороны гортани и оканчивались вполне благополучно /См. ист. бол. № № /9, 17, 22, 26, 306/.

Более стойкие изменения гортани мы обнаружили после ранений разрывной пулей и множественного разрушения хрящей /№ № ист. бол. 5, 7, 32/.

Как показали наши наблюдения, огромное значение в течении и исходе ранения гортани имеет первичная обработка раны при оказании первой медицинской помощи.

Своевременно оказанная помощь, вплоть до трахеотомии /при наличии показаний к ней/, тщательная обработка раны часто предупреждает распространение инфекции, развитие перихондрита и отендова и подчас избавляет больного от тяжелых осложнений.

Приведенные ниже сравнительные данные о количестве трахеотомий, по нашим наблюдениям и данным Киллиана /19/, указывают на тот прогресс, какой произошел благодаря приближению Л.О.Р. помощи к линии фронта за период Отечественной войны.

Т а б л и ц а № 2

В % к общему числу наблюдений
по данным:

	<u>Киллиана</u>	<u>нашим</u>
Произведено трахеотомий до 72 час.....	27	44
Общий % трахеотомий мирозанных.....	44	72

По нашим наблюдениям большею частью поражается левая половина шеи. Это явление объясняется тем, что боец при стрельбе выставляет вперед левую половину туловища.

Из общего числа наших наблюдений, поражения были:

На левой стороне тела	в	33	случаях
На правой " "	в	19	"
Не выявленных " "	в	9	"

Что касается локализации огнестрельных травм гортани, то мы наблюдали:

Т а б л и ц а № 3

	<u>Случаев</u>
Ранений щитовидного хряща.....	34
Ранений перетневидного хряща.....	12
Комбинированных ранений обоих хрящей.....	15

По литературным данным повреждение щитовидного хряща также встречается наиболее часто, и ранение его протекает более благоприятно.

Указания ряда авторов, /Компанеев - 60/, Деев /36/, Преображенский /91/, на более благоприятное течение процесса при ранении щитовидного хряща, подтверждаются и нашими наблюдениями.

Однако, в ряде случаев повреждения щитовидного хряща вызывали значительные осложнения, что во многом следует отнести за счет размера и формы ранящего оружия, степени вызванного им разрушения и участия в процессе близлежащих поврежденных органов, а также несвоевременного оказания помощи на передовых этапах.

Более тяжелые последствия обнаруживаются при множественном повреждении хрящей.

Топографическое расположение щитовидного и перстневидного хрящей, конфигурация передней части последнего, размер и форма ранящего оружия подчас затрудняет определение, какой из хрящей принимает большее участие в процессе.

Из общего числа наших наблюдений, 15 случаев ранений двух хрящей протекали в более тяжелой форме и дали в основном, неблагоприятный исход /см. ист.бол. № № 15, 19, 32, 50, 54/.

Как выше уже отмечено, ранения гортани в

большинстве случаев сочетаются с повреждением окололежащих тканей и органов.

Повреждения топографически близко расположенных к гортани органов нередко являются доминирующими в оценке тяжести травмы.

Мы наблюдали случаи, когда наряду с травмой гортани, имелись различной степени поражения других органов: крупных сосудов, челюсти, лица.

Ввиду наступившей асфиксии и необходимости срочного оперативного вмешательства эти больные направлялись в ЛОР-отделения, где производилась трахеотомия и после операции функция гортани восстанавливалась. Главная же причина неблагоприятного исхода в этих случаях в отношении инвалидности заключалась в повреждении соседних органов /см. истор. бол. № № 7, 15, 34 /.

По нашим данным комбинированные ранения составляют 75,4%

Т а б л и ц а № 4

Комбинированные ранения гортани и других органов

Ранения гортани и области грудной клетки.....	14 случ.
" " и верхних конечностей.....	13 случ.
" " и нижних конечностей.....	4 случ.
" " и области лица.....	5 случ.
" " и крупных сосудов.....	3 случ.

Ранения гортани и глаза.....	2 случ.
" " и легких.....	2 случ.
" " и брюшной полости.....	2 случ.

В результате огнестрельного ранения гортани осложнение может возникнуть непосредственно вслед за ранением или же через некоторый промежуток времени.

К поздним осложнениям после огнестрельного ранения гортани и трахеи, требующим в дальнейшем оперативного вмешательства, относятся перихондриты и стенозы. Помимо этих, общих для большинства ранений гортани осложнений, мы наблюдали пневмонию в 3-х случаях, абсцесс легких - в 2-х случаях и вторичное кровотечение в 2-х случаях с последующей перевязкой крупных сосудов: общей сонной артерии и яремной вены.

На основании проведенных наблюдений и анализа нашего материала, мы должны отметить следующее: широкие организационные мероприятия, проведенные в период Отечественной войны в смысле приближения ЛОРпомощи непосредственно к линии фронта, практически обеспечили своевременную эффективную помощь и тем самым оказали решающее влияние на число благоприятных исходов.

Г л а в а Ш

КЛИНИКА ОГНЕСТРЕЛЬНЫХ ПОВРЕЖДЕНИЙ

ГОРТАНИ И ТРАХЕИ

Клиника огнестрельных повреждений гортани и трахеи определяется свойством современного оружия и анатомо-топографическим расположением хрящей, связочного аппарата, тесно прилегающего друг к другу.

Хрящи и мягкие ткани гортани оказывают незначительное сопротивление ранящему оружию, обладающему в момент ранения достаточной живой силой. Вследствие этого, ранящее оружие проникает в ткань гортани, вызывает разрывы и отрывы мягких тканей или хрящей.

При травме гортани ранящее оружие часто поражает нервный аппарат, ведающий двигательной функцией гортани и вызывает срединное положение одной или обеих голосовых связок.

Симптоматология при травме гортани разнообразна и богата, не всегда легко ее описать, особенно при сравнительно легких повреждениях и в случаях большой давности.

Борхард-Шмиден /3/ и Киллиан /19/ делят ранения гортани на три категории:

1. Ранение входа в гортань.
2. Ранение области голосовых связок.
3. Ранение подвязочного пространства.

При ранении входа в гортань основным симптомом они считают затрудненное глотание, при ранении голосовых связок - афонию и при ранении подвязочного пространства - затрудненное дыхание, что в дальнейшем затрудняет деканюляцию.

Симптомы, указанные Борхард-Шмиденом и Киллианом, могут быть при ранении любого отдела гортани, а также и при повреждении глотки, корня языка, челюстей, причем мы наблюдали чаще всего комбинацию вышеприведенных симптомов.

Практически, ранения гортани по топографо-анатомическим признакам удобнее делить на 2 вида - ранения верхнего и нижнего отделов, в зависимости от их расположения по отношению к голосовым связкам.

При любом характере ранения гортани в той или иной степени повреждается связочный аппарат. Трудно себе представить поражение гортани, при котором связочный аппарат не был бы затронут.

Только совокупность нескольких симптомов и ларингоскопическая картина дают возможность точнее определить характер ранения гортани.

При огнестрельных ранениях гортани мы наблюдаем следующие симптомы: А) расстройство дыхания; Б) изменение голоса; В) кровоотечение; Г) эмфизему; Д) дисфагию.

Изолированно каждый из этих симптомов наблюда-

лись только в редких случаях:

Только подкожная эмфизема.....в 3 случаях
 " кровохаркание.....в 4 "
 " затрудненное дыхание.....в 2 "

В большинстве же случаев эти симптомы наблюдались в различных сочетаниях одновременно вслед за ранением.

Т а б л и ц а № 5

Симптомы, возникшие в ближайший период
после ранения

	Кол-во случаев	В % к общ. числу наблюд.
1. Расстройство дыхания..	52	85
2. Расстройство голосо- вой функции.....	48	79
3. Кровотечение или кро- вохаркание.....	47	77
4. Подкожная эмфизема..	28	46
5. Дисфагия.....	16	26

А) Расстройство дыхания Расстройство дыхания при ранениях гортани обуславливается целым рядом факторов: кровоизлиянием в ткани шеи и образованием гематом, скоплением кровяных сгустков недостаточ-

ным откашливанием в связи с повреждением мышечного аппарата гортани, аспирацией крови, припуханием стенок гортани, нарушением иннервации, наличием инородного тела, подкожной эмфиземой.

Затрудненное дыхание наблюдается либо сразу после ранения, если проевет гортани или трахеи закрывается инородным телом, обрывками тканей, либо развивается спустя длительное время вследствие воспалительного отека слизистой оболочки гортани.

При медленно нарастающем отеке гортани, организм постепенно приспосабливается к затрудненному дыханию; при быстро нарастающем — можно наблюдать все переходы от едва заметного стридора, до угрожающей асфиксии. Затрудненное дыхание наблюдается при двустороннем параличе возвратного нерва. В зависимости от ширины оставшейся между голосовыми связками щели, затрудненное дыхание может быть различной тяжести.

Затрудненное дыхание в разное время дня бывает различной интенсивности. Оно зависит от состояния отеочной ткани и от изменения голосовой щели. Ночью обычно усиливается одышка ввиду того, что горизонтальное положение тела и кровенаполнение сосудов способствуют увеличению отека.

В) Изменение голоса Нормально звук возникает благодаря тому, что голосовая щель попеременно открывается и закрывается, пропуская периодически толчками воздух.

При ранении гортани воздух может выходить через образованное отверстие или через незамыкающуюся голосовую щель. В зависимости от величины раны или положения голосовой щели нарушение голоса может быть различной интенсивности: от хриплого голоса до полной афонии. Афония является результатом ранения связок, мышц и суставов гортани, ранения нервов, но и может зависеть от функционального паралича мышц гортани вследствие испуга или шока, от перенапряжения мышц.

Афония обуславливается перерывом возвратного нерва, изменением со стороны слизистых, или полным отрывом гортани от трахеи.

Возвратный нерв доходит в неразделенном виде до места, которое находится позади сочленения щитовидного хряща с перстневидным и только здесь начинает делиться на веточки, предназначенные для иннервации отдельных мышц гортани.

Для того, чтобы произошел полный паралич возвратного нерва, необходимо, чтобы ранящее оружие нарушило целостность всего нерва. Если же

ранящее оружие поражает нерв ниже его деления, происходит нарушение целостности отдельных его веточек и, следовательно, отдельных мышц гортани; в этом случае голос становится хриплым.

При одностороннем повреждении связок, когда одна голосовая связка находится в срединном положении, неповрежденная здоровая связка может переходить среднюю линию и таким образом фонация не нарушается.

При двустороннем поражении *m. vocalis* /парез *m. interni* / голосовая щель при фонации зияет в виде овального отверстия, а при более резко выраженном парезе *m. transversus* наблюдается открытый треугольник в задней половине голосовой щели и полное отсутствие голоса /см. ист. бол. № №/12, 45, 47, 50, 53/.

В пределах этого узкого, доходящего иногда до нескольких миллиметров пространства, свободные края голосовых связок могут быть туго натянуты и при фонации отмечается дрожание их.

Этого рода парезы развиваются постепенно и организм приспособляется к ним, по закономерности, отмеченной Розенбах-Семона /Альбрехт - 1 /. Закономерность паралича возвратного нерва: сначала парализуется мышца, которая расширяет голосовую

щель / m. posticus /, а затем со временем наступает паралич аддукторов.

В) Кровотечение и кровохаркание Открытое кровотечение как симптом, всегда сопутствует ранению гортани. Хорошо развитая сеть сосудов, /гортанная, щитовидная артерии/ окружающая гортань, способствует в начальном периоде ранения обильному кровотечению. Поступающая в гортань кровь часто не только отхаркивается при кашле наружу, но и затекает вглубь дыхательных путей и может вызвать пневмонию /см. ист.бол. № № 16, 18, 49/.

Геморрагии наблюдаются иногда через несколько дней после ранения, в других случаях даже через несколько недель. Причина: отрыв тромба, пролежни от инородного тела, повреждение стенки сосудов, флегмонозные процессы.

Давление трахеотомической трубки на стенку трахеи или находящихся вблизи крупных сосудов может вызвать узору стенки сосуда и вторичное кровотечение.

В числе наших наблюдений отмечено дважды поздние кровотечения. В первом случае через два дня после ранения произведена перевязка яремной вены. Спустя 7 дней после первой перевязки - сильное кровотечение. При ревизии раны обнаружена узора стенки вены, по поводу чего произведена вторичная

перевязка ее /см. истор. бол. № 3 /.

В другом случае, на 2-й день после ранения вследствие сильного кровотечения произведена перевязка общей сонной артерии. Спустя 16 дней на одном из этапов эвакуации отмечено второе сильное кровотечение. При ревизии раны обнаружена нагноившаяся гематома и аневризма общей сонной артерии, по поводу чего произведена вторичная перевязка артерии /см. истор. бол. № 7 /.

Д) Подкожная эмфизема. Подкожная эмфизема развивается при наличии непосредственной связи между ранениями гортани и тканевыми щелями в тех случаях, когда кожное отверстие раневого хода сокращено настолько, что не пропускает воздух.

Эмфизема может возникнуть при ранении верхнего и нижнего отделов гортани. При ранении верхнего отдела гортани возможен отек ложных голосовых связок. Разможенные куски ткани иногда играют роль клапана, закрывают голосовую щель, что приводит к возникновению подкожной эмфиземы.

Ранение нижнего отдела гортани предрасполагает к более сильно выраженной эмфиземе, так как при кашле голосовая щель плотно закрыта и создается повышенное давление ниже голосовой щели.

Эмфизема обычно длится от 2-х до 6-ти дней,

нерастает иногда медленно, а иногда бурно, ограничивается одной или обеими сторонами шеи и может распространиться на лицо, грудь, средостение.

Проникновение воздуха в средостение возможно также при неправильном введении трахеотомической трубки. Неправильно введенная в трахею канюля, засохший секрет, кровяные сгустки могут закрывать просвет внутренней трахеотомической трубки и вызвать развитие обширной подкожной эмфиземы в результате затруднения выхода воздуха при экспирации.

Е) Дисфагия В норме при каждом глотательном акте происходит раздражение центра глотания, находящегося на дне четвертого желудочка. При глотательном движении происходит автоматическое замыкание истинных и ложных голосовых связок. Гортань на время глотания выводится из своего обычного положения и поднимается выше уровня пищевого комка; при этом пища, минуя ее, проходит обок в грушевидный желоб и далее в пищевод.

Болезненность при глотании при повреждении гортани обуславливается тем, что пораженный орган двигается вверх и вниз, весь верхний отдел гортани судорожно суживается, оказывая давление на воспаленную ткань.

При повреждении надгортанника и области черпаловидных хрящей наступает частичное нарушение глотательной функции.

Расстройство глотания наблюдается также при одновременной травме гортани и глотки, при абсцессах и гематомах шеи.

Повреждение гортанных нервов, попадание инородного тела в дыхательные пути, перихондрит гортани также вызывают затрудненное глотание.

Расстройство глотания дает себя чувствовать в первые часы ранения и может зависеть от вышеуказанных причин. Иногда затрудненное глотание отмечается в жалобах еще на 30 - 50-й день после ранения. Поздние жалобы на затрудненное глотание объясняются параличом возвратного нерва, веточки которого иннервируют не только мышцы гортани, но глотки и пищевода /Иванов - 49/.

СИМПТОМАТОЛОГИЯ ОТНОСИТЕЛЬНЫХ ПОСРЕДСТВ ГОРТАНИ

Ранения		Расстройство дыхания	Расстройство голосовой функции	Дисфагия	Кровотечение и кровохарканье	Подкожная эмфизема
Верхнего отдела гортани		+	+	+	+	-
Нижнего отдела гортани		+	+-	-+	+	+-
Через голосовых органов.	Односторонний	-+	-	-	-	-
	Двусторонний	+	+	-	-	-+

ОСЛОЖНЕНИЯ

К осложнениям после огнестрельного ранения гортани, требующим в дальнейшем длительного лечения и оперативного вмешательства для восстановления полной функции, относятся: перихондриты и стенозы.

Перихондриты мы наблюдали в 34-х случаях, стенозы, возникшие на почве перихондритов, - в 22-х.

Насколько серьезным осложнением являются перихондриты и стенозы, указывает то обстоятельство, что из 32-х случаев, в большинстве уже подвергнувшихся трахеотомии, мы вынуждены были прибегнуть в 18-ти к ларингостомии и в 5-ти случаях произвести повторную трахеотомию или ларингостомию.

а) Перихондрит. Перихондриты гортани, развивающиеся после огнестрельных ранений, отличаются вялым течением, требуют иных лечебных мероприятий, чем перихондриты сыпнотифозного происхождения, и в отличие от последних бывают часто гнойного характера.

Иногда местные явления выражены очень слабо, а общие - носят характер угрожающий и принуждают к оперативному вмешательству.

Как выше уже отмечено, форма и размер ранящего оружия при повреждении хрящей гортани имеет большое значение в развитии перихондрита.

Пулевые ранения хрящей гортани, по нашим наблюдениям, сопровождались меньшим количеством перихондритов.

Осколочные ранения гортани, независимо от величины, большей частью осложнялись перихондритом.

Перихондрит гортани огнестрельного происхождения чаще всего возникает вследствие внедрившейся инфекции, которая проникает через раневое отверстие или заносится ранящим предметом.

Локализация припухлости слизистой оболочки разнообразна. Чаще она проявляется в толще ложных голосовых связок, иногда на одной, иногда на обеих сторонах, принимая вид опухоли, суживающий просвет гортани. Между хрящем и надхрящницей скапливается гной, который в дальнейшем способствует образованию некроза, расплавлению хрящевой ткани, приводящим впоследствии к перихондриту. Такие перихондриты чаще всего носят гнойный характер.

Начинающийся перихондрит трудно отличить от ограниченного отека подслизистой оболочки. В более поздних стадиях появляется отек черпаловидных хрящей, или выпячивание передней стенки гортани, неподвиж-

ность одной голосовой связки или отек надгортанника.

Часто все указанные симптомы наблюдаются одновременно.

Отек морганиевых желудочков с одной или обеих сторон, вдавливание всей передней стенки гортани, гной у передней комиссуры указывают на перихондрит щитовидного хряща.

Перихондрит щитовидного хряща при своевременной диагностике и принятии необходимых мер протекает более благополучно.

Припухлость ниже голосовых связок, спереди или сзади указывает на перихондрит перстневидного хряща, хотя эта припухлость может быть маскирована состоянием связок в трупном положении.

Перихондрит перстневидного хряща протекает в более тяжелой форме и чаще всего требует оперативного вмешательства - ларингостомии. Последствия перихондрита перстневидного хряща приводят к неблагоприятным исходам. Раненные в гортань с повреждением перстневидного хряща нередко остаются постоянными канюленосителями. При перихондритах щитовидного и перстневидного хрящей вся гортань отекает.

Выше изложенное иллюстрируется следующей таблицей

Т а б л и ц а № 6

Перихондрит	Количество наблюдений	Среднее число койко/дней	Сделано поздних трахеотомий	Выписалось о каютами	Исходы в отношении годности к в/ол.		
					Годен к в/ол.	Отпуск	Негоден к в/ол.
Шитовидного хряща.....	16	118	-	1	3	5	8
Перстневидного хряща.	10	263	3	4	-	-	10
Обоих хрящей.....	8	304	2	3	-	-	8

После значительных разрушений хрящей, следствием которых является деформация гортани, может произойти полное закрытие ее просвета.

Гнойные перихондриты могут развиваться спустя долгое время после ранения и вызывать необходимость поздней трахеотомии /см. истор. бол. № № 36, 46, 52, 53/.

Так называемые "поздние перихондриты" протекают очень тяжело, дают рубцовую деформацию вплоть до полного сужения просвета гортани.

Рубцы могут быть односторонними и локализоваться на ограниченном участке гортани. Двусторонние рубцовые

тяги придают просвету гортани искаженную форму и ведут к стойкому стенозу гортани.

б) Стенозы гортани. Огнестрельные ранения гортани, трахеи, передней поверхности шеи способствуют развитию стеноза, возникновение которого возможно не только вскоре после ранения, но и через некоторый промежуток времени. В зависимости от течения, стеноз гортани может развиваться бурно или медленно. Стеноз чаще всего обусловливается сужением просвета гортани в области истинных голосовых связок. Стеноз гортани иногда может возникнуть и в тех случаях, когда больной аспирирует свою собственную кровь. При рубцовом стенозе гортани — нормальный просвет гортани или верхней части трахеи заменен рубцовой тканью. После огнестрельного ранения гортани рубцовый стеноз принимает стойкий характер.

При прогрессирующем стенозе затруднен вдох, а выдох почти не изменяется.

По Иванову /48, 47/, хронический стеноз гортани и трахеи — такое состояние, при котором для восстановления свободного нормального дыхания требуется оперативное вмешательство, направленное к расширению просвета.

Альбрехт /1/ объясняет возникновение стеноза строением гортани. Боковые стенки гортани физиологи —

чески так устроены, что благодаря их выпячиванию образуется узкая щель. При воспалительном процессе, вследствие набухания стенок гортани, щель еще больше суживается и вызывает стеноз.

Физиологически такое строение гортани диктуется необходимостью для образования звуковой волны при прохождении воздуха через узкую щель. Вместе с тем такое строение гортани отражается неблагоприятно на течении воспалительного процесса; набухание слизистой препятствует прохождению воздуха, угрожая асфиксией.

Наряду с изменениями со стороны слизистой оболочки наблюдаются изменения перихондрия, ведущего к возникновению серозных или гнойных его воспалений. В мышечном аппарате происходят атрофические и дегенеративные изменения в зависимости от агента, вызвавшего стеноз.

Механизм образования стенозов гортани детально разработан Пяенячком. Автор определил такую последовательность в возникновении стеноза:

1. Стадий компенсации - недостаток поступающего в легкие воздуха пополняется глубокими, продолжительными дыхательными движениями; этот период длится продолжительное время.
2. Стадий недостаточности дыхания.

При прогрессирующем стенозе компенсаторная деятельность дыхательных мышц становится уже недостаточной. В грудную клетку при вдохе воздух поступает все меньше и меньше, и там устанавливается отрицательное давление. Последнее вызывает втяжение яремной ямки, межреберных промежутков и надчревной области.

Если второй стадий длится продолжительное время, то сила дыхательных мышц истощается, дыхательные движения становятся медленнее и поверхностнее, в крови накапливается больше углекислоты, появляется цианоз и смерть — это третий стадий удушья. /Цитировано по Иванову/.

Многие авторы, Бондаренко /11/, Ильяшенко /52/, Хоршак /112/, делят стенозы на острые и хронические, другие классифицируют стенозы по этиологическим, патологоанатомическим и клиническим принципам.

В своей практической работе мы часто затруднялись определить, где начинается хронический и кончается острый стеноз.

Трудно предсказать, разовьется ли стеноз в случае огнестрельного ранения гортани и трахеи, а если и разовьется, то в какой мере и в какой период времени после ранения.

Только длительное наблюдение за состоянием дыхания раненного в гортань позволяет судить о наличии стеноза.

Мы наблюдали раненных, у которых стеноз гортани медленно развивался и организм мог в течение продолжительного времени приспособиться к затрудненному дыханию и наоборот: - при быстро прогрессирующем стенозе гортани наступала асфиксия /см. истор.бол. № № 51, 52 и 46-47-49/.

Следует отметить при этом, что в более молодом возрасте раненые легче перенесли недостаточный приток воздуха.

Существует особая разновидность стеноза гортани, вызываемая средним положением голосовых связок, вследствие повреждения *m. posticus* и возвратных нервов. При этом положении все ткани гортани остаются в нормальном состоянии и только истинные голосовые связки остаются в неподвижном состоянии. Это явление Иванов /48/ объясняет следующим образом. При параличе *m. posticus* выпадает действие мышц, вращающих черпала вокруг его вертикальной оси. Мышцы, находящиеся между черпалами, способствуют минимальным движениям черпал в виде сближения их и расхождения. При этом черпала и истинные голосовые связки имеют нормальный цвет с острыми краями. При анкилозе черпала утолщены, и верхушка их закруглена. Края истинных голосовых связок при анкилозе тупые, округлой формы, и под ними наблюдается подвязочный инфильтрат.

Постоянным симптомом при стенозе гортани является своеобразный шум при дыхании, стенотическое дыхание при быстрой ходьбе и небольших начинающихся сужениях.

Парез голосовых связок не трудно определить при ларингоскопии. Во время фонации обнаруживается вместо прямолинейного соприкосновения голосовых связок, овальная щель различной формы в зависимости от силы пареза. И, наконец, наблюдаются стенозы от неправильно сделанной трахеотомии. После трахеотомии с течением времени сужение гортани может исчезнуть, но проходимость воздушного тракта не восстанавливается из-за нового сужения, развившегося в пределах трахеотомического отверстия. Стенозы возникают при плохо сделанной трахеотомии, вследствие неправильного разреза трахеи: либо он не произведен по средней линии, либо проведено несколько разрезов. При насильственно грубом введении трахеотомической трубки, края трахеи могут быть вогнуты внутрь и, в конечном счете, вызвать стеноз.

КЛИНИКА ОГНЕСТРЕЛЬНЫХ РАНЕНИЙ ТРАХЕИ

Огнестрельные ранения трахеи встречаются значительно реже, нежели повреждения гортани.

По литературным данным, Киллиан /19/, Воячек /21/, - трахея повреждается в 7 раз реже чем гортань.

Тесная связь трахеи с жизненно важными органами /крупные артерии и вены, щитовидная железа/, топографически близко расположенными к ней, обуславливают то, что комбинированные ранения их в большинстве случаев ведут к смерти на поле сражения.

При ранении трахеи может быть оторвана от гортани и может опускаться вглубь грудной клетки.

В других случаях при повреждении части трахеальных колец получается зияющая рана, через которую можно ввести трахеотомическую трубку.

При незначительном сужении просвета гортани раненные могут довольно долго обходиться без трахеотомии.

Благодаря малым размерам трахеи и ее тесной связи с гортанью, повреждения ее обычно сопровождаются и повреждениями гортани.

Мы наблюдали 7 случаев ранений трахеи, из них одновременное ранение трахеи и гортани было в 6-ти случаях.

Симптомы ранения трахеи вводятся главным образом к кровотечению, затрудненному дыханию, кашлю с примесью крови, подкожной эмфиземе и иногда, при одновременном повреждении пищевода, - к затрудненному глотанию.

Кровотечения обусловливаются комбинированным ранением крупных кровеносных сосудов. Затрудненное дыхание чаще всего происходит вследствие отрыва трахеи.

Подкожная эмфизема при ранении трахеи была в 6-ти случаях, кровохарканье и кашель с примесью крови во всех случаях.

Отличие симптомов гортанных ранений от трахеальных заключается в следующем: при поражении гортани голос изменен, при дыхании гортань поднимается и опускается, ларингоскопическая картина изменена.

При повреждении трахеи голос не изменен, гортань неподвижна, ларингоскопически - изменений нет.

Огнестрельные ранения трахеи протекают в значительной части при таких же условиях, как и ранения гортани и все сказанное о гортани относится целиком и к трахее.

Диагностика огнестрельных ранений гортани и трахеи

Диагноз травматического повреждения гортани и трахеи

может быть поставлен на основании вышеуказанных симптомов довольно легко.

Степень повреждения устанавливается с некоторой

долей вероятности и совершенно не может быть уста-
новлена в первые часы и дни наблюдения. Основное
затруднение заключается в том, что мы никогда с уве-
ренностью не можем утверждать, поврежден ли хрящ и
что после ранения гортани в дальнейшем не разовьются
те или иные осложнения. Наглядные наружные признаки
встречаются далеко не всегда.

В острейших случаях диагноз ставится на основании
данных пальпации и осмотра. Пальпация имеет диагно-
стическое значение в том случае, если хрящи гортани
повреждены и ранение их привело к деформации.

По локализации входного и выходного отверстия
не всегда с уверенностью можно говорить о сквозном
ранении гортани. Гортань, как подвижной орган, может
уклониться от ранящего оружия в сторону и может быть
ранена с двух сторон. Распознаванию помогает ларинго-
скопия.

Существуют два метода осмотра гортани: непрямая
и прямая ларингоскопия.

При непрямой ларингоскопии мы при исследовании
гортани пользуемся, как обычно, лобным рефлектором
с фокусным расстоянием его в 15 см. на расстоянии
в 30 см.

Исследование зеркалом в ближайшее после ране-
ния время подчас затруднено, даже в случаях, когда

гортань сама не повреждена, а повреждены соседние органы. Обилие слюны, отек входа в гортань мешают произвести ларингоскопию. Отек оглаживает все тонкие очертания гортани и не дает возможности определить границу процесса. По мере рассасывания отека, ларингоскопия легко удается, и мы с целью диагностики всегда прибегаем к ней.

Для прямой ларингоскопии мы пользуемся аутоскопом Брюнинга и шпателем клиники Компанеца.

Практически к прямой ларингоскопии мы редко прибегаем при травме гортани по следующей причине: при введении аутоскопа или шпателя происходит насильственное выпрямление гортани и травмирование ее, что при наличии травмы весьма болезненно и может повести к ухудшению процесса.

Рентгенодиагностика гортани

Рентгенологическое исследование гортани значительно

дополняет ларингоскопическую картину, помогая нам определить локализацию патологического процесса.

Тоот /101/ в своей монографии: "Нормальная и патологическая гортань у живых в рентгеновском изображении" в 1913 г. описал рентгенологический метод исследования гортани.

Способ рентгенографии, предложенный Рети /Rethi /, по своей сложности не получил широкого применения.

Лишь за последние 10 - 15 лет рентгенодиагностикой гортани стали заниматься наши соотечественники /Гинзбург, Диллон, Земцов, Девятов/.

Возможность получения рентгеновского изображения гортани объясняется наличием в ней воздушного просвета, не задерживающего рентгеновых лучей. С момента физиологического или патологического обызвествления хрящей, тень их начинает дифференцироваться на фоне мягких тканей шеи и гортани.

В норме начало обызвествления хрящей гортани наступает в период половой зрелости, причем обызвествление по разному протекает у мужчин и женщин.

В щитовидном хряще обызвествление, как у мужчин, так и у женщин начинается у задне-нижнего отдела его и распространяется кверху, образуя к 30-ти годам тонкую полоску обызвествления по заднему краю хряща.

В дальнейшем у мужчин от образовавшейся полоски, обызвествление распространяется по нижнему краю хряща, идя навстречу другому очагу обызвествления, расположенному у передне-нижнего отдела пластинки щитовидного хряща. Спустя некоторое время появляется каемка и по верхнему краю хряща. В результате в пластинке щитовидного хряща остаются два необызвествленных участка: передний - меньший и задний - больший. Полное окостенение всей пластинки обычно наступает к 70 - 80 годам.

У женщин обызвествление хрящей распространяется широкой полосой от заднего края кпереди, охватывая всю пластинку щитовидного хряща.

Обызвествление в перотневидном хряще начинается двумя очагами на уровне очленения нижних рожков щитовидного с черпаловидными хрящами.

В черпаловидном хряще обызвествление начинается у основания его и распространяется кверху.

Обызвествление санториньевых и вризберговых хрящей не происходит /Каплан, Минц - 94/.

Гинзбург /32/ указывает на возможность обызвествления надгортанника в глубокой старости.

Рентгенологически повреждения хрящей гортани после огнестрельного ранения обнаруживаются по изменению величины и формы воздушного просвета гортани благодаря обызвествлению поврежденных участков хрящей.

В дальнейшем, обызвествление распространяется и на неповрежденные участки хрящей, что проявляется, по нашим наблюдениям, в нарушении темпа и размеров физиологического обызвествления их /см. истор. бол. № 34/.

В доступной нам литературе имеются указания на различную технику рентгенологического исследования гортани.

Одни авторы производят рентгенографию гортани в лежащем положении больного, пользуясь обычными для

костной рентгенографии длительными экспозициями, Неменов /87/, Гинзбург /32/; другие, снимают больных в сидячем положении, пользуясь очень короткими экспозициями, как при снимках легких.

Некоторые стремятся получить изображение гортани естественной величины, для чего значительно увеличивают расстояние от фокуса до пленки; при этом иногда пользуются только мягкими или только жесткими лучами с применением или без применения усиливающих экранов.

В первом периоде нашей работы мы снимали больных в сидячем положении с короткими экспозициями, пользуясь очень мягкими лучами. Прикладывая пленку непосредственно к шее больного, мы получали изображение гортани естественной величины. При такого рода технике на полученных снимках у больных с короткой шеей перстневидный хрящ не был отображен, не говоря уже об области первых колец трахеи.

Вполне естественно, что снимки с неполными изображениями гортани, с искаженным столбом воздуха в ней за счет запрокидывания головы больного, нас не могли удовлетворить. Помимо того, один лишь профильный снимок не давал возможности определить сторону поражения.

Ознакомившись с техникой, применяемой Земцовым - клиника проф. Трутнева, мы резко повысили наши требования к рентгенограмме и стали применять новую

методику, заключающуюся в следующем: больной усаживается на специальный стул с подголовником и возможно более выпрямленной шеей, при чем требуется полная неподвижность больного во время экспозиции, которая не превышает 0,5 сек. Снимок производится на высоте средней глубины вдоха с задержкой дыхания.

Пленка без кассеты, но с экранами устанавливается параллельно сагитальной плоскости шеи, касаясь верхним концом края ушной раковины, нижний край пленки упирается в ключицу по середине. Центрация производится на щитовидный хрящ /см. схему № 1, стр. 49 /. Фокусное расстояние 50 - 60 см. при 50 КВ и 100 МА.

Для уточнения стороны поражения мы ввели в практику полупрофильные снимки: положение больного то же, что и при профильном снимке, но направление луча изменено; луч направляется сзади обокую вперед, непосредственно на правую или левую пластинку щитовидного хряща, минуя поперечные отростки шейных позвонков одноименной стороны.

Пленка с экранами устанавливается опереди обокую, под прямым углом к пластинке щитовидного хряща снимается сторона /см. схему № 2/. В результате получается изображение снимаемой половины щитовидного хряща в ортоградной проекции, другая же половина хряща частично окрывается за поперечными отростками позвонков.

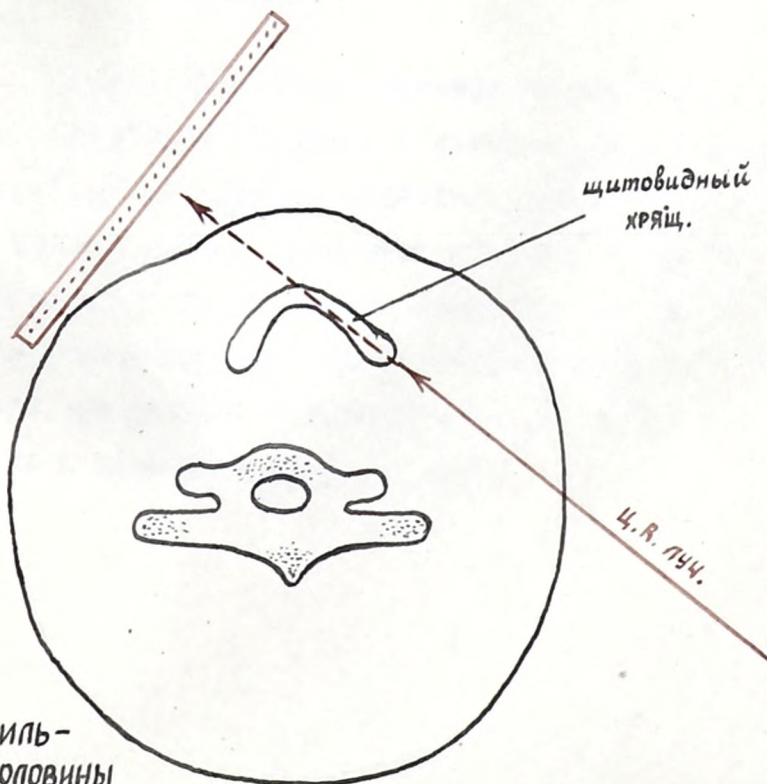
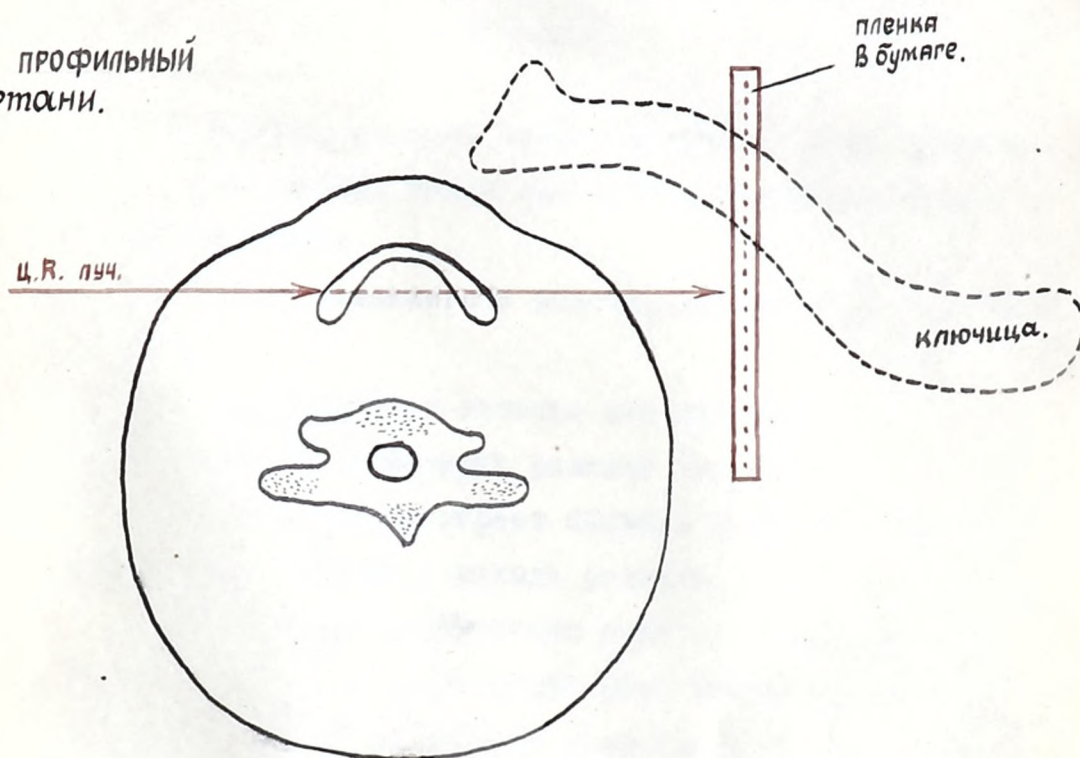
Такая методика рентгеноисследования в 3-х различных проекциях несомненно играет важную роль и помогает клиницисту лучше ориентироваться в диагностике последствий огнестрельных травм гортани.

Рентгенодиагностика гортани оказала нам существенную помощь, о чем можно судить по рентгенограммам наших больных /см. приложение к стр. 90 /.

Только на основании тщательно собранного анамнеза, взятого не в статике, а в динамике развития процесса, и совокупность таких симптомов, как нарушение функции голоса, выхождение воздуха через рану при кашле, кровохаркание, наличие эмфиземы, направление раневого канала, - при соответствующих ларингоскопической картине и рентгенологических данных, - можно с полной уверенностью говорить о повреждении гортани.

Укладка пленки для снимков гортани. (горизонтальный разрез)

Правый профилльный
мок гортани.



Левый полупрофиль-
снимок (правой половины)

Г л а в а 1У

ЛЕЧЕНИЕ ОГНЕСТРЕЛЬНЫХ РАНЕНИЙ ГОРТАНИ и ТРАХЕИ

• Методика лечения огнестрельных ранений гортани и трахеи зависит, как и при других ранениях, от следующих условий:

1. От срока, истекшего с момента полученного повреждения.
2. От особенностей и тяжести повреждения.
3. От условий, в которых раненый находится.

Фактор времени играет большую роль при оказании медицинской помощи в исходе ранения.

Своевременная обработка раны до того, как наступит инфекция ее, может обеспечить быстрое заживление и наиболее полное восстановление функции пораженного органа.

В первые часы после ранения следует считать с общим состоянием больного и иметь в виду, что самым опасным в этот момент является удушье и кровотечение.

Большой срок, прошедший с момента ранения, неблагоприятная обстановка в отношении асептического оперативного вмешательства, отсутствие квалифицированного врачебного персонала иногда вынуждают прибегнуть к консервативному лечению.

В некоторых случаях консервативное лечение может проводиться, несмотря на наличие резко выраженного стеноза и начинающегося перихондрита, при условии возможности повседневного наблюдения врача за дальнейшим течением болезни.

Консервативное лечение огнестрельных повреждений гортани, в случае изолированного его ранения, может быть показано при легких повреждениях, например, переломе хряща без дефекта и без воспалительных осложнений, а также при отсутствии прогрессирующего нарастания стеноза.

Консервативное лечение при огнестрельном ранении гортани показано при благоприятном течении ранения, при склонности к быстрому восстановлению функции и быстрому заживлению раны.

Тщательное наблюдение в течение нескольких дней и даже недель за такого рода ранеными обязательно, так как ряд различных осложнений /пневмония, появление стриктур, рубцов/ может быстро изменить всю картину. Такие раненые после нашего наблюдения в течение 2-х и больше месяцев были выписаны из госпиталя. Однако, считать эти случаи окончательно излеченными с точки зрения полного восстановления функции гортани нельзя.

Никогда, даже при исчезновении симптомов со

стороны дыхания, не следует успокаиваться, имея в виду возможность возникновения стеноза.

По мнению некоторых авторов: Тоуст, Шмигелев, Серрери /Шапуров - 117/, бужирование гортани достигает цели, когда введенный буж производит равно - мерное давление на все стенки гортани и просвет ее относительно широк. Применение бужей несоответствующих размеров способствует рецидиву стеноза, что в известной мере зависит от реактивного припухания слизистой гортани.

Исходя из этого, вышеуказанные авторы считают при хронических стенозах целесообразно продолжительное время проводить консервативное лечение и бужирование, не прибегая к оперативному. Опытом текущей войны это мнение категорически опровергнуто, что подтверждается и нашими наблюдениями.

Применяемые при лечении стенозов бужи Шреттера, Тоуста, Ильяшенко, были нами испытаны на группе больных /№ № ист. бол. 52, 53, 55, 56, 58 /. Бужи были подобраны соответствующих размеров, и бужирование нами проводилось методически, начиная с 5-ти минут до 1 часа, продолжительностью до 3-х и более месяцев. Эффекта мы не добились, так как оказалось, что достигнутое в результате длительного бужирования расширение просвета гортани, вскоре после

прекращения бухжирования, сошло не нет, и проловет
основа сузилося.

Таким образом, при консервативном методе лечения поврежденная гортань остается неизлеченной и часто механическая травма /попадание пищи в дыхательное горло, перенапряжение голосового аппарата/ или инфекционное заболевание приводит к осложнению.

Поэтому, только у небольшой части раненных в гортань может проводиться консервативное лечение. Другая, большая часть раненных в гортань требует активного хирургического вмешательства - экстраларингеальных ~~якххххххх~~ операций, как в интересах сохранения жизни больного, так и для сохранения функциональных способностей жизненно-важного органа.

Виды экстраларингеальных операций

- А. Трахеотомия
- Б. Ларингофиссура
- В. Ларингостомия

Трахеотомия /Историческая справка, по Шапурову /114/. В первый раз трахеотомия была произведена во время Цицерона Аокленкэдом, но описа-

ние этой операции не сохранилось. Во времена Адриана, Антила снова предпринял операцию трахеотомии, производя поперечный разрез между 3-м и 4-м кольцами трахеи.

Арабские врачи, описывая операцию Антила, сами неохотно ею пользовались.

В первой половине XVI-го века операция снова введена Бонвиниусом Флоренцием, но точное описание ее было дано Фабрициусом из Аквасепедоне, который считал операцию безопасной, но делал уже продольный разрез, так как при поперечном разрезе ранились сосуды. В разрез он вводил не очень широкую прямую трубку и закреплял.

Один из учеников Фабриция, Каосериус, применял методику своего учителя, более точно описал ход операции и стал пользоваться уже изогнутой трубкой.

Со времени Антила, вплоть до XVIII-го века, операция трахеотомии производилась путем поперечного рассечения трахеи.

По словам Наосаванта, трахеотомия получила особенно широкое распространение во Франции, чему способствовала эпидемия дифтерии, в то время как в Германии операция считалась опасной и применялась редко.

Трахеотомия стала применяться все чаще и чаще,

методика совершенствовалась, вводились новые модификации. Так, Ленсер из Амстердама применял для трахеотомии трубку внутри канюли.

В настоящее время обычно пользуются трахеотомическими трубками Люэра или Труссо.

Трахею можно вскрыть или над или под перешейкой щитовидной железы или же производить трахеотомию после срединного разреза перешейки.

В зависимости от этого различают верхнюю, нижнюю и среднюю трахеотомию.

При наличии сильно выраженной асфиксии, угрожающей жизни больного, и необходимости как можно скорее вскрыть трахею, производится крикотрахеотомия.

Показания к срочной трахеотомии

Основной целью трахеотомии является спасение раненого

от удушья.

Показания к трахеотомии: асфиксия, кровохарканье, инородное тело, застрявшее в гортани и мешающее нормальному дыханию, повреждение гортани, при котором возможность естественного дыхания нарушается, подкожная эмфизема шеи.

Симптомы ранения гортани нарастают иногда очень бурно, и, потому нередко трахеотомия уже производится на передовых этапах.

В условиях экстренной помощи показания основываются на ярких симптомах, бросающихся в глаза: асфиксия, кровохаркание, отвисание лоскутов мягких тканей.

Операция трахеотомии производится под местной анестезией - 1% раствор новокаина плюс 1 гр. адреналина /1:1000/ на каждые 10 гр. раствора. Инъекция производится субкутанно вокруг операционного поля в виде фигуры ромба, таким образом, чтобы операционное поле было свободно от анестезирующего вещества и облегчало ориентацию в тканях при операции.

В случае резко выраженного удушья приходится производить операцию без анестезии, так как страх перед удушьем, в данном случае, превалирует над чувством боли. Кроме этого оказывается общее анагезирующее действие углекислоты, которая в избытке накапливается в крови.

Больной укладывается на спину, под плечи подкладывается валик, голова откидывается назад, чтобы гортань выступила вперед. Положение больного и анестезия одинаковы для всех видов трахеотомии.

При верхней трахеотомии разрез производится по средней линии от нижнего края щитовидного хряща на 6 - 8 см. книзу. После разреза кожи и поверх-

ностной фасции, обнажается белая линия. Сосудистые анастомозы перевязываются. Мышцы раздвигаются тупым путем и крючками отводятся в стороны. После раз"единения мышц определяются контуры перстневидного хряща и поперечно проходящий перешеек щитовидной железы, отличающийся от окружающей ткани своим коричневато-красным цветом и мягкой консистенцией. Для отделения перешейка от передней фасции, последняя надрезается в поперечном направлении по нижнему краю перстневидного хряща. Средняя фасция с лежащей в ней щитовидной железой отодвигается книзу настолько, чтобы обнажить три верхних трахеальных кольца. После того, как трахея обнажена, острым крючком захватываем нижний край перстневидного хряща и отодвигаем его кверху. Трахею вскрывают остроконечным скальпелем, идя точно по средней линии снизу до края перстневидного хряща. После разреза трахеи двумя крючками раздвигают края настолько, чтобы канюля свободно вошла. Канюля вводится в трахею не прямо, а сбоку. Когда конец канюли вошел в образовавшуюся трахеостому, постепенно ее поворачивают, придавая ей прямое положение.

После введения трахеотомической трубки края поверхностной раны не плотно обкладывают 2 - 3-мя узловатыми швами. Накладывают повязку, состоящую

из нескольких слоев марли с вырезкой в центре для канюли. Последняя привязывается к шее те-семкой.

При нижней трахеотомии разрез кожи, подкожной клетчатки и апоневроза производится от перотне-видного хряща до яремной вырезки.

Мышцы отсепа-ровываются тупым пу-тем и крово-то-чающиеся со-суды по ходу операции пере-вязываются. Средняя фа-сия пере-резается в поперечном на-правле-нии. Перешеек щито-видной же-лезы от-деляется по верхнему и нижнему кра-ям осто-рожно, тупым крюч-ком ото-двигается кверху по-ка не бу-дет обна-жена тра-хея. По-сле обна-жения тра-хеи про-изво-дится раз-рез с низу в-верх и в образовав-шееся от-верстие в-та-вля-ется каню-ля.

При сре-дней трахеотомии по-сле ото-сепарова-ния мягких тка-ней обна-жается пе-решеек щито-видной же-лезы, на ко-торый на-кладываются в 2-х ме-стах лига-туры и про-изво-дится сре-динный раз-рез пе-решей-ка щито-видной же-лезы. Кра-я раз-резанно-го пе-решей-ка от-тягива-ются в о-то-роны до об-на-жения пе-редней сте-нки тра-хеи, ко-торая рас-скае-тся с низу в-верх, и вво-дится каню-ля.

Сре-дняя трахеотомия про-изво-дится о-чень ре-дко;

при наличии широкого перешейка щитовидной железы, либо когда перешеек прирос к трахее и не поддается легкому смещению.

При крикотрехеотомии пальцами прощупывается край щитовидного хряща и верхняя граница перстневидного. Специально приспособленный для этого вида операции нож вкладывается между ними, разрезается перстневидный хрящ и первые кольца трахеи. Когда гортань вскрыта, в нее вводится трахеостомическая трубка.

При отсутствии специального ножа, трахеотомия может быть произведена хирургическим скальпелем или даже перочинным ножиком. Так как в этой области нет крупных сосудов, разрез производится через все слои гортани.

Как выше уже отмечено, эта операция производится в экстренных случаях, так как задача ее — устранить опасность удушья. Обычно, когда все явления, вызванные обструкцией проходят, производят реопи- рацию — классическую трахеотомию.

У основной массы наших раненых врачи на передовых этапах производили трахеотомию.

В полевой обстановке не всегда удается произвести классическую трахеотомию. Вопрос о выборе, какую производить трахеотомию — верхнюю или нижнюю

должен решаться строго индивидуально.

Альбрехт /1/ выдвигает следующие преимущества верхней трахеотомии: она технически более проста, опасность кровотечения значительно меньше, чем при нижней трахеотомии. При бронхоскопии, верхней трахеотомией обеспечивается большая свобода движения трубкой, чем нижней.

Профессор Шапуров /117/ также рекомендует производить верхнюю трахеотомию, мотивируя тем, что она легче выполняется, полость гортани при ней легче обзреть и редко наблюдаются последующие стенозы.

Наши наблюдения подтверждают полностью взгляды в отношении выбора метода трахеотомии, изложенные проф. Шапуровым. Из числа раненых, которая подверглась верхней трахеотомии, имела сравнительно меньше осложнений.

Отрицательной стороной верхней трахеотомии является то обстоятельство, что давление высоко лежащей трахеотомической трубки препятствует заживлению раны перотневидного хряща.

Несколько замечаний к операции трахеотомии.

Крючки для раздвигания мышц гортани и трахеи должны быть тупыми - острые крючки ранят хрящи, что способствует в дальнейшем образованию перихондрита.

Трахея рассекается только по передней стенке,

так как при глубоких разрезах иногда возникает опасность повреждения задней стенки ее и ранение пищевода.

Попадающая в просвет кровь вызывает кашель, что усиливает кровотечение. В таких случаях рекомендуется быстро вскрыть трахею. Произведенная трахеотомия большей частью способствует гемостазу.

Канюля должна быть подобрана соразмерно вновь образованной ране трахеи и введена без насилия, в противном случае образуются пролежни, грануляции. Необходимо следить за тем, чтобы конец трахеотомической трубки попал в трахею, а не между слизистой оболочкой и хрящами, так как при этом может возникнуть эмфизема и наступить асфиксия.

В первые дни следует чаще прочищать внутреннюю канюлю и менять марлевые переднички.

Вопрос о способе питания трахеотомизированного больного должен решаться с момента ранения. Если раненый в состоянии принимать пищу через рот, то ему надо давать только мягкую, жидкую и не теплую пищу. При одновременном ранении гортани и пищевода, а также надгортанника, пища попадает в гортань и вызывает мучительный кашель, часто заносит инфекцию. В этом случае рекомендуется кормить такого раненого через желудочный зонд, введенный по нижнему носовому ходу в просвет пищевода с предварительной кокаинизацией

носового хода. Зонд через 7 - 8 дней удаляется во избежания развития пролежней.

Ларингофиссура Ларингофиссура - продольное расщепление гортани по средней линии.

Положение больного и анестезия те же, что и при трахеотомии.

Профессор Трутнев /103/ рекомендует производить обезболивание по способу Гофмана: 0,25%-ым раствором новокаина обильно инфильтрируется передняя поверхность шеи. По 60 - 70 куб.см. этого же раствора вводят в области прохождения обоих блуждающих нервов. При таком методе анестезии подавляются рефлексы со стороны слизистой оболочки гортани: мощные кашлевые толчки - обычные спутники при экстраларингеальных операциях - отсутствуют, больной лежит спокойно.

После произведенной анестезии кожа и подкожная клетчатка рассекаются по средней линии от подязычной кости до нижнего края перотневидного хряща. После разреза поверхностной фасции определяется угол щитовидного хряща, который служит ориентиром для продолжения разреза по средней линии. Перотнещитовидная артерия обычно перевязывается, рассекаются хрящи. После рассечения гортани края раны раздвигаются тупыми крючками, и мы свободно можем обозреть гортань.

В наших условиях при осложненных огнестрельных травмах гортани, при наличии мощных рубцовых изменений мы чаще всего производим ларингостомию.

Ларингостомия Ларингостомия впервые произведена в 1894 году Герингом /Шацуров - 147/, а по Ильешенко /51/ ларингостомию впервые применил Киллиан в 1906 г.

Теперь эта операция общепринята. Положение больного и анестезия те же, что и при трахеотомии.

Техника операции Если трахеотомия раньше не проведена, делают верхнюю трахеотомию. При наличии трахеостомы, после предварительного туширования кокаином-адреналином слизистой гортани, проводится разрез через трахеостому вверх по средней линии до верхнего края щитовидного хряща.

Гортань рассекается по средней линии. Мягкие ткани по разрезу отсепаровываются в обе стороны. В зависимости от локализации стриктур, рубцов - иссекаются поврежденные участки. Если связочный аппарат вовлечен в процесс, то он также подвергается иссечению. Производится гемостаз. При сшивании кожи со слизистой оболочкой гортани, края хрящей погружаются под кожу.

Методика послеоперационного лечения разнообразна, и на ней мы более подробно остановимся несколько дальше.

Характер хирургического вмешательства в первый период после ранения гортани и трахеи определяется

течением процесса и зависит от состояния больного, степени разрушения, локализации и динамики процесса.

Если вследствие ранения дыхание затруднено, и в гортани или трахее, как следствие травмы, имеется зияющее отверстие, оно должно быть использовано для введения трахеотомической трубки после тщательной обработки раны.

На передовых этапах довольно часто производят трахеотомию, руководствуясь большей частью локализацией ранения. В таких случаях не обходимо в ближайшем тыловом госпитале ревизировать рану, произвести классическую трахеотомию /лучше верхнюю, если обстоятельства позволяют/. Одновременно с этим рекомендуется произвести удаление инородных тел, обрывки тканей. При наличии широкой раны, как крайняя мера, допускается наложение ситуационных швов, если они не мешают отделяемому.

Ошибки, допускаемые иногда на передовых этапах в сторону переоценки показаний к трахеотомии, всегда могут быть оправданы соответствующей обстановкой. Среди наших наблюдений имеется группа раненных в 33 человека, которым в зависимости от симптоматики и динамики процесса, произведена только трахеотомия. Из этой группы в 16 случаях трахеотомия произведена до 72 часов и в 7-ми - спустя месяц

и больше. Осложнения, возникшие после ранения, в большинстве своем падают на группу поздно трахеотомизированных. Из последней группы один раненый остался канюляром /см. иот.бол. № 12/ и 4 - признаны впоследствии негодными к военной службе.

Правильно проведенная трахеотомия является залогом к последующей нормальной деканюляции.

Не трудно сделать трахеотомию, спасая больного от тяжелой асфиксии, неизмеримо труднее освободить его от ношения канюли.

Невозможность деканюляции объясняется возникновением в трахеотомической ране новых изменений, способствующих стенозу.

При слишком узком разрезе трахеи канюлю приходится силой проталкивать через узкое отверстие, при этом передняя стенка трахеи вдавливается внутрь и в дальнейшем препятствует деканюляции.

При длительном ношении канюли в гортанном ложе образуются грануляции и рубцы; последние в свою очередь способствуют возникновению стеноза и препятствуют деканюляции.

Повреждение перотневидного хряща является одним из факторов, препятствующих деканюляции.

По различным авторам процент удачной деканюляции, когда у больного восстанавливается дыхание через естественные пути, равен в среднем 50. Каково это дыха-

ние, насколько оно обеспечивает больного в дальнейшей его трудовой жизни - вопрос, который может быть разрешен только при длительном наблюдении за больным.

Установленных сроков в данном вопросе быть не может, единственным правильным критерием является опыт наблюдающего врача, учитывающего все динамические и ларингоскопические данные, которые могут дать возможность нормального дыхания через естественные пути.

Деканюляция и обеспечение больному нормального дыхания через естественные пути представляются чрезвычайно трудным делом, даже в руках опытного ларинголога.

Из нашей группы раненных в гортань в количестве 52 человек, подвергшихся тому или иному хирургическому воздействию, 8 человек выписаны с трахеотомической трубкой /канюляры/.

Каждый из этих канюляров имел свои особенности в течении процесса. Мы поставили себе целью выяснить, что мешает деканюляции и при каких условиях можно было бы снизить процент канюляров.

Анализируя наши данные, мы пришли к заключению, что несовершенство техники оперативного вмешательства и еще в большей степени несовершенство методики

лечения после операции - ларингостомии способствовали этому.

1. Часть этой группы канюляров /№ ист.бол.56, 57,58/ подверглась неоднократной трахеотомии и ларингостомии.
2. Другая группа /№ № ист.бол. 12, 36, 53, 55/, несмотря на явные показания к трахеотомии, в первые дни после ранения была трахеотомирована только соответственно на 34-й, 97-й, 140-й и 141-й день после ранения. Досаднее всего то, что и мы в свое время не выправили ошибок, допущенных на предыдущих этапах эвакуации, и долго проводили паллиативное лечение. Плохой исход в результате допущенных ошибок с убедительностью доказал, что только ранняя трахеотомия имеет большое значение для предупреждения осложнений.
3. Один раненый /ист.бол.№ 7/, у которого была перевязка общей сонной артерии и спустя некоторое время появилось повторное крово течение, остался канюляром.

Раненые, ослабленные предшествовавшими неоднократными операциями в первом случае, длительным безрезультатным лечением во втором случае /такие больные пребывали в госпитале по 6 и больше месяцев/ естественно, категорически отказывались от повторных операций и предпочитали оставаться канюлями.

Настаивать на реоперации в большинстве случаев мы не имели основания, так как даже при повторных ларингостомиях, гарантировать больному деканюляцию - не могли.

Одна часть раненых поступала в наш госпиталь, будучи трахеостомированными на предыдущих этапах, другая - с явлениями начинающегося или уже оформившегося рубцового стеноза.

Как у одних, так и у других мы наблюдали одно - сторонние рубцы, ограниченные определенным участком гортани, и двусторонние, которые привели к стойким сужениям гортани, как результат сформировавшегося перихондрита.

При ларингоскопии рубцы определяются в виде неподвижной, лишенной эластичности ткани и придают просвету гортани атипичную конфигурацию. Лечение таких стенозов гортани может быть только оперативное.

Из наблюдавшихся нами больных 52 человека подверглись экстраларингеальному вмешательству, и поэтому мы позволим себе остановиться более подробно на такого рода хирургическом воздействии.

В то время, когда принципы лечения перихондритов и стенозов рубцового происхождения ясно изложены в трудах Иванова /47/, Ильяшенко /51/, Хоршака /111/, Бурака /17/, Ярославского /121/ - лечение стенозов, в связи с средним положением голосовых связок и

поныне является предметом дискуссии.

Для устранения стенозов, вызванных срединным положением голосовых связок, рекомендуются различные операции: вылушивание черпаловидных хрящей, рассеечение щитовидного хряща по средней линии и введение пластинки реберного хряща, иссечение голосовых связок. Возникающие на месте голосовых связок рубцы иногда удовлетворительно выполняют функцию их. Все эти способы дают относительный успех.

Авторы, предложившие эти методы, весьма редко получали желаемый результат.

Галебский из клиники Воячека /21/ предложил 2 метода лечения стенозов: 1) пластическую ларингостомию и 2) метод растягивания с фиксацией швами, захватывающими грудино-ключичную мышцу, применяемый при стенозах, зависящих от положения голосовых связок по срединной линии. Однако, по словам проф. Воячека, "В последнее время мы еще не имели возможности широко применять эти способы, так как реконструкцию гортани нельзя начинать слишком рано /до полного затихания реакции на травму - со стороны хрящевого скелета гортани"/.

Иванов /48/ при оперативном вмешательстве не делает разницы между стенозом, возникшим от срединного положения голосовых связок и стенозом рубцового

происхождения; со связочным аппаратом он поступает так, как с инфильтратом, падает только ложные голо-
совые связки, которые в будущем смогут выполнять
функцию истинных голосовых связок.

Вопросу о лечении перихондритов и стенозов,
возникших как осложнение после огнестрельного ране-
ния гортани и трахеи, в литературе уделено только
незначительное место, в то время, как этот вопрос
по своему удельному весу должен был бы привлечь
большое внимание.

Отсутствие работ, которые обобщали бы опыт ле-
чения огнестрельных перихондритов, естественным об-
разом отражается на исходах, и раненные в гортань
в значительном количестве остаются инвалидами; боль-
шой процент нарушения функции зависит от способа
лечения.

Лечение стенозов гортани в большинстве случаев
проводится комбинированным методом: оперативным и
дилатационным.

Различные предложенные для этого способа дила-
таторы, большей частью приводят к незначительному
успеху, и часть раненых, страдающих стенозом гор-
тани, вынуждена вследствие этого на протяжении мно-
гих лет пользоваться трахеотомической трубкой.

Киллиан /19/ в качестве дилатационного объекта предложил резиновую Т-образную трубку, которая многими авторами /Бондаренко, Ильашенко и др./ признана наиболее приемлемой. Резина должна быть мягкая, эластичная, толщина стенки не должна превышать 2 мм., диаметр трубки - в пределах 10 - 15 мм. После произведенной ларингостомии трубка укладывается в гортанное ложе.

По данным Киллиана, резиновая трубка является наиболее целесообразной: она оказывает равномерное давление на стенки гортани и, благодаря эластичности, выполняет проовет дыхательного пути. Трубку рекомендуют менять раз в 3 - 4 дня.

Foss E.L. и Nev G.D. /13/ для формирования стомы рекомендуют следующий способ: бритвой выкраивается тонкий лоскут кожи с внутренней поверхности бедра или другой неволосистой части тела. Лоскут обертывается вокруг эластичного бужа, которому придают форму гортани. Буж со резанным лоскутом вводят в гортань таким образом, чтобы лоскут вплотную прилегал к стенке вновь образованного гортанного ложа. После 10-ти дней буж, под контролем ларингоскопии, удаляется. Кожный трансплантат обычно приживается.

Вторая фаза этого лечения состоит в том, чтобы не допустить сморщивания рубцовой тканью стенок гор-

тани, для чего авторы предлагают формирование стомы при помощи резиновой трубки. После удаления бука в гортанный канал вводится полая резиновая трубка. Последняя должна быть такого размера и формы, чтобы заполнить гортанный канал. Нижний конец трубки вводится в трахею и оставляется в полости на 6 месяцев.

Эванс /9/ предложил новый тип obtуратора, сделанный из веронита. Obtуратору придается форма канала гортани и его вводят в гортанное ложе. По мнению автора, этот метод обладает многими преимуществами: гранулирование в гортанном ложе не происходит, имеющаяся во время введения в гортань obtуратора грануляционная ткань быстро исчезает, выделений и запаха нет. Больной с obtуратором может быть выписан домой сроком на 6 месяцев.

Все приведенные выше методы лечения после операции ларингостомии практически не достигают цели, и каждый из них, по нашим наблюдениям, отличается большими недостатками.

1) Резиновая Т-образная трубка часто забивалась густой слизью, сухими корками, нередко кровавыми сгустками. Вследствие невозможности зафиксировать ее на одном месте, трубка скользила по стоме, выступала за голосовые связки и препятствовала глотанию, затруд-

вляла дыхание и неоднократно приходилось извлекать ее и вновь вставлять, что сопровождалось разрывом тканей и сильной болью.

Мнения корифеев нашей специальности о Т-образной трубке, как об одном из лучших методов для формирования отомы, не позволяли нам усомниться в этой методике, и мы со всей тщательностью стали ее применять. В первом же периоде применения их мы столкнулись с отрицательными качествами.

Чрезвычайно тяжелое впечатление производят больные, неоднократно подвергавшиеся экстраларингеальным операциям и убедившиеся на своем горьком опыте, что такое чувство страха перед удушьем или настоящее удушье, когда им снова приходится переживать это чувство вследствие нашего неумения оказать им надлежащую помощь /см. ист. бол. № № 52, 53, 54, 55, 56, 57, 58, 60, 61/.

Частая смена трубки способствовала разрастанию инфильтрата и грануляций, набуханию слизистой оболочки гортанного ложа и возникновению стеноза. В результате этого мы в 2-х случаях вынуждены были прибегнуть к повторной ларингостомии /ист.бол. № № 52, 57/ и в 3-х к повторным трахеотомиям /ист.бол. № № 53, 56, 58/.

2) Прямая резиновая трубка еще в большей сте -

пени не пригодна для дилатационных целей. Суть в том, что нижний конец ее неплотно прилегает к изогнутой поверхности трахеостомической трубки, вследствие чего происходит выпячивание задней стенки гортани, и в результате создаются условия для образования будущего стеноза.

3) Фосс и Нью /13/, предложившие свой способ, вскоре от него сами отказались, так как, по их наблюдениям, резиновая трубка часто проскальзывала в гипотермико, препятствовала глотанию и дыханию и способствовала десквамации прижившего трансплантата, обильному разрастанию грануляционной ткани, появлению гноя с резким запахом. Все эти явления вынуждали их как можно скорее извлечь трубку.

4) Способ Эванса /9/ по техническим причинам нами не испытан.

Все приведенные выше дилатационные методы, применявшиеся после ларингостомии, давали часто отрицательные результаты, подчас оказывая противоположное своему назначению действие, а именно: производили механическое давление на стенки формирующейся гортани и тем самым нарушали кровоснабжение ее стенок; не создавали формы гортани, которая обеспечила бы дыхание через носовую или ротовую полость. Последние обстоятельства способствуют возникновению

новых условий для образования стеноза и в результате получается порочный круг: стеноз-дилататор-стеноз.

Естественно, возникает вопрос - какой же дилататор применять, чтобы получить при данных условиях максимальную эффективность.

Мы произвели в госпитале 18 ларингостомий, из них 2 повторных. В 10-ти случаях мы формировали гортань резиновыми трубками /ист.бол. № № 51, 52, 53, 54, 55, 56, 57, 58, 60, 61/.

Равочаровавшись в вышеуказанных дилататорах, мы другой группе раненых, подвергшихся ларингостомии, стали проводить формирование стомы по старому, введенному еще в 1931-32 г.г. способу Хоршак - ватно-марлевым валиком /№ № ист.бол. 46, 47, 48, 49, 50, 59/.

После ларингостомии инфильтраты, рубцовые тяжи, деформированные хрящи, стенки свищевых ходов иссекаются субмукозно и, поскольку глас позволяет, радикально. Секвестры, если обнаруживаются, попутно также удаляются. Радикально мы поступали при операции стеноза, возникшего вследствие срединного разрыва голосовых связок, иссекая еще при этом истинные голосовые связки, оставляя ложные /см. ист.бол. № № 47, 50/.

В образованный после операции нижний угол ларингостомы вставлялась трахеотомическая трубка. Весь оставшийся открытым гортанный канал тщательно заполнялся тампоном Микулича, причем края трахеостомы растягивались крючками. Тампон Микулича фиксировался марлевыми салфетками.

Первые 5 - 6 дней мы ежедневно меняли верхние слои повязки, не трогая тампона, снимали нагноившиеся швы. На 5 - 6 день удалялся тампон Микулича, и стома оставалась открытой. После формирования гортанного канала мы приступаем к бужированию его марлевым валиком по типу несколько видоизмененного ватно-марлевого валика Хоршака. Стерильная марлевая салфетка туго сворачивается в виде валика, которому придается форма и размер вновь образованной ларингостомы. Валик посередине перевязывается длинной шелковой ниткой или марлевой тесемкой для фиксации его вокруг шеи. Обильно смазанным вазелином валиком заполняется просвет гортани. В дальнейшем через день или два, в зависимости от случая, валик менялся до получения достаточно широкого просвета гортани. Трахеотомическая трубка удалялась обычно через 30 - 40 дней после операции. В течение

месяца - полтора больной дышит естественным путем при туго завязанном отв ерстии трахеостомы.

Убедившись в течение этого срока в его способности свободно дышать, мы пластически закрывали стому по общепризнанной методике - местная анестезия, положение больного то же, как и при трахеотомии; овальный разрез вокруг стомы, отступя от краев ее на $1/2$ см.; отсепарование кожи в обе стороны; кетгутовые швы на внутренний лоскут наложены так, чтобы лоскут не суживал стому, а края его были бы слегка натянуты и погружены в нее; узловатые швы для натяжения внешних краев раны.

Такая методика лечения послеоперационных стенозов гортани по нашим наблюдениям, несомненно эффективна.

Ее преимущества: поверхность валика гладкая, набухая он заполняет все щели и выполняет весь просвет. Благодаря своей рыхлости он не давит на слизистую. Частая смена валика позволяет нам следить за слизистой гортани, своевременно удалять образующиеся грануляции. Валик предупреждает затекание пищи в гортань. Длительность лечения

значительно меньше; ни в одном случае мы не наблюдали при применении валика приступа удушья.

На основании нашего небольшого материала окончательные выводы о том, какой дилататор является лучшим для формирования стомы после ларингостомии, мы делать не будем, но для относительного суждения мы позволяем себе иллюстрировать наши данные.

Т а б л и ц а № 7

Дилататор	Количество случаев	Из них произведено		Выписалось с каюлями	Средн.колич. дней пребывания в госпитале.	Примечание
		Повторных ларингостомий	Повторных трахеотомий			
Т-образная и прямая резиновые трубки	10	2	3	5	371	Умерло 2
Марлевый валик..	6	-	-	-	249	-

В группе раневых, подвергшихся формированию стомы резиновой трубкой, двое умерло /ист. бол. № № 60 и 61/.

В одном случае течение болезни осложнилось хро -

нической бронхопневмонией с исходом в абсцесс и гангрену легкого, в другом - абсцедирующей пневмонией.

Отнести целиком причину смерти за счет Т-образной трубки у нас нет оснований, но допустить такую мысль - возможно.

В литературе имеется указание, что при применении Т-образной трубки приходится бороться с флегмонами и абсцессами легких /Компанеев - 64, 59/.

Несовершенство Т-образной трубки заключается в том, что она неплотно прилегает к задней стенке гортанного ложа, способствует выпячиванию слизистой задней стенки гортани и возникновению инфильтратов.

Секрет, выделяемый инфильтратом, проникает в легкие и может повести к возникновению в них абсцесса, что, очевидно, мы имели в описанных двух случаях.

В отношении другой группы раненных /14 человек/, мы в начале придерживались выжидательной тактики, применяя консервативное лечение. У этих раненных симптоматология нарастающего стеноза в первые дни после ранения не была резко выражена. При этом, инфильтраты не носили стойкого характера, рубцовых изменений в гортани еще не было, а наряду с этим имелось нарушение целостности хрящей гортани с явлениями хондрита и перихондрита /см.ист.бол. № № 33, - 46 /.

Эта группа раненных в среднем прошла 4 - 5 эта-

после эвакуации и поступила в наш госпиталь на 40-50-й день после ранения. Показаний к срочной трахеотомии в данных случаях не было. С течением времени изменения в гортани стали оказываться более резко, воспалительные явления прогрессировали, вовлекая в процесс хрящ и надхрящницу. Участки хряща начали некротизироваться, появились отеки, свищи. Вслед за этим стали проявляться признаки нарастающего стеноза гортани.

При ларингоскопии мы определяли гиперемию и отек слизистой оболочки, ограничение подвижности голосовых связок и иногда черпаловидных хрящей.

Своеобразное возникновение и течение перихондритов после огнестрельного ранения гортани вскоре нас убедили в том, что метод консервативного лечения в расчете на возможность обратного развития патологического процесса себя не оправдал, и мы ~~оперативно~~ перешли на путь хирургического вмешательства.

Оперативное лечение мы проводили без вскрытия гортани или трахеи по следующей методике: после инфильтративной и регионарной анестезии гортани производился разрез кожи, подкожной клетчатки и поверхностной фасции по средней линии от подязычной кости до нижнего края перстневидного хряща. При наличии хряща свища производился дополнительный

разрез в месте его расположения. Мягкие ткани вместе с надхрящницей тупым путем отслаивались и отодвигались по обе стороны щитовидного хряща. Хрящевые секвестры, некротизированные участки хряща и грануляции удалялись до пределов здорового хряща, причем мы по возможности щадили надхрящницу, стараясь при этом максимально сохранить скелет гортани.

Профессор Трутнев В.К. в своих трудах, изданных за период Великой Отечественной войны, неоднократно указывал на целесообразность раннего хирургического воздействия при перихондритах огнестрельного происхождения.

Положения, выдвинутые профессором Трутневым, целиком подтверждаются нашими наблюдениями. Раннее оперативное вмешательство - иссечение пораженного участка хряща - обеспечивало регенерацию тканей гортани, сокращало сроки лечения, а главное мы не имели тех грозных осложнений, которые наблюдались при консервативном методе лечения.

Т а б л и ц а № 8

Методика лечения	Число операций	Результаты лечения	Кол-во дней пребы- в гос- питале 1 боль- ным	Исходы в отноше- нии годности к военной службе	
				Годен к в/сл.	Негоден к в/сл.
Консерва- тивное.....	4	3 выздоров. 1 амбулатор	382	-	4
Хондротомия	10	Выздора- вели все	135	6	4

В отношении годности к военной службе всей группы наших раненных предсказание определялось как в зави- симости от осложнений, тяжести повреждений, так в рав- ной степени и от своевременно оказанной лечебно-профи- лактической помощи при травмах гортани.

Как мы уже ранее указывали, сравнительных статисти- ческих данных у нас нет.

Т а б л и ц а № 9

	Кол-во лиц	в % к общему числу наблюд.
Годных к военной службе...	7	11,5
Ограниченно годных.....	10	16,4
Отпуск на 1 месяц.....	5	8,2
Негодных к военной службе	37	60,7
Умерло.....	2	3,2

Разумеется, такой результат, что только 36% оказалось годными к военной службе, нас удовлетворить не может.

Все же, учитывая возвращение в ряды Красной Армии 36% и на трудовой фронт 60% раненых, можно говорить о некоторых успехах по сравнению с прошлым.

Средний срок пребывания раненого на излечении в госпиталях следующий:

С момента ранения до поступления в наш госпиталь.	57 дн.
Пребывание в нашем госпитале.	111 "
Всего койко-дней на 1 раненого.	168 "

По возрасту наша группа раненых распределялась следующим образом:

До 20 лет	12
От 21 - 25	12
От 26 - 30	14
От 31 - 40	18
От 41 и выше	5

С точки зрения проведенного метода лечения, мы все случаи разбили на 2 группы:

1-я группа, в количестве 52 раненых /85,3%/, которым проведено хирургическое вмешательство: трахеотомия, хондротомия, ларинготомия.

П-я группа - 9 раненых /ист.бол. № № 24 - 32 /

подвергалась только консервативному лечению. В 6-ти случаях ранения были слепые с повреждением не только гор-
тани, но и других органов: шейных по-
звонок, грудной клетки, нижних конеч-
ностей.

У большинства раненых этой группы мы наблю-
дали парез возвратного нерва, то ли вследствие
сдавления его, то ли вследствие одностороннего по-
вреждения блуждающего нерва. Ввиду глубокого
залегания инородного тела / большей частью
в шейных позвонках и грудной клетке / и ком-
пенсаторного воздействия второй здоровой го-
лосовой связки, благодаря чему дыхательная и
голосовая функции незначительно пострадали, мы
к оперативному вмешательству - удалению инород-
ных тел не прибегали.

В остальных 3-х случаях, самых легких ра-
нений из всех наблюдавшихся нами больных, приме-
нялась только физиотерапия.

Вообще, физические методы лечения мы применяли
во всех наших случаях и не без успеха.

Соллюкс и кварц применялись при наличии свищей и гнойного перихондрита гортани. Диатермия, ионтофорез с иодом или новокаином - при среднем положении голосовых связок и плотных инфильтратах. Благодаря лечению физметодами, нам часто удавалось уменьшить боли и улучшить фонаторную функцию.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Работа касается мало изученного раздела нашей специальности и выполнена на материале специализированного госпиталя глубокого тыла.

В своей работе мы стремились установить, какой тактики должен придерживаться хирург при огнестрельном повреждении гортани и трахеи.

Мы одновременно поставили перед собой задачу выяснить, в каких случаях и когда следует переходить от консервативного метода лечения к хирургическому воздействию.

Мы встретились с лечением перихондритов и стенозов гортани огнестрельного происхождения, - вопросом мало изученным и не разрешенным в период 1914 - 1918 г.г. и последующих войн вплоть до Великой Отечественной войны.

Самый острый, угрожающий жизни период болезни большинство наших раненых перенесло на передовых этапах эвакуации.

У раненых, поступивших в наш госпиталь, наблюдались различные вариации клинической картины с разнообразными субъективными жалобами, объективными симптомами и различными функциональными расстройствами органа - гортани.

В большинстве своем тяжелые нарушения функции

зависели не только от непосредственного повреждения хрящей гортани, но и от сопутствующих повреждений мышечно-нервного аппарата с одной стороны и неправильной методики лечения - с другой. Характер и степень морфологических изменений в значительной степени определяли динамику патологического процесса, но не решали вопроса о функциональной способности пораженного органа.

В целях более удобного изучения нашего фактического материала мы его распределили на три категории от наиболее простых и очевидных случаев до более сложных и трудно поддававшихся лечению.

К первой категории мы отнесли ту группу равных, где субъективные ощущения выступали явно, а морфологические изменения либо вовсе отсутствовали, либо выявлялись незначительно. Функция пораженного органа была нарушена в незначительной степени. К этой группе относятся те раненые, у которых трахеостомия произведена до поступления в наш госпиталь.

Трахеостомия часто производилась в силу условий боевой обстановки, в спешном порядке, большей частью сообразно с топографоанатомическим расположением раны.

Однако, опыт показал, что в тех случаях, где произведена ранняя трахеостомия, мы имели благо -

приятный исход в смысле восстановления функции, и абсолютное большинство этих раненых было деканюлировано.

Ко второй группе мы отнесли тех раненых, у которых суб"ективные жалобы и морфологические данные были резко выражены, но функция пораженной гортани на передовых этапах эвакуации была незначительно нарушена. С течением времени патологические изменения нарастали, хрящи стали некротизироваться, и раненые в большинстве своем поступали в наш госпиталь при явлениях начинающегося или уже сформировавшегося перихондрита.

Для правильной диагностики развившегося перихондрита мы использовали все методы исследования, включая и рентгенографию гортани.

Только учетом результатов всех методов исследования обеспечивался правильный диагноз.

По установлению диагноза, мы приступали к ранней хондротомии хрящей гортани, согласно неоднократным указаниям проф. Трутнева В.К.

Наши наблюдения показали, что если выжидать о хирургическим вмешательством при перихондрите и стенозе гортани, то болезнь переходит в ту стадию, когда процесс нарастает, хрящи некротизируются, близлежащие ткани оклерозируются, и раненым приходится уже подвергаться неоднократному хирургическому воз -

действию и, в конце концов, остаться каниюлярами.

С другой стороны, при тяжелейших ранениях правильная диагностика и раннее вмешательство давали удовлетворительный результат в смысле исхода заболевания и восстановления функции.

К третьей категории мы отнесли те случаи, где степень поражения гортани и нарушение ее функции были настолько тяжелы, что процесс принял уже необратимый характер. В связи с разнообразием клинической картины, лечение каждого случая требовало индивидуального подхода. Это были раненные, которых пришлось подвергнуть ларингостомии. Вопросу о выборе дилататора и методики лечения после ларингостомии мы уделили внимание в главе о лечении.

По сравнению с теми больными, которых мы лечили в течение первых двух лет, случаи, лечение нами за последние 2 года Великой Отечественной войны, представляют разительный контраст, как в отношении полноты обследования раненных, так и четкости диагностики и быстроты действия хирурга.

Приобретенный нами опыт способствовал выполнению нашей основной задачи — максимально сохранить функцию пораженного органа и вернуть большее количество раненых в ряды Красной Армии и к трудовой жизни.

В заключение приношу благодарность Начальнику Санитарного Отдела У.В.О. Полковнику мед/службы ЛАЗАРЕВУ М.Г. и Начальнику Военного Госпиталя № 414 Подполковнику мед/службы ЯКОВЛЕВУ А.И. за создание благоприятных условий в выполнении моей задачи, профессору РАТНЕРУ Л.М. за повседневное руководство моей работой и особую благодарность майору мед/службы - ДЕВЯТОВУ Н.Н. за ту помощь, которую он мне оказал в освоении рентгенологической диагностики гортани.

№ 1.

Нормальная гортань 25-летнего мужчины .

А) Профильный снимок.

Б) Полупрофильный снимок

Столб воздуха хорошо выражен, без деформации и сужения просвета гортани. Начальные признаки обызвестления нижних рожков щитовидного хряща (на отпечатке видны лучше на полупрофильном снимке).

N 1



A

N1



B

№ 2.

НОРМАЛЬНАЯ ГОРТАНЬ 50-летнего МУЖЧИНЫ.

Массивное обнажение значительной части
щитовидного хряща, верхних и нижних рожков его.

№ 2



ИЗ.

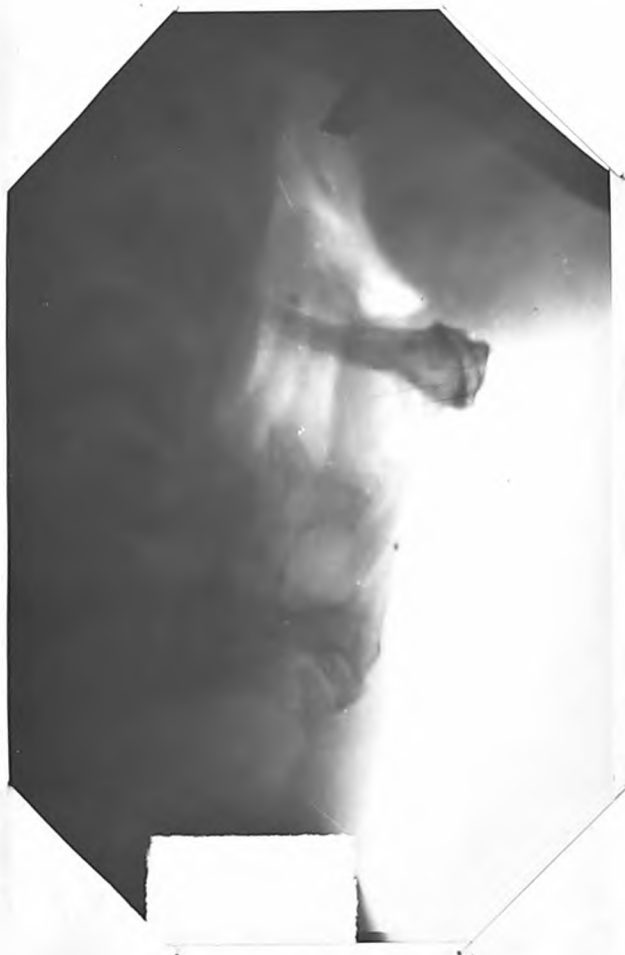
ИВАНОВ В. И. 1901 г. № исп. б. 21 (20725) .

А) Профильный снимок.

Б) Полупрофильные правый и левый снимки .

Металлический осколок размером $1 \times 0,7$ см. проецируется в правой подчелюстной области. Обызвествление верхнего края перстневидного и основания черпаловидного хрящей. Большой дефект центральной части щитовидного хряща; преобладание разрушения левой половины его. (см. пр. полупрофильный снимок). Сплошное обызвествление щитовидного хряща в правой половине, распространяющееся по краям дефекта и на верхнюю половину его.

N^o 3



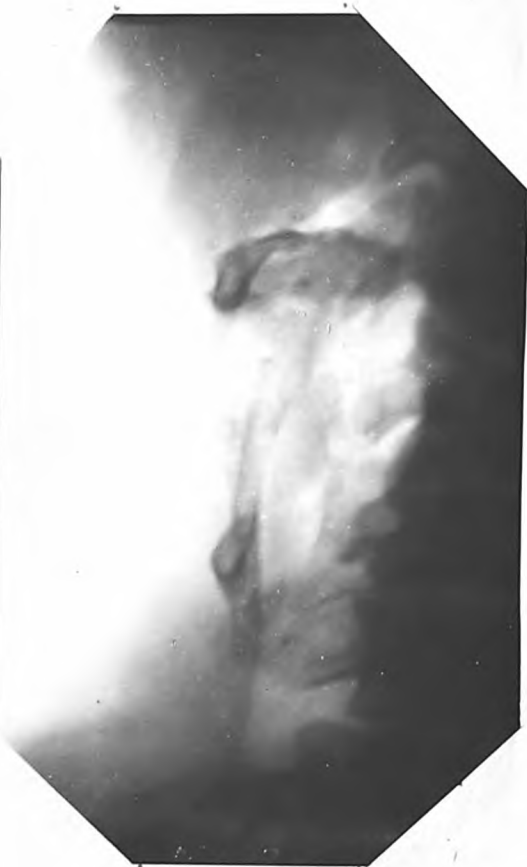
A

№ 3



правый

В



левый

№ 4.

ХЛИМЕНКО И. А. 1905 г. № ист. б. 44(22052)

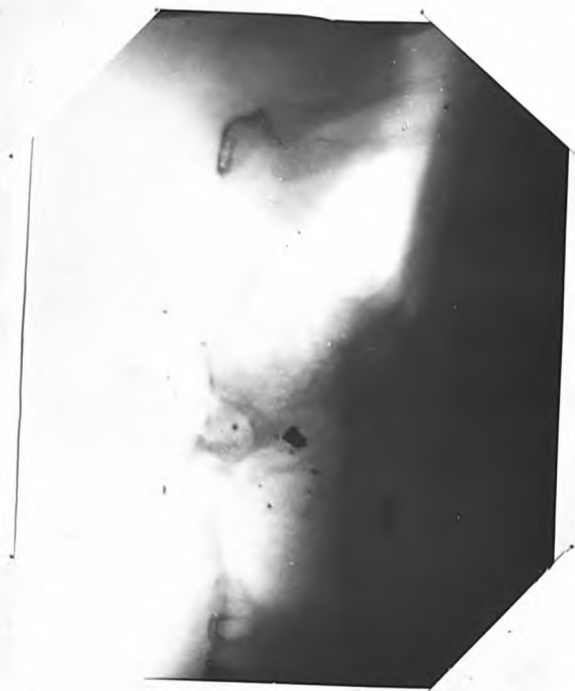
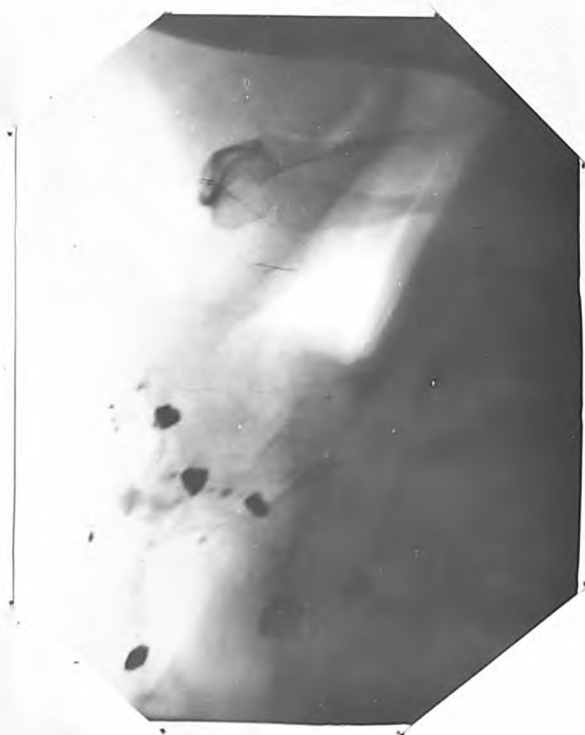
А. Профильные снимки до - и после операции.

Б. Левый и правый полупрофильные снимки.

Многочисленные металлические осколки залегают в области щитовидного хряща. Ряд более крупных осколков удален после операции. Несколько более крупных осколков в мягких тканях шеи (большой угол смещения в проекциях). Дефект среднего отдела щитовидного хряща в левой его половине (см. пр. полупрофильный снимок).

Обызвествление первых колец трахеи. -

№ 4



A

№ 4



Небула



Урава

Р

№ 5.

ДАНИЛОВ П. С. 1924 г. № ист. бол. 46 (20465)

- А. Профильный снимок.
- Б. Левый полупрофильный снимок
- В. Правый полупрофильный снимок

Перелом под язычной костью со значительным смещением отломков и уплотнением на месте перелома тела ее. Щитовидный хрящ в переднем отделе отсутствует. Правая половина его разрушена и обызвестлена (см. левый полупрофильный снимок). Нижние рожки щитовидного хряща обызвестнены; впереди от них определяется тень начального обызвествления. Края хряща слева (см. полупрофильный снимок) отсутствуют.

25



A

N 5



7/8

nr 5



13

№6

ПЕРСОНАЛЬНЫЙ В. И. 1924 г. № ист. б. 34(20513).

Почти полное сужение просвета гортани на протяжении всего канала. Массивное и беспорядочное обизвествление щитовидного хряща, не соответствующее возрасту больного.

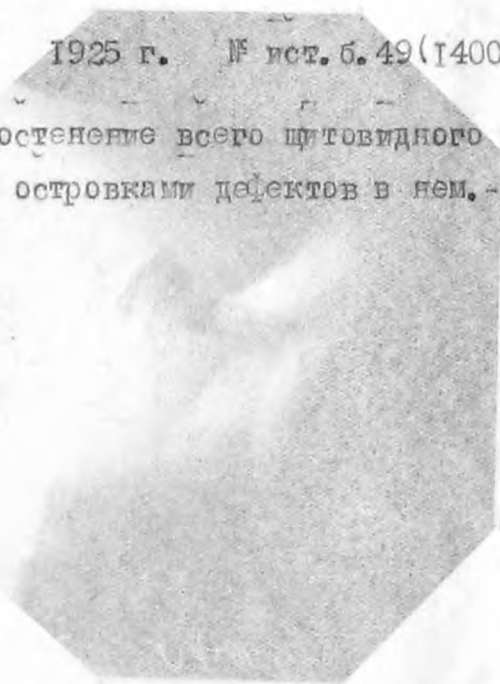
№ 6



№ 7.

ТЕМНОВ Н. П. 1925 г. № ист. б. 49 (14009) .

Массивное окостенение всего щитовидного хряща
с отдельными островками дефектов в нем. -



n 7

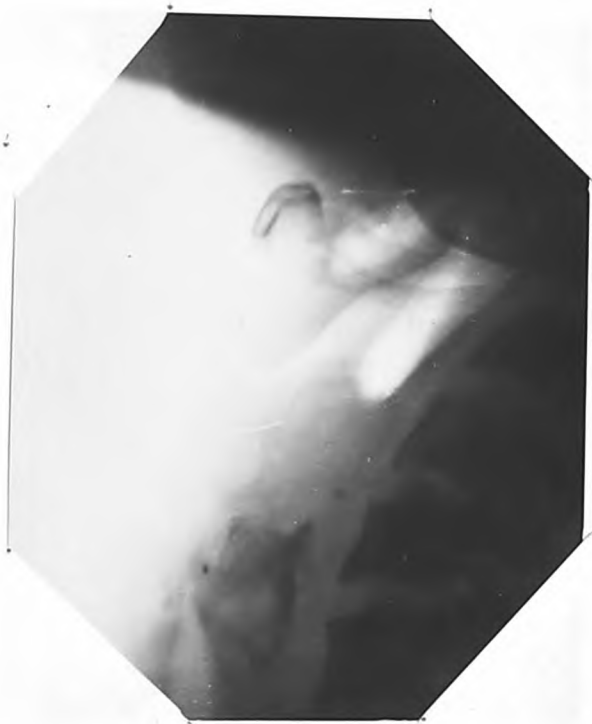


№ 8.

КИРИЙЧУК С. Н. 1919 г. № лет. 6. 12 (18261)

Значительная деформация столба воздуха с полным перерывом его на уровне щитовидного хряща. В области щитовидного хряща имеется массивный конгломерат обызвествлений на месте задних рожков .

№ 8

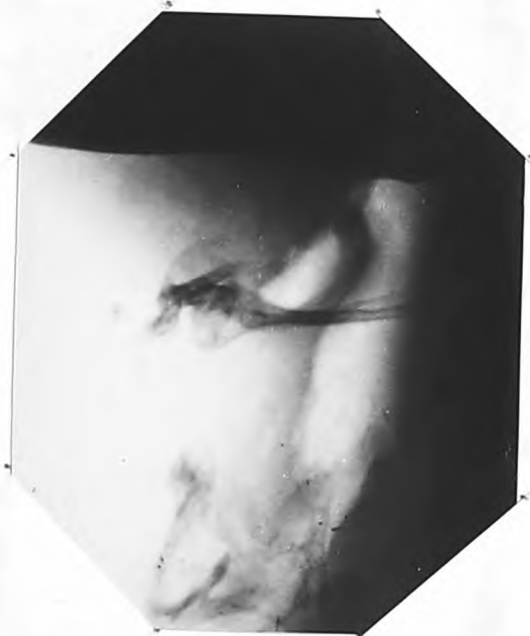


№ 9.

ГАННИКО Н. Н. 1908 г. № ист. б. 14(18468) .

Перелом тела под язычной костью с образова-
нием остеофитов. Обызвествление в нижнем
отделе штибовидного хряща - более равномерное
сзади в области рожков и кольцевидное в перед-
нем отделе на месте дефекта хряща. -

№ 9



ИСТОРИИ БОЛЕЗНИ

А. Раненные, которым произведена только

трахеотомия

1. Мал-ев П. А., к-ц, 1913 г., № 11882. 9/УП-43 г. получил осколочное ранение шеи с повреждением гортани. После ранения была рвота, нарушение голоса, кровотечение из носа и изо рта, затрудненное дыхание. На предыдущих этапах консервативное лечение. После трех этапов эвакуации 30/УП-43 г. поступил в наш госпиталь.

Статус при поступлении: слева на шее на уровне верхней трети щитовидного хряща и области правой околоушной железы окрепшие рубцы. Ларингоскопия: передний отдел гортани сужен, голосовые связки инфильтрированы, подвязочное пространство обозреваемо.

Диагноз: стеноз гортани после огнестрельного ранения шеи с повреждением гортани.

Гемограмма: Нв - 71%, лейкоц. - 12200, эоз.-0,5, пал. - 7,0, сег. - 66,5, лимф.- 20, мон.-6, РОЭ - 40 мм.в час.

Моча: белок - 0,033 /⁰оо, лейкоц. - 2-3 в п/з, эритро. - ед.в очаге п/з, в остальном без изменений.

Рентгеноскопия грудной клетки - норма.

Жалобы на боли в груди. Заключение терапевта-бронхит. Лечение: отхаркивающая микстура, банки.

17/УШ нарастание стеноза, просвет гортани уменьшается, значительный отек черпаловидных хрящей и голосовых связок, по поводу чего произведена верхняя трахеотомия, вставлена трахеотомическая трубка. Лечение: кварц, диатермия гортани.

9/XI дыхание через трубку свободное. Ларингоскопия: дыхательная щель достаточная, небольшой отек левой ложной голосовой связки, в меньшей степени - истинных голосовых связок. 9/XI деканюлирован.

24/XI Рана закрылась вторичным натяжением. Голос хриплый, дыхание при длительной ходьбе затруднено. Ларингоскопия: голосовая щель сужена вследствие инфильтрации переднего отдела гортани. Слизистая гортани несколько отечна. Физиотерапия, диатермия, ионогальванизация с иодом.

26/XII выписан - негоден к военной службе.

Статус при выписке: голос хриплый, дыхание без трубки свободное, при длительной ходьбе затрудненное. Окрепший рубец на месте трахеотомии. Ларингоскопия: голосовая щель несколько сужена, истинные голосовые связки бесцветны. Незначительный отек ложных голосовых связок. Черпала подвижны.

2. Ко-ов С. к-ц, 1919 г., № 13909. 27/УШ-43 г.

получил олепое осколочное ранение шеи с повреждением гортани. После ранения было кровоизлияние, из раны выделялась пенная жидкость с примесью крови, подкожная эмфизема шеи, груди, лица, губы цианотичны, резкий отек. Через 3 часа в М.С.Б. произведена трахеотомия, вставлена трахеотомическая трубка, удален металлический осколок. После 4-х этапов эвакуации 18/IX поступил в наш госпиталь.

Статус при поступлении: На предыдущем этапе трахеотомия сделана слева на шее, трубка лежит под голосовыми связками, дыхание стенотическое, порой со свистом. Ларингоскопировать не удается. Вставлена короткая трахеотомическая трубка.

Диагноз: стеноз гортани после огнестрельного ранения шеи с повреждением гортани.

Гемограмма: РОЭ - 30 мм. в час, в остальном без изменения. Моча-норма.

С 20/IX по 17/XI дыхание через трубку свободное. Дважды удалены избыточные грануляции. Деканюлировать нельзя. 18/XI деканюлирован.

3/XII Рана зажила вторичным натяжением.

25/XII выписан - негоден к военной службе.

Статус при выписке: истинные голосовые связки

резко утолщены, при фонации полностью не омы -
каются. Черепаловидные хрящи ограничены в дви -
жении.

3. Мис-к П.Д., лейт. 1915 г., № 14373. 21/УП-43 г.
получил касательное осколочное ранение передней
поверхности шеи с повреждением гортани и правого
предплечья, с последующим повреждением локтевого
нерва. После ранения была афония, затруднен вдох,
незначительное кровотечение изо рта, подкожная
эмфизема шеи и лица. Помощь на предыдущих этапах.
В М.С.Б. - первичная обработка. В П.П.Г. 23/УП
отмечено: перелом подязычной кости, левый рог
ее выступает за рану. Через час после поступления
в П.П.Г. оделана перевязка левой яремной вены по
поводу сильного кровотечения из раны.

25/УП - эмфизема шеи и лица уменьшаются, оте -
котические явления и отек гортани нарастают. В
тот же день оделана трахеотомия и вставлена тра -
хеотомическая трубка.

30/УП утром у больного появилось сильное
кровотечение из левой яремной вены. Пинцетом
зажата кровотокающая вена, рана раскрыта, в вене
обнаружена узора диам. в 1/2 см.. Вена прошита
у периферического и центрального концов. Гемо -
транофузия 250 куб.

15/УШ ларингоскопия: отек истинных голосовых связок, голосовая щель достаточная, широкая. Дека-
нюлирован.

После 7-ми этапов эвакуации 2/Х-43 г. поступил
в наш госпиталь.

Статус при поступлении: афония, опереди на шее
в области левой грудино-ключично-сосковой мышцы
рубцы. Ограничение движений шейных мышц. Контрак-
тура 1У-го и У-го пальцев правой кисти.

Ларингоскопия: голосовые связки гиперемированы,
утолщены, левая - подвижна, правая ограничена в дви-
жении.

Диагноз: парез правой голосовой связки, состоя-
ние после трахеотомии и после перевязки левой ярем-
ной вены по поводу огнестрельного ранения шеи с по-
вреждением гортани. Контрактура 1У-го и У-го паль-
цев правой кисти.

Гемограмма: РОЭ - 29 мм. в час, в остальном
без изменений.

Моча: белок - следы, лейкоц. - 5-10 в п/з, эритро-
2-3 в п/з, выделены.

Лечение: Кварц, диатермия на гортань.

10/Х1. Голос хриплый, края голосовых связок не-
ровные. Правая голосовая связка несколько отстает в
движении. Физиотерапия.

17/ХП-43 г. выписан - ограниченно годен.

Статус при выписке: Движения головой в обе стороны свободны, вперед и назад - ограничены. Анемия по ходу правого локтевого нерва. Рубцы на шее окрепли. Ларингоскопия: голосовая щель незначительно сужена. Правая голосовая связка отстает в движении. При фонации левая голосовая связка полностью закрывает голосовую щель.

4. С-та Л.Е., вфр. 1916 г., № 14485. 24/УШ-43 г. получил слепое осколочное ранение шеи, проникающее в трахею. После ранения потерял голос, было кровохаркание, затруднен вдох, подкожная эмфизема шеи, распространяющаяся до яремной ямки.

25/УШ рентгеноскопия: металлический осколок расположен на уровне гортани, интенсивно просматривается в правом боковом положении. Легкое и сердце без особенностей.

Слева на шее на 4 см. от перегородки щитовидного хряща рана $1 \times 1\frac{1}{2}$ см. с большим количеством гнойных выделений.

27/УШ общее состояние тяжелое, дыхание затруднено. Справа на шее инфильтрат, распространяющийся по всей передней поверхности шеи. Из раны обильное количество гноя. Ларингоскопировать не удается из-за тяжелого состояния больного.

27/УШ сделана нижняя трахеотомия. В правой по-

ловине шеи обнаружен гнойник, выпущен гной. Из глубины шеи на уровне правой боковой поверхности трахеи извлечен осколок $1\frac{1}{2} \times 2$ см.. Тампон, вставлена трахеотомическая трубка.

29/УШ деканюлирован. Дышит свободно.

18/IX поступил в наш госпиталь.

Статус при поступлении: на шее 2 вертикально идущих рубца под корочками. Один слева на шее, размером $3 \times 1\frac{1}{2}$ см., другой справа в области щитовидного хряща. Голос хриплый. Голосовая щель сужена, истинные и ложные голосовые связки утолщены, розового цвета.

Диагноз: травматический хондрит гортани после огнестрельного ранения. Лечение: диатермия гортани.

12/XI выписан -ограниченно годен.

Статус при выписке: рубцы на шее окрепли, голос хриплый, дыхание свободное. Ларингоскопия: истинные голосовые связки слегка утолщены, розового цвета, правая голосовая связка отстает в движении, при фонации голосовая щель полностью закрывается приближением левой голосовой связки к правой.

5. К-ун И.Л., ст.серж. 1922 г., № 14856. 19/УШ-43 г. получил сквозное разрывной пулей ранение правой половины шеи с выходом пули через ключицу. После ранения было сильное кровохаркание, потеря сознания, подкож-

ная эмфизема шеи и грудной клетки. На лошадах доставлен в М.С.В., где произведена блокада по Вишневскому и гемотрансфузия - 250 куб.

20/УШ в П.П.Г. плохо дышит, состояние тяжелое, пульс 120 в 1'. Справа и спереди на шее на уровне щитовидного и перитневидного хрящей кровотокающая рана диам. в 1/2 см.; в области левой ключицы рана 12 x 5 см. Лечение - перевязки.

2/X в ОГ 427 произведен осмотр ларингологом. Афония, деформация гортани, боли при пальпации в области гортани, рот раскрывает плохо из-за пареза челюстей. Осмотр гортани затруднен. Значительный отек обоих черпаловидных хрящей и черпаловидногортанных связок. Слизистая гортани гиперемизована.

Диагноз: перихондрит гортани, гранулирующая рана области верхней левой ключицы после огнестрельного ранения шеи с повреждением гортани и ключицы.

3/X переведен в Л.О.Р. отделение. Состояние ухудшается, нарастание стеноза, в связи с чем произведена срочная трахеотомия, вставлена трахеотомическая трубка.

После 5-ти этапов эвакуации 8/X поступил в наш госпиталь.

Статус при поступлении: афония, рот раскрывает на 1 см., трахеостома и в ней трахеотомическая трубка. Отек шеи. Контрактура верхней левой конечности. Осмотреть гортань не удается.

Гемограмма: РОЭ - 48 мм. в час, в остальном без изменений. Моча - норма.

Рентгенография левой ключицы: "оскольчатый перелом средней трети ключицы, видна костная пластика и секвестры. Осколок металла 5 x 8 мм. в мягких тканях верхней трети плеча". Л.Ф.Н. левой верхней конечности.

20/X - дыхание через трубку свободное. Ларингоскопия: ограничение подвижности черпаловидных хрящей. Голосовая щель деформирована, узкая. Функции левой верхней конечности улучшается, дышит через трахеотомическую трубку свободно. Ларингоскопия: голосовая щель треугольной формы, деформирована и сужена, небольшой отек ложных голосовых связок.

6/1-44 г. деканюлирован. Диатермия, У.В.Ч. на гортань.

12/1 - стома под корочкой. Дыхание без трубки свободное. Ларингоскопия: голосовая щель деформирована, достаточная для дыхания.

18/II выписан - негоден к военной службе.

Статус при выписке: рубцы в области левой ключицы окрепли, голос хриплый. Ларингоскопия: голосовые связки утолщены, голосовая щель деформирована, несколько сужена.

6. Сал-он С.Ф., от. л-т, 1905 г., № 16612. 22/X1-43 г. получил сквозное пулевое ранение шеи с повреждением

гортани и правой лопаточной кости. После ранения было кровохаркание, потеря сознания. В Х.П.П.Г. 24/XI, ввиду резко выраженного стеноза произведена трахеотомия. На этапах эвакуации только наблюдение.

После 5-ти этапов эвакуации 29/1-44 г. поступил в наш госпиталь.

Статус при поступлении: голос хриплый, на шее трахеостома с трахеотомической трубкой. На уровне наружного края правой лопатки рана 8 x 2 см. с эпителизирующимися краями. Слева в области щитовидного хряща рубец диаметром в 1 см. - след входного отверстия. Ларингоскопия: ложные голосовые связки незначительно отечны, черпаловидные хрящи в большей степени, отек истинных голосовых связок, последние почти полностью закрывают просвет голосовой щели.

Диагноз: хондрит гортани после огнестрельного ранения шеи, гранулирующая рана правой лопатки.

Лечение: кварц, диатермия шеи, Л.Ф.К. правой верхней конечности.

10/II Деканюлировать не удается, продолжает лечиться физметодами.

14/III Ларингоскопия: истинные голосовые связки розового цвета, слегка утолщены, при фонации смыкаются, образуя узкую щель. Деканюлирован. Функция правой верхней конечности ограничена.

26/III Трахеостома закрылась, дышит без трубки

свободно. Ларингоскопическая картина без изменений.

24. IV - Выписан. Ограниченно годен.

Статус при выписке. Окрепший рубец на месте бывшей трахеостомы. Голос хриплый. Дыхание свободное.

Ларингоскопия: левая голосовая связка слегка утолщена, отстаёт в движении. При фонации голосовая щель закрывается приближением правой связки.

7.- Пов Г.Г., к-ц. 1925г. № 16500. 14.X-43 г. получил сквозное пулевое ранение шеи с повреждением трахеи. Входное отверстие справа на уровне щитовидного и перстневидного хрящей, выходное - слева на том же уровне. После ранения было сильное кровоизлияние, подкожная эмфизема шеи, затрудненное дыхание. Через 4 часа произведена трахеотомия и иссечена гематома справа.

Р-скопия: "Справа в 4-м межреберьи старый туберкулезный очаг, тень правого легкого расширена, диафрагма ослаблена.

15.X - Внезапное сильное кровотечение из раны правой половины шеи. Произведена перевязка правой общей сонной артерии. Гемотрансфузия 250 куб. крови.

1.XI - справа на шее, на уровне щитовидного хряща на 2-3 см. от средней линии его - рана. Определяется пульсирующая гематома. Диагноз: травматическая аневризма общей сонной артерии справа.

14.XI - повторное кровотечение из раны области правой грудино-ключично-сосковой мышцы. Кровотечение остановлено тампонадой раны и через 2 часа произведено иссечение аневризмы. Аневризматический мешок, из опасения инфицирования раны, не иссечен.

4.XII - Не транспортабелен.

24.XII- беспокоит кашель, боль при глотании. Дыхание через трубку свободное. При закрытом трахеотомическом отверстии дыхание крайне затруднено, голос беззвучен. Гиперемия и инфильтрация ложных голосовых связок. В просвете гортани значительное скопление слизи. Деканолировать нельзя.

После 5 этапов эвакуации 22.I-44г. - поступил в наш госпиталь.

Статус при поступлении: справа на шее продольный рубец со свищем в центре, из которого выделяется незначительное количество гноя. Слева на шее на месте выходного отверстия-окрепший рубец. В трахее, слева от средней линии - трахеотомическая трубка. Голосовая щель закрыта инфильтрованными ложными связками и черпаками.

Диагноз: огнестрельный перихондрит гортани, трахеостома; состояние после удаления аневризмы правой общей сонной артерии.

Больному предложена операция - ларингостомия, от которой он категорически отказался.

31.II-44г. выписан. Негоден к военной службе.

Статус при выписке: Голос хриплый. Трахеостома и в ней трахеотомическая трубка. Дыхание через трубку свободное. Верхний отдел гортани почти полностью закрыт рубцовой тканью.

8. - Сам-ов В.П. к-ц, 1918 г. № 16762.

25.II-43 получил сквозное пулевое ранение шеи с повреждением гортани. Через 40 дней после ранения произведена трахеостомия. Спустя несколько дней после ранения попал в плен, где находился до 3.I-44 г. В госпиталь 414 поступил 3.II-44 г.

Статус при поступлении: На шее деформирующие рубцы, дышит через трахеотомическую трубку, голос хриплый.

Ларингоскопия: Голосовая щель сужена, имеет форму треугольника, отек ложных голосовых связок. Истинные голосовые связки не определяются.

Диагноз: Перихондрит гортани в результате огнестрельного ранения.

20. II - Голос хриплый. Истинные голосовые связки розового цвета, с зазубренными внутрь краями. Деканюлирован.

Лечение: Диатермия шеи.

4. III - Дышит без трубки свободно. Голос хриплый.

Стома не сокращается размером.

Лечение: Кварц, понтэфорез с иодистым калием на шею.

14. III - Операция - закрытие ларингостомы дубликатурой кожи.

22. III - Сняты швы. Рана зажила первичным натяжением. Ларингоскопическая картина без изменений.

8. IV - Выписан. Негоден к военной службе.

Статус при выписке: на шее рубцы, гортань деформирована, овальной формы, голос хриплый. Дыхание свободное, но при длительной ходьбе стенотическое.

Ларингоскопия: в верхнем отделе голосовой щели крепкие рубцы. Голосовая щель ромбовидной формы.

9. - Л-ев П.М., к-ц, 1914 г. № 17194.

20. I-44 г. получил ^{сквозное} пулевое ранение шеи с повреждением гортани. После ранения было кровотечение. затруднен вдох, афония. В тот же день, по поводу резко выраженного стеноза, сделана верхняя трахеотомия. 25. I- деканюлирован.

После 4-х этапов эвакуации 18. II поступил в наш госпиталь.

Статус при поступлении: по обеим сторонам шеи, на границе щитовидного хряща, окрепшие рубцы. Дыхание свободное. Голос хриплый.

Ларингоскопия: незначительная отечность черпаловидного хряща и голосовой связки справа, при фонации голосовые связки не смыкаются, образуя узкую щель.

Диагноз: парез правой половины гортани после огнестрельного ранения.

Лечение: Д"Арсонваль, соллюкс шеи.

Рентгеноскопия грудной клетки - норма. Рентгенография гортани: - смещения и переломов хрящей не отмечается.

8. III - выписан. Годен к военной службе.

Статус при выписке: дыхание свободное.

Ларингоскопия: небольшой отек правой голосовой связки, голосовая щель при фонации полностью закрывается.

10. - Шах-ов В., к-ц, 1925 г. № 17910.

28. I - 44 получили сквозное осколочное ранение шеи с повреждением гортани. После ранения было нарушение голосовой и дыхательной функций, кровотечение. Через 3 часа в МСБ произведена трахеотомия, вставлена трахеотомическая трубка. Послеоперационное течение осложнилось аспирационной пневмонией. Лечение пневмонии сульфидином.

14. II - деканюлирован.

После 4-х этапов эвакуации 24. II поступил к нам в госпиталь.

Статус при поступлении: спереди на шее трахеостома диаметром в 1 см., голос хриплый, слева на шее в области щитовидного хряща - рубец; второй рубец справа несколько ниже под язычной костью.

Ларингоскопия : Парез правой голосовой связки, левая - слегка отечна. При фонации левая истинная голосовая связка закрывает голосовую щель. Незначительный отек черпаловидных хрящей.

Диагноз: парез правой голосовой связки в результате огнестрельного ранения .

Исследование крови : РОЭ - 49 мм в час. , в остальном отклонений от нормы нет .

Рентгенография гортани: небольшая деформация воздушного столба с выпячиванием переднего его отдела на месте бывшей трахеостомы.

10. IV - трахеостома закрылась вторичным натяжением. Голос хриплый.

Лечение: Соллюкс, кварц, диатермия шеи.

20. IV - ларингоскопия: Левая голосовая связка бледная, подвижна, правая слегка ограничена в движении. Отек черпаловидных хрящей исчез.

Направлен на трудпроцессы в подсобное хозяйство.

2. V - выписан. Годен к службе нестроевой службе.

Статус при выписке: Голос хриплый, дыхание свободное. Небольшой парез правой голосовой связки, левая - норма. При фонации голосовая щель полностью закрывается.

11.- Н-ов В.Д. , ст. серж., 1916г. , № 18212.

20. II-44 получил сквозное осколочное ранение левой ключицы, с выходом осколка справа на уровне трахеи и гортани. На машине был доставлен в Э.Г. 920. Через 15 часов после ранения - рассечение и иссечение ран в области ключицы и шеи, извлечено много свободно лежащих костных фрагментов ключицы и обрывков ткани справа на шее. Во время операции появился резкий стеноз, из трахеи

с шумом выходил воздух, по поводу чего произведена трахеотомия.

24. II - деканюлирован.

После 4-х этапов эвакуации 19. II-44 поступил к нам в госпиталь.

Статус при поступлении: афония, дыхание без трубки слегка затруднено. Верхняя левая конечность фиксирована в гипсовой повязке. Справа на шее, на уровне щитовидного хряща - окрепший рубец 4 x 1 см.

Ларингоскопия: отек черпаловидных хрящей, левая истинная голосовая связка деформирована, полуовальной формы, утолщена, правая - розового цвета. Голосовая щель широкая.

Диагноз: перихондрит гортани, гранулирующая рана области правой ключицы после огнестрельного ранения.

Гемограмма: - РОЭ - 55 мм в час, в остальном без отклонений от нормы. Моча - без особенностей.

Рентгенография: " Сращенный перелом ключицы при явлениях обильной костной мозоли. Смещение незначительное. Секвестров не видно. Разрушен щитовидный хрящ в области сочленения пластинок. На месте разрушения очаги обызвествления (окостенения) ".

Лечение: Кварц, диатермия шеи. На рану ключицы повязку с сульфамидными препаратами.

10. V - удален фиксирующий гипс, назначена лечебная гимнастика левой верхней конечности.

29. VI. Голос хриплый, без трубки дышит свободно.

Ларингоскопия: левая половина гортани в неподвижном состоянии. Голосовая щель широкая, правая голосовая связка бледная, при фонации правая половина гортани закрывает щель.

14. VII выписан - негоден к военной службе.

Статус при выписке: - Левая верхняя конечность слегка ограничена в движении. Голос хриплый.

Ларингоскопия: деформация левой голосовой связки, она ограничена в движении, края ее зазубрены; голосовая щель широкая, ромбовидной формы. При фонации голосовая щель закрывается приближением правой голосовой связки.

12.- Кир-ук С.Н., лейт., 1919, № 18261.

И.И-44 получил сквозное осколочное ранение шеи с повреждением гортани. После ранения было сильное кровотечение изо рта, подкожная эмфизема шеи, которая через 2 дня исчезла. На предыдущих этапах лечения консервативное и до поступления в наше отделение специалистом по Л.О.Р. болезням не осмотрен. На одном из этапов эвакуации, 6. III, по поводу нарастания стеноза произведена верхняя трахеотомия.

После 5 этапов эвакуации И.И-44 поступил в наш госпиталь.

Статус при поступлении: слева и справа на шее по ходу грудино-ключично-сосковых мышц, ближе к щитовидному хрящу, два окрепших рубца. В трахее трахеотомическая трубка, афония.

Ларингоскопия: Голосовая щель сужена, истинные голосовые связки в неподвижном состоянии, гипертрофированы, черпаловидные хрящи неподвижны, отечны.

Диагноз: парез обеих голосовых связок в результате огнестрельного ранения шеи с повреждением гортани.

Гемограмма: Нв - 70 %, лейкоц. - 8800, эоз. - 1,5, пал. - 5,5, сегм. - 61, лимф. - 28, мон - 4, РОЭ - 46мм/час

Рентгенография гортани: значительная деформация столба воздуха с полным прерывом его на уровне щитовидного хряща.

В области щитовидного хряща имеется массивный конгломерат на месте задних рожков.

Лечение: Кварцевое облучение и йодифорез шеи.

На всем протяжении пребывания в нашем госпитале ларингоскопическая картина не менялась. Проведена 4-х кратная каустика черпид, которая эффекта не дала.

Больному предложена операция - ларингостомия, от которой он отказался.

10. VI выписан - негоден к военной службе.

Статус при выписке: В трахее стома и в ней трахеотомическая трубка, голос хриплый. Истинные голосовые связки отечны, неподвижны, с неровными краями, находятся в срединном положении, едва заметная голосовая щель.

13. - Р-цев Н.В., к-ц, 1901, № 18350.

18. I-44 получил слепое пулевое ранение шеи с повреждением гортани, проникающее в грудную клетку. При ранении было затруднено дыхание.

19. I - ввиду наступившей асфиксии сделана нижняя трахеотомия.

27. I - деканюлирован, но через 2 часа из-за затрудненного дыхания вынуждены были снова вставить трахеотомическую трубку.

После 5 этапов эвакуации 24. III-44 г. поступил в наш госпиталь.

Статус при поступлении: на передней поверхности шеи слева, на уровне щитовидного хряща-рубец - след выходного отверстия. Ниже рубца стома с трахеотомической трубкой. Дыхание через трубку свободное. Ларингоскопия: Отек черпаловидных хрящей и ложных голосовых связок. Правая голосовая связка отстает в движении, голосовая щель достаточная.

Диагноз: перихондрит гортани в результате огнестрельного ранения шеи с повреждением гортани.

Рентгеноскопия: " Пуля от автомата в плаще левого легкого, непосредственно в задней грудной стенке, по лопаточной линии слева на уровне 3-го межреберья".

28. III - Деканюлирован.

5. IV - Трахеостома закрылась вторичным натяжением. Облучение шеи кварцем и ионтофорез с иодистым калием.

12. V - выписан - Негоден к военной службе.

Статус при выписке: дышит без трубки свободно, при длительной ходьбе дыхание слегка стенотическое.

Ларингоскопия: Черпаловидные хрящи деформированы, ложные голосовые связки утолщены, парез правой истинной голосовой связки.

14. - Г-ко Н.М., к-ц, 1908, № 18468.

20. I-44 г. получил сквозное пулевое ранение шеи с повреждением гортани. После ранения затрудненное дыхание и глотание.

I. II- 44 г. ввиду резкого отека гортани и нарастания стеноза произведена трахеотомия. После 5-ти этапов эвакуации 4. IV- поступил в наш госпиталь.

Статус при поступлении: афония, глотание слегка затруднено; по обеим сторонам шеи, на уровне щитовидного и перстневидного хрящей, ближе к наружному выступу щитовидного хряща 2 рубца - след входного и выходного отверстий пул. Голосовая щель ромбовидной формы, широкая, образована за счет ложных голосовых связок. Последние резко отечны и закрывают истинные. В день поступления в наш госпиталь деканюлирован.

Диагноз: стеноз гортани после огнестрельного ранения шеи.

Гемограмма: - РОЭ 45 мм/ за I час, в остальном без изменений.

Р-фля гортани: перелом тела под язычной кости с образованием остеофитов в переднем отделе. Обызвествление в нижнем отделе щитовидного хряща, - более равномерное сзади в области рожков и кольцевидное - в переднем отделе на месте дефекта хряща.

Лечение: диатермия, кварц шей

16. IV - Трахеостома закрылась. Дыхание без трубки свободное.

2. VI выписан. Негоден к военной службе.

Статус при выписке: - спереди и на шее 3 окрепших рубца. Афония. Голосовая щель деформирована, при вдохе узкая, при выдохе широкая. Черпаловидные хрящи неподвижны, истинные голосовые связки не определяются.

15. - Ц-ев. Н.И. 1911, № 18870.

19. IV-44 получил осколочное множественное ранение шеи с повреждением гортани, правой кисти, с отрывом I и II пальцев ее и последующим анкилозом правого лучезапястного сустава. После ранения было сильное кровохаркание, кратковременная потеря сознания, нарушение функции голоса.

20. IV произведена трахеотомия. 25. IV перелито 250кб. крови. 30. IV повторная гемотранфузия. 13. V деканюлирован.

После 5 этапов эвакуации 24. VI поступил в наш госпиталь.

Статус при поступлении: спереди на шее неполное окрепших рубец - след произведенной трахеотомии. Несколько слева на границе щитовидного и перстневидного хрящей косая рана, длиной 8 см., выполненная грануляциями и гноем. Голос слегка хриплый. Дыхание без трубки свободное.

Т Ларингоскопия : истинные голосовые связки бледные, левая неподвижна, при фонации голосовые связки полностью не смыкаются. Ампутиционная культя I и II пальцев кисти, анкилоз правого лучезапястного сустава.

Диагноз: Парез левой голосовой связки, отсутствие I и II пальцев правой кисти, анкилоз правого лучезапястного сустава после огнестрельного ранения.

Лечение : соллюкс шеи и фарадизация.

14.VI- Ларингоскопия:- Левая голосовая связка неподвижна, утолщена, края зигзагообразной формы. При фонации голосовая щель полностью закрывается за счет приближения правой связки.

31. VI - выписан. Негоден к военной службе.

Статус при выписке: Голос хриплый. Парез левой голосовой связки. Связка розового цвета. При фонации голосовая щель полностью закрывается. Отсутствие I и II пальцев правой кисти, анкилоз правого лучезапястного сустава.

16.- П-ко В.Г., к-ц, 1913, № 18974.

10. VI-44 получили слепое пулевое ранение шеи с повреждением гортани и трахеи, проникающее в левый плечевой сустав. В течение 6 дней была подкожная эмфизема шеи и лица, кровохарканье, затрудненное дыхание. Через 12 часов после ранения произведена нижняя трахеотомия, вставлена трахеотомическая трубка. Через 2 дня после операции перенес правостороннюю пневмонию. Лечение сульфидином. После трех этапов эвакуации поступил в наш госпиталь

3. VII-44 г.

Статус при поступлении: Голос хриплый. Трахеостома и в ней трахеотомическая трубка. Выше на I см. трахеостомы

рубец - след входного отверстия пули. В левой подмышечной области прослушивается инородное тело.

Ларингоскопия: - парез правой голосовой связки, отек левой голосовой связки и черпаловидного хряща, при фонации левая голосовая связка приближается к правой и неполностью закрывает голосовую щель.

Диагноз: - перихондрит гортани после огнестрельного ранения шеи, инородное тело в левой подмышечной области, проникающее в грудную клетку.

Лечение: соллюкс и кварц гортани, ЛФК левого плечевого сустава.

3. VII деканюлирован.

Гемограмма: - РОЭ - 45 мм за I час. В остальном без особенностей.

9. VII трахеостома закрылась, дыхание свободное.

Ларингоскопия: отек левой голосовой связки и черпаловидного хряща уменьшился, правая голосовая связка отстает в движении.

25. VII направлен на трудпроцессы на 1,5 месяца с целью разработки контрактуры левого плечевого сустава и испытания нагрузки дыхания при физическом труде.

10. IX выписан. Годен к нестроевой службе.

Статус при выписке: истинные голосовые связки слегка гиперемизированы, полностью смыкаются при фонации. Голос тихий, чистый.

17. - Х-ин И. П., ст. лейтенант, 1918, № 19081.

2.5-44 г. получил сквозное пулевое ранение шеи с повреждением гортани. После ранения было сильное кровохарканье. Голос хриплый. В МСБ произведена трахеотомия.

5.V- в ВГ 1439 флегмона шеи: произведен разрез и выпущен гной.

После 5 этапов эвакуации IO.VII поступил в наш госпиталь.

Статус при поступлении: Трахеостома с трахеотомической трубкой. Голос хриплый. На передней поверхности шеи, на I см. книзу и кнаружи от щитовидного хряща, рана диаметром в I см., выходное отверстие на задней поверхности шеи.

Ларингоскопия: небольшой отек надгортанника и черпаловидных хрящей, в гортани много слизи, голосовые связки слегка ограничены в движении, голосовая щель сужена.

19.VII деканюлирован.

Р-графия гортани: краевое обызвествление в верхнем и переднем отделе щитовидного хряща.

Ларингоскопия: в области передней комиссуры папилломы. . Левая голосовая связка у нижнего ее конца утолщена, неподвижна, при фонации голосовая щель полностью закрывается.

Лечение: Кварц, диатермия шеи.

I.VIII Трахеостома закрылась, дыхание свободное, голос звучный.

I.IX выписан. Годен к военной службе.

Статус при выписке: На шее рубцы. Голосовые связки розового цвета. Левая голосовая связка несколько отстает в движении. При фонации обе связки смыкаются полностью.

18.- П-ицкий, П.А., к-ц, 1907, № 19473.

I.VII-44 г. получил сквозное пулевое ранение шеи с повреждением гортани, с выходом пули через мягкие ткани правого плеча. После ранения была кратковременная потеря сознания, обильное кровохарканье, афония. Через 2 часа после ранения доставлен в МСБ, где произведена трахеотомия.

Послеоперационное течение осложнилось пневмонией.

Принял курс сульфиднотерапии. После 3-х этапов эвакуации 28. VII поступил в наш госпиталь.

Статус при поступлении: На границе щитовидного и перстневидного хрящей по обеим сторонам шеи 2 симметрично расположенных рубца - след входного и выходного отверстий пули. Спереди на шее трахеостома и в ней трахеотомическая трубка. Афония, дыхание через трубку свободное.

Ларингоскопия: Голосовая щель узкая, выполнена слизью. Отек надгортанника, который почти полностью закрывает просвет гортани, черпаловидные хрящи отечны, истинные голосовые связки не определяются. На наружно-боковой поверхности верхней трети правого плеча продольный рубец длиной в 8 см.

Диагноз: перихондрит гортани в результате огнестрельного повреждения гортани, контрактура правого плечевого сустава.

Гемограмма: РОЭ - 38 мм за I час, в остальном без особенностей.

Лечение: кварц, электролизация с иодистым калием шеи, ЛФК правого плечевого сустава.

21. VII деканюлирован.

30. VII стома закрылась, голос хриплый. Ларингоскопия: отек надгортанника и черпаловидных хрящей уменьшился, определяются истинные голосовые связки, они резко гиперемированы, при фонации полностью не смыкаются.

Лечение: электролизация с иодом и диатермия шеи, ЛФК правого плечевого сустава.

20. IX направлен на трудотерапию.

20. X выписан. Негоден к военной службе.

Статус при выписке: Рубцы на шее окрепли. Голос чистый, но тихий. Дыхание без трубки свободное. Движения в левом плечевом суставе ограничены. Парез правой голосовой связки, отек черпаловидных хрящей и надгортанника исчез.

19. - М-тумов А., кап. , 1922, №19914.

18. М-44 получил сквозное пулевое ранение шеи с повреждением гортани. После ранения было сильное кровохарканье, появилась подкожная эмфизема шеи и резко выраженный цианоз, по поводу чего через 4 часа в МСБ произведена трахеотомия. После 4-х этапов эвакуации поступил в наш госпиталь 12. IX.

Статус при поступлении: Полная афония, даже шепотом при закрытой трубке не разговаривает. Трахеостома и в ней трахеотомическая трубка. Слева на уровне перстневидного хряща окрепший рубец - след входного отверстия; выходное отверстие справа, на уровне щитовидного хряща.

Ларингоскопия: отек черпал, ложных и истинных голосовых связок. Последние сероватого цвета, определяются только их края, при фонации голосовые связки полностью не смыкаются.

Диагноз: состояние после трахеотомии по поводу стеноза гортани после огнестрельного ранения шеи с повреждением гортани, парез голосовых связок.

Лечение: кварц, Д"Арсонваль гортани.

15. IX - голос хриплый, ларингоскопическая картина без изменений, деканюлирован. Лечение: физиотерапия.

27. IX Трахеостома закрылась, дыхание без трубки свободное, стал разговаривать громче. Ларингоскопия: незначительный отек черпаловидных хрящей, истинные голосовые связки гиперемизированы, при фонации полностью не смыкаются.

Лечение: Кварц, йодогальванизация шеи.

20.X выписан. Годен к военной службе.

Статус при выписке: дыхание без трубки свободное, при длительной ходьбе не затруднено, голос чистый.

Ларингоскопия: незначительный отек черпаловидных хрящей, голосовые связки подвижны, розового цвета, при фонации полностью смыкаются.

20.- Т-цкий Г.Ф., к-ц, 1911, № 20185.

3/IX-44 г. получил сквозное пулевое ранение шеи с повреждением гортани. После ранения было сильное кровохарканье, подкожная эмфизема шеи и грудной клетки, афония. Через 4 часа после ранения был доставлен в МСБ, где по поводу асфиксии сделана трахеотомия. На предыдущих этапах ларингоскопия не проведена. После 4-х этапов эвакуации 4.X-44 поступил в наш госпиталь.

Статус при поступлении: афония, спереди на шее трахеостома и в ней трахеотомическая трубка. Справа, на 2 см. отступя от трахеостомы, гранулирующая рана. Ларингоскопия: надгортанник отечный, закрывает голосовую щель, детали гортани не удается осмотреть; только после кокаинизации выявлено, что правая голосовая связка находится в среднем положении.

Диагноз: перихондрит надгортанника, перелом правой голосовой связки в результате огнестрельного ранения шеи с повреждением гортани.

Лечение: Соллюкс, кварц шеи.

5.X деканюлирован.

25.X Трахеостома и рана на шее справа зажили вторичным натяжением. Дыхание без трубки свободное. Голос хриплый, тихий.

Ларингоскопия: - отек надгортанника не уменьшается и попрежнему закрывает вход в гортань, правая голосовая связка в срединном положении, левая - розового цвета, подвижна, при фонации полностью закрывает голосовую щель.

Лечение: Ингаляция, физиотерапия.

21.XI Отек надгортанника уменьшился, голосовая щель обозрима. Парез правой голосовой связки, левая - подвижна и при фонации приближается к правой, закрывая голосовую щель. Лечение то же.

20.XII выписан. Не годен к военной службе.

Статус при выписке: дыхание свободное. Голос хриплый.

Ларингоскопия: парез правой голосовой связки, левая - нормальной окраски, подвижна. Нерезко выраженный хондрит надгортанника.

21.- И-в В.И., к-ц 1901 г. № 20725.

31.X-44 получил сквозное осколочное ранение переднего отдела шеи с повреждением гортани, слепое осколочное ранение левой лопатки и левого надплечья. После ранения было кровохаркание, кратковременная потеря сознания. В МСБ, ввиду зияющего отверстия переднего отдела гортани, произведена перевязка кровоточащих сосудов и вставлена трахеотомическая трубка в отверстие гортани.

После 4 этапов эвакуации 7.XII поступил в наш госпиталь.

Статус при поступлении: афония. На 1 см. выше щитовидного хряща определяется рана 4 x 2 см. неправильной треугольной формы, в которой находится трахеотомическая трубка. Дыхание свободное.

Ларингоскопия: отек надгортанника, последний частично закрывает голосовую щель. Истинные голосовые связки серо-

ватого цвета, при фонации смыкаются. На уровне верхней трети левой лопатки и левого плечевого сустава 2 раны - 2х1 и 6х1,5 см.. Движения в левом плечевом суставе ограничены.

Диагноз: Хондрит надгортанника после осколочного ранения шеи с повреждением гортани, вяло-гранулирующая рана надплечья и левой лопатки после слепого осколочного ранения.

Рентгенография гортани: металлический осколок 1х0,7 см. проецируется в правой подчелюстной области. Большой дефект центральной части щитовидного хряща с преобладанием левой его половины. Сплошное обызвествление щитовидного хряща в нижней половине, распространяющееся по краям дефекта хряща и на верхнюю половину. Обызвествление верхнего края перстневидного хряща и у основания черпаловидного хряща.

8.XII деканюлирован. Лечение: кварц, понтоторез шей.

20.XII трахеостома закрылась, дыхание без трубки свободное.

9.I произведена операция - удаление осколков из левой лопатки. Осколки не удалены.

1. III Раны переднего отдела шеи и области плеча закрыты рубцами. На уровне верхней трети ^{левой} лопатки свищ с обильным количеством гноя.

10. III Реперация левой лопатки, удалены осколки.

25. IV - Выписан. Негоден к военной службе.

Статус при выписке: дыхание без трубки свободное. Голос хриплый. Ларингоскопия: небольшой отек надгортанника, голосовые связки розового цвета, утолщены, при фонации полностью смыкаются.

22. - Н-ин П. Е., к-ц 1924 №16380.

4.XII-43 г. получил сквозное осколочное ранение переднего отдела шеи с повреждением гортани. После ранения была кратковременная потеря сознания, кровохаркание, подкожная эмфизема шеи. 6.XII резкое нарастание стеноза, по поводу чего сделана нижняя трахеотомия. 12.XII деканюлирован. После 3-х этапов эвакуации 17.I-44 г. поступил в наш госпиталь.

Статус при поступлении: слева на шее на уровне выступа щитовидного хряща рубец диаметром 0,3 см., на противоположной стороне симметрично расположен второй рубец диаметром в 1 см. - след выходного отверстия. Голос хриплый.

Ларингоскопия: голосовые связки гиперемированы, при фонации полностью не смыкаются, ложные - слегка отечны.

Диагноз: нерезко выраженный парез голосовых связок после огнестрельного ранения.

Лечение: Солюкс, кварц и монтфорез шеи.

10.II Голосовые связки бледного цвета, отек ложных голосовых связок исчез.

30.II выписан. Подан к военной службе.

Статус при выписке: истинные голосовые связки слегка розоватого цвета, полностью смыкаются. Голос чистый.

23. - Та-дов В., к-ц 1917г. № 15999.

2/X-43 г. получил сквозное пулевое ранение шеи с повреждением гортани и трахеи. После ранения была афония, дисфагия, кровохаркание, подкожная эмфизема шеи. На предыдущих этапах произведена первичная обра-

ботка раны; в зияющую рану введена трахеотомическая трубка. После 4-х этапов эвакуации 22.XII-43 поступил в наш госпиталь.

Статус при поступлении: слева на шее, на границе перстневидного хряща и трахеи ближе к границе грудно-ключично-сосковой мышцы окрепшие рубцы. В трахее трахеотомическая трубка, афония, дыхание стенотическое. Ларингоскопия: голосовые связки и черпаловидные хрящи инфильтрированы, голосовая щель сужена, треугольной формы.

Диагноз: перихондрит гортани в результате огнестрельного повреждения трахеи и гортани.

Гемограмма: РОЭ - 30 мм в час, в остальном без изменений.

24.XII деканюлирован.

Р-скопия грудной клетки. - "Справа внизу и частично в среднем легком многочисленные, плотные большей частью очажки петрификации, местами туберкулезные очажки." Исследование мокроты на БК отрицательное.

Лечение: кварц, диатермия гортани, хлористый кальций внутрь.

25.XII жалобы на кашель; консультация терапевта.

Диагноз: туберкулез правого легкого, рекомендует от оперативного вмешательства воздержаться, ввиду возможности обострения туберкулезного процесса.

1. I-44 выписан. Негоден к военной службе.

Статус при выписке: голос хриплый, дыхание свободное, при длительной ходьбе затрудненное. Рана на шее закрылась вторичным натяжением. Ларингоскопия: правая голосовая связка в неподвижном состоянии. Отек

правого щитовидного хряща, левая голосовая связка слегка отекает, при фонации не приближается к неподвижной правой. Компенсированный туберкулез легких.

Б. ГРУППА РАНЕНЫХ, КОТОРЫЕ ПОДВЕРГАЛИСЬ ТОЛЬКО
КОНСЕРВАТИВНОМУ ЛЕЧЕНИЮ.

24.- Ал-ев А.И., серж., 1914г. № 14486.

15. VII-43 получил слепое осколочное ранение левой половины шеи, с повреждением гортани. На предыдущих этапах эвакуации наблюдение. 8.XI-43 поступил в наш госпиталь. Статус при поступлении: Голос хриплый, на левой половине шеи, в области щитовидного хряща, окрепший рубец - след входного отверстия осколка, последний не прощупывается.

Ларингоскопия: Левая половина гортани неподвижна, левая голосовая связка в срединном положении, кончик языка отклоняется в правую сторону.

Диагноз: разрыв левой половины гортани в результате огнестрельного ранения.

Р-графия шеи: „Осколок металла 13 x 15 мм у передней поверхности 3-го шейного позвонка. Изменений хрящей гортани не обнаруживается.“

Лечение: гальванический воротник, тонтофорез, диатермия шеи.

На протяжении 3-х месяцев ларингоскопическая картина не менялась. Больной выполнял трудовые процессы, связанные с пребыванием на воздухе и физической нагрузкой.

Учитывая глубину залегания металлического осколка, нормальную функцию глотания и дыхания, а также сомнительный эффект от оперативного вмешательства, решено от

удаления осколка отказаться.

II. I-44 г. выписан. Негоден к военной службе.

Статус при выписке: Голос хриплый, дыхание свободное, левые - истинная и ложная голосовые связки в неподвижном состоянии. Парез левой половины мягкого нёба.

25. - П. ов Ф. П. , мл. с-т, 1922г. № 15854 .

13. IX-43 г. получил множественное осколочное ранение левой половины шеи, с повреждением гортани, обеих голеней, правого плеча. После ранения было кровохарканье в течение 2 суток, подкожная эмфизема шеи и лица, изменение голосовой функции. После 6 этапов эвакуации 7. XII поступил в наш госпиталь.

Статус при поступлении: на правой половине шеи в области щитовидного хряща окрепший рубец величиной с спичечную головку, дыхание свободное, глотание слегка затруднено. Голос чистый, но не звучный. Кончик языка отклоняется вправо.

Ларингоскопия: Парез правой половины мягкого нёба, правого щитовидного хряща и правой голосовой связки, при фонации связки полностью не смыкаются. На правом плече 2 рубца с наклоном к из-за-явлению. На передней поверхности обеих голеней множество окрепших рубцов.

Диагноз: парез правой половины гортани, мягкого нёба в результате огнестрельного ранения, неокрепшие рубцы правого плеча.

Гемограмма: РОЭ - 36 мм за час, в остальном без особенностей.

Р-скопия: „Осколок металла 6 x 4 мм на уровне I-II-го шейных позвонков справа, на расстоянии около 2 см. от передней поверхности позвонков. Повреждения хрящей гортани не отмечается.“

Лечение: соллюкс шеи, диатермия.

2. II-44 г. выписан. Негоден к военной службе. Статус при выписке: на правом плече и передней поверхности обеих голеней окрепшие рубцы. Голос чистый, дыхание свободное.

Ларингоскопия: парез правой голосовой связки и правой половины мягкого неба.

26. - Шев П.А., старшина. 1907, №1576.

6. VII-43 г. получил сквозное пулевое ранение шеи с повреждением гортани, проникающее в лицевой череп. После ранения было сильное кровохаркание. В МСБ произведена первичная обработка раны, наложены швы и удалена пуля из нижней челюсти. После двух этапов эвакуации 18. VII-43 поступил в наш госпиталь.

Статус при поступлении: Справа на шее, на уровне задних рожков щитовидного хряща, окрепший рубец диаметром 20мм. Справа под углом нижней челюсти линейная рана 4x0,5см. с умеренным гнойным отделяемым. Глотание свободное, голос хриплый.

Ларингоскопия: парез правой голосовой связки, левая - норма, голосовая щель достаточная. На задней стенке трахеи неровность слизистой.

Диагноз: парез правой голосовой связки в результате огнестрельного ранения гортани.

11. VIII Рана под углом нижней челюсти зажила вторичным натяжением.

Ларингоскопия: голосовая щель достаточная, Правая голосовая связка слегка отстает в движении. При фонации голосовая щель закрывается приближением левой связки.

Лечение: ионогальванизация шеи.

14. IX выписан. Годен к военной службе.

Статус при выписке: Голос хриплый.

Ларингоскопия: голосовые связки слегка гиперемированы, утолщены, подвижны, при фонации полностью смыкаются.

27. - Г-ин Н.С., сержант, 1906г. №13900.

9. VII-43 г. получил слепое осколочное ранение шеи и в мягкие ткани правого плеча. После ранения потерял сознание. Голос хриплый. На предыдущих этапах консервативное лечение. 17. IX-43 поступил в наш госпиталь.

Статус при поступлении: дыхание слегка затруднено. На передней поверхности верхней трети правого плеча окрепший рубец. Голос хриплый. Справа на шее, ближе к выступу щитовидного хряща, окрепший рубец.

Ларингоскопия: правая голосовая связка утолщена, неподвижна, розового цвета. Черпаловидные хрящи и ложные голосовые связки слегка инфильтрированы. Дыхательная щель при вдохе сужена.

Диагноз: парез правой голосовой связки, окрепший рубец правого плеча, в результате огнестрельного ранения.

Лечение: Гальванизация с иодом гортани.

Р-скопия: осколок металла 3х3мм в глубоких мышцах шеи справа, другой осколок 3х4мм в правом легком на уровне 3 ребра, на глубине около 3-4 см.. Повреждения хрящей гортани не отмечается.

2.XII выписан. Негоден к военной службе.

Статус при выписке: голос беззвучный. Дыхание свободное, при длительной ходьбе затрудненное. Рубцы на правом плече окрепли. Функция правой верхней конечности в полном объеме.

Ларингоскопия: парез правой голосовой связки, левая подвижна, несколько гиперемирована, голосовые связки при фонации полностью не смыкаются.

28.- В-ов В.Е. , к-ц , 1923 г. № 19077.

27. IV-44 г. получил сквозное пулевое ранение шеи с повреждением гортани. После ранения потерял сознание на 2 часа, было кровохарканье, подкожная эмфизема грудной клетки и лица в течение 5-6 дней. Лечение на предыдущих этапах симптоматическое. После 2 этапов эвакуации 10. VII- поступил в наш госпиталь.

Статус при поступлении: слева на шее на верхнем уровне щитовидного хряща входное отверстие пули. Выходное - несколько выше на противоположной стороне, голосовая функция не нарушена.

Ларингоскопия: небольшая припухлость области левого черпаловидного хряща, правая голосовая связка серого цвета, несколько отстает в движении, голосовые связки при фонации полностью не смыкаются.

Диагноз: парез правой голосовой связки в результате огнестрельного ранения шеи с повреждением гортани.

Лечение: диатермия, тонзиллотомия гортани.

30. VII. Ларингоскопия: припухлость левого черпаловидного хряща исчезла, правая голосовая связка отстает в движении, при фонации левая связка приближается к правой и полностью закрывает голосовую щель. Направлен на труднотренируемые процессы.

15. IX. Выписан. Годен к нестроевой службе.

Статус при выписке: Голос звучный, дыхание свободное.

Ларингоскопия: незначительный парез правой голосовой связки, при фонации голосовая щель полностью закрывается.

29.- Юк А. В., к-ц, 1921, № 19078

29. VI-44 г. получил множественное слепое осколочное ранение шеи, лица, глаз, обеих верхних конечностей. После ранения была подкожная эмфизема шеи, нарушение голосовой функции, обильное кровотечение изо рта. Лечение на предыдущих этапах - банки на спину, стрептоцид. После 4-х этапов эвакуации Ю. В. поступил к нам в госпиталь.

Статус при поступлении: слева на шее в области средней трети щитовидного хряща рубец - след выходного отверстия. Входное отверстие не определяется. Слева на щеке много металлических мелких осколков, тугоподвижность I и II пальцев правой кисти.

Ларингоскопия: левая голосовая связка в срединном положении, в нижней ее трети сморщена, при фонации правая голосовая связка закрывает щель, вдох и выдох нормальные.

Диагноз: перерыв левой голосовой связки в результате огнестрельного повреждения шеи. Контрактура I и II пальцев правой кисти.

Лечение: соллюкс, кварц шеи, ЛФК пальцев правой кисти.

Гемограмма: РОЭ - 45 мм в час, в остальном без изменений.

Р-скопия: „Осколок металла 6х5мм у передне-правой поверхности 4-5-го шейных позвонков. Изменений в хрящах гортани и костей шейных позвонков не отмечено“.

20. VII Из роговицы левого глаза удалены два мельчайших металлических осколка. Ларингоскопия: левая голосовая связка незначительно отстаёт в движении. Дыхание свободное. Функция пальцев правой кисти в полном объеме. Направлен на трудпроцессы, выполнял физическую нагрузку.

I.X выписан. Годен к военной службе.

Статус при выписке: при ходьбе и физической нагрузке стеногических явлений нет, дыхание свободное, голос звучный.

Ларингоскопия: истинные голосовые связки слегка гиперемированы, при фонации полностью смыкаются.

30.- Н-ов Т. А., л-т, 1915 г. № 19088.

22. VI-44 г. получил сквозное пулевое ранение шеи с повреждением гортани. После ранения было незначительное кровотечение, которое вскоре остановилось, афония, боли при глотании. На предыдущих этапах никакого лечения. После трех этапов эвакуации Ю. VII поступил в наш госпиталь.

Статус при поступлении: по боковым поверхностям шеи, на уровне щитовидного хряща, 2 окрепших рана, голос хриплый, дыхание и акт глотания свободные. Ларингоскопия: правый черпаловидный хрящ и правая голосовая связка отсутствуют в движении. Голосовые связки бледные, при фонации полностью смыкаются, определяется нормальная трахея.

Диагноз: Хондрит правого черпаловидного хряща и голосовой связки в результате огнестрельного ранения шеи с повреждением гортани.

Лечение: кварц, диатермия, понтоторез гортани.

Р-графия гортани: обызвестившие щитовидного хряща ограничивается областью рожков.

I. VII - Ларингоскопических изменений нет.

15. IX выписан. Ограниченно годен I-й степени.

Статус при выписке: голосовые связки бледные, при фонации полностью смыкаются. Небольшой парез правой голосовой связки.

31.- О-ов А.И. , к-ц , 1905 г. № 19140.

11. VII-44 г. получил слепое осколочное ранение шеи с повреждением гортани и проникающее в правую половину грудной клетки. После ранения потерял сознание, было сильное кровотечение изо рта и из раны. В МСБ ушивание пневмоторакса. После 6 этапов эвакуации, 12/ VIII поступил в наш госпиталь.

Статус при поступлении: на шее, на границе щитовидного и перстневидного хрящей, три небольших окрепших рубца. Дыхание свободное, голос хриплый. На 10 см. ниже правой подмышечной области рубец величиной 8x5 см. Ларингоскопия: Отек ложных голосовых связок и черпаловидных хрящей, гиперемия истинных, при фонации голосовые связки не смыкаются.

Диагноз : Хондрит черпаловидных хрящей. Состояние после ушивания пневмоторакса на почве огнестрельного ранения, проникающего в грудную клетку.

Лечение : диатермия, кварц шеи.

Р-скопия грудной клетки: „Легкие и сердце без изменений. Осколок металла 0,5 x 0,5 см. справа на уровне 5-го межреберья в легочной ткани.“

10. VIII Голос хриплый, отек голосовых связок и черпаловидных хрящей значительно уменьшился, истинные голосовые связки гиперемированы, при фонации полностью не смыкаются. Физиотерапия.

10. IX выписан. Отпуск 30 дней.

Статус при выписке: Голос хриплый. Ларингоскопия: Истинные голосовые связки гиперемированы, при фонации полностью смыкаются.

32.- Е-дзе А. ст.с-т. 1916г. № 23080 .

23/II-45 получил ранение разрывной пулей в правую лопатку с выходом пули через шею и последующим повреждением гортани . При ранении было сильное кровотечение из рта и из раны, афония, потеря сознания на несколько часов. В МСБ рассечение раны справа на шею, произведена блокада правого блуждающего нерва. В дальнейшем консервативное и физметоды лечения. После 6 -ти этапов эвакуации 25.V-45 г. поступил в наш госпиталь.

Статус при поступлении: голос хриплый, глотание слегка затрудненное. Справа на шее, на уровне внутренней поверхности грудино-ключично-сосковой мышцы, на границе щитовидного и перстневидного хрящей послеоперационный рубец длиной в 10 см. Другой рубец на уровне верхней трети правой лопатки - след выходного отверстия.

Ларингоскопия : Парез правого черпаловидного хряща и правой голосовой связки, они слегка отечны. Левая голосовая связка гиперемирована и при фонации приближается к правой, закрывая полностью голосовую щель .

Диагноз: парез правой половины гортани, в результате огнестрельного ранения шеи с повреждением гортани .

Лечение : диатермия, ионтофорез шеи .

25.VII выписан. Негоден к военной службе.

Статус при выписке: дыхание свободное, при физической нагрузке затрудненное, голос хриплый. Ларингоскопия: Парез правого черпаловидного хряща и правой голосовой связки, левая - бледная. Голосовая щель при фонации полностью не закрывается .

В. РАНЕННЫЕ, ПОДВЕРГШИЕСЯ ХОНДРОТОМИИ.

33.- К-ли Г.А., к-ц, 1924, № 20193.

19. VII-44 г. получил слепое осколочное ранение шеи с повреждением гортани. После ранения было значительное кровотечение, нарушение голосовой функции, подкожная эмфизема шеи и грудной клетки. На предыдущих этапах консервативное лечение. После 5 этапов эвакуации Б.Х. поступил в наш госпиталь.

Статус при поступлении: Справа на шее в области щитовидного хряща рана 1 х 2 см., с умеренным количеством гнойного отделяемого и розовыми мелко-зернистыми грануляциями. Дыхание затруднено, голос хриплый.

Ларингоскопия: Передний отдел гортани выполнен грануляционной тканью, дыхательная щель сужена, полная неподвижность правого черпаловидного хряща, ложных и истинных голосовых связок; при фонации связки не смыкаются.

Диагноз: Огнестрельный травматический перихондрит гортани на почве слепого осколочного ранения шеи.

Р-скопия: „Справа, несколько ниже под язычной кости в стенке глотки осколок металла 5х6 мм. Органы грудной клетки в норме.“

21.X произведена верхняя трахеотомия и секвестротомия верхнего отдела щитовидного хряща справа. Одновременно удалены несколько мелких секвестров хряща; рана оставлена открытой. Осколок не удален из-за глубокого залегания. В рану введен тампон со стрептоцидовой эмульсией.

2.XI. Дыхание через трубку свободное. Жалобы на головную боль, температура 39°. Диагноз - грипп. Соответствующее лечение.

5.XI Гриппозные явления миновали. Температура норма. Дыхание свободное. Общее состояние удовлетворительное. Жалобы на отсутствие аппетита. Больной похудел.

Ларингоскопия: неподвижность правого черпаловидного хряща, отек локных голосовых связок уменьшается, истинные голосовые связки гиперемированы, края неровные, при фонации полностью не смыкаются.

Гемограмма: Нв - 52%, эритроц. - 2800500, лейкоц. 5100, эоз. 1, пал. 6, сегм. 56, пал. 6, лимф. 29, мон. 2, РОЭ - 38мм за час. 8.XI. Гемотрансфузия - 250 куб. 12.XI. Повторная гемотрансфузия 250 куб.

13.XI Состояние больного удовлетворительное, глотание не затруднено, дыхание через трахеотомическую трубку свободное. Рана справа на шее закрыта. Ларингоскопическая картина без изменений.

Гемограмма: Нв - 73%, лейкоц. 4500, эоз. 3, пал. 6, сегм. - 59, лимф. 27, мон. 5, РОЭ - 22 мм.

Ларингоскопия: Голосовая щель овальной формы, широкая, истинные голосовые связки утолщены, при фонации не смыкаются. Неподвижность правого черпаловидного хряща и правой голосовой связки.

17.XIII Деканюлирован.

Лечение: кварц, диатермия шеи.

1.I - Рана зажила вторичным натяжением. Дыхание свободное, при физической нагрузке затруднено.

Лечение: диатермия, ионогальванизация с током шеи.

24.I-45 выписан. Негоден к военной службе.

Статус при выписке: дыхание удовлетворительное. Анкиноз правого черпаловидного хряща. Истинные голосовые связки рубцово изменены, утолщены, при фонации полностью не смыкаются.

34. - Пер-ый В. М., и-ц, 1924, № 20513.

14.XI-44 получили сквозное пулевое ранение шеи с повреждением гортани и выходом пули через правую ключицу. При ранении было кровохаркание, подкожная эмфизема шеи и грудной клетки на протяжении 5-ти дней. Потеря сознания. На предыдущих этапах эвакуации - перевязки, банки, ингаляции.

5.XII-44 - после 4-х этапов эвакуации поступил к нам в госпиталь.

Статус при поступлении: справа над ключицей, в области нижней трети грудино-ключичной сосковой мышцы входное отверстие, выходное слева на шее, на уровне границы щитовидного и перстневидного хрящей. Слева же на шее рана 6 x 2 см., с обильным количеством гнойных выделений. Голос хриплый. Голова запрокинута назад, резко выраженное стенотическое дыхание, во рту слюнь с примесью гноя.

Р-графия гортани: „Почти полное сужение просвета гортани на всем ее уровне. Массивное и беспорядочное обызвествление щитовидного хряща, не соответствующее возрасту больного.“

Ларингоскопия: деформация левого черпаловидного хряща, отек ложных голосовых связок, истинные не определяются.

Диагноз: стеноз гортани, перелом правой ключицы после огнестрельного ранения.

Через час после поступления в наш госпиталь сделана нижняя трахеотомия, вставлена трахеотомическая трубка; одновременно на шее слева расширена рана, удалены мелкие некротизированные секвестры щитовидного хряща и частично пораженная надхрящница.

Гемограмма: лейкоц. - 10800, эоз. - 0, юн. - 2, пал. - 6, сегм. 53, лимф. 34, мон. - 5, РОЭ - 55 мм за час.

20. XII деканюлирован. Рана в области правой ключицы закрылась, назначено ЛФК и ионогальванизация правого плечевого сустава.

22. I - 45 Рана зажила вторичным натяжением.

В течение I I/2 мес. больной подвергался физметодам лечения: кварц, диатермия, УВЧ и ЛФК правого плечевого сустава.

25. I - Гемограмма: НВ - 74, лейкоц. - 7200, эоз. - 2, пал. - 6, сегм. - 62, лимф. - 26, мон. - 4, РОЭ - 22 мм. в час.

26. III выписан. Негоден к военной службе.

Статус при выписке: Отек ложных голосовых связок исчез. Голосовая щель нормальная. Истинные голосовые связки гиперемированы, утолщены, голос хриплый. Правую руку не отводит вбок.

35. - Б-ин Н. И., майор, 1912 г. №14128.

8. VII-43 г. получил осколочное ранение левого глаза, правого плечевого сустава и области шеи слева с повреждением гортани. После ранения 7 суток был без сознания. Подкожная эмфизема шеи, лица, грудной клетки.

9. VIII произведена трахеотомия, в дальнейшем перевязки и физиотерапия.

С 11 по 15. VIII - менингеальные явления. Лечение - сульфидинотерапия. 25. VIII - деканюлирован. 1. IX - энуклеация левого глаза. После 4-х этапов эвакуации поступил в наш госпиталь.

. Статус при поступлении: голос хриплый. Слева на шее, на уровне щитовидного и перстневидного хрящей, глубокий свищевой вход с достаточным количеством гнойного отделяемого.

Ларингоскопия: обе голосовые связки утолщены, левая - в неподвижном состоянии, правая подвижна. При фонации правая закрывает голосовую щель. Дыхательная щель достаточная. Отсутствие левого глазного яблока, острота зрения правого глаза - 0,8.

Диагноз: - парез левой голосовой связки в результате огнестрельного ранения. Ранение шеи с повреждением гортани. Отсутствие левого глазного яблока.

В-скопия: „Осколок металла 3 x 4 мм у внутренней стенки хрящей гортани на уровне трахеи; три металлических осколка 5x7, 6x4, 4x3мм на уровне межverteбральной щели 6-8-го шейных позвонков с левой стороны. Большой осколок на левой поверхности тела VI шейного позвонка.“

29. IX под местной инфильтративной и регионарной анестезией произведена хондротомия хрящей гортани. Ложечкой удалены грануляции и мелкие отломки некротизированных хрящей. Осколки не обнаружены.

Лечение: диатермия, ионогальванизация шеи.

25. X - Левая голосовая связка в неподвижном состоянии. Голосовая щель достаточная.

25.XI выписан. Отпуск 30 дней.

Статус при выписке: голос хриплый. Отсутствие левого глаза. Ларингоскопия: парез левой голосовой связки, дыхательная щель достаточная.

36.- В-ейн Л.М., к-ц, 1925 г. № 16618.

27.XI-43 г. получил слепое осколочное ранение шеи с повреждением гортани. После ранения была подкожная эмфизема шеи и лица, кровохарканье, затрудненное дыхание и глотание. В ЭГ 3018 удаление осколка из передней поверхности шеи, в дальнейшем перевязки. После 4-х этапов эвакуации 29.I-44 поступил в наш госпиталь.

Статус при поступлении: на передней поверхности шеи в области треугольника щитовидного хряща звездобразный рубец, в центре которого рана 4 x 1,5 см. Рана выполнена гноем и грануляциями. Зев чистый. Афония. Глотание затруднено.

Ларингоскопия: истинные голосовые связки инфильтрованы, подвижны, ложные - отечны. Левый черпаловидный хрящ неподвижен.

Диагноз: Перихондрит гортани после огнестрельного ранения шеи с повреждением гортани.

Лечение: соллюкс, кварц, ЛФК шеи.

15.III Р-фия гортани: „Перелом тела под язычной кости, массивное окостенение всей пластинки щитовидного хряща. Дефект переднего отдела щитовидного хряща за счет разрушения его. Просвет гортани на уровне щитовидного хряща значительно сужен.“

Гемограмма : Нв - 78 %, лейкоц. 10800, эоз. 4, пал. 6, сегм. 68, лимф. 18, мон. - 4, РОЭ- 58 мм в час. Моча без особенностей.

Рентгеноскопия грудной клетки - изменений нет.

15. III и I/IV приступы резко выраженного стеноза. Затруднен вдох. Лечение - физиотерапия. 20. III - Рана передней поверхности шеи закрылась. 4. IV явления стеноза нарастают. Ларингоскопия: в гортани гной. Резкий отек всего переднего отдела гортани. Голосовая щель сужена. Произведена верхняя трахеотомия, вставлена трахеотомическая трубка.

10. IV обнаружен абсцесс переднего отдела шеи, расположенный ниже трахеостомы. Абсцесс вскрыт, выпущен гной, одновременно ложечкой удалены грануляции.

На протяжении 3-х месяцев деканюлировать больного невозможно из-за стойких сужений голосовой щели.

20. V. свищ передней поверхности шеи закрылся. Больному предложена операция - ларингостомия, от которой отказался.

3. VII выписан. негоден к военной службе.

Статус при выписке: дышит через трахеотомическую трубку свободно, гортань увеличена в объеме.

Ларингоскопия: голосовая щель почти полностью закрыта отечными черпаками, просвет гортани в виде поперечной щели с массивными рубцами.

37.- Б-ов Г. И., серж. 1911, № 14288.

10. VIII-43 получили сквозное пулевое ранение шеи с повреждением гортани. После ранения кровахарканье, затруднен вдох, голос хриплый. На предыдущих этапах

перевязки. После 5 этапов эвакуации 29. IX поступил в госпиталь.

Статус при поступлении: слева на шее, на уровне щитовидного хряща рубец. Справа на том же уровне, но несколько ниже, рубец, в центре которого свищ, глубиной в 4 см.

Ларингоскопия: у передней комиссуры под связками определяется выпяченный в просвет гортани небольшой участок слизистой оболочки со множественными папилломами. Истинная левая голосовая связка подвижна, розового цвета, правая утолщена, слегка ограничена в движении, дыхательная щель достаточная.

Диагноз: хондрит щитовидного хряща на почве огнестрельного ранения шеи с повреждением гортани.

30. IX. Хондротомия правой половины щитовидного хряща: в свищ введен желобоватый зонд, по ходу которого сделан разрез вдоль всей правой половины хряща. Мягкие ткани и надхрящница отсекарованы тупым путем. Удалена почти вся центральная часть пластинки правого щитовидного хряща и грануляции. Вставлен тампон со стрептоцидовой эмульсией.

Лечение: кварц и диатермия шеи.

22. X Рана зажила вторичным натяжением. Дыхание свободно, голос слегка хриплый. Ларингоскопия: истинные голосовые связки гиперемизированы, утолщены, при фонации не смыкаются в нижней их трети.

Лечение: диатермия, ионтофорез с подистым калием шеи.

10. XII выписан. Отпуск 30 дней.

Статус при выписке : голос чистый. Рубцы на шее окрепли. При физической нагрузке дыхание не затруднено. Ларингоскопия: голосовые связки слегка гиперемированы, при фонации полностью смыкаются.

38.- Т-аев Б., к-ц, 1900, № 14338.

6. VII 43г. получил касательное осколочное ранение шеи с повреждением гортани. На этапах эвакуации перевязки. После 6 этапов 30. IX поступил в наш госпиталь.

Статус при поступлении: на правой половине шеи на уровне щитовидного хряща опухоль величиной в большой орех. Боли при пальпации в этой области. В центре опухоли свищ с умеренным количеством гнойных выделений. Голос хриплый.

Ларингоскопия : черпаловидные хрящи и ложные голосовые связки утолщены, истинные - деформированы. Голосовая щель достаточна, треугольной формы.

Диагноз: перихондрит гортани в результате огнестрельного ранения шеи.

Гемограмма: РОЭ - 55 мм в час, в остальном отклонений от нормы нет.

10. X. Опухоль шеи уменьшилась. Из свища значительное количество гнойных выделений.

11. X. Под местной анестезией произведена секвестротомия правой половины щитовидного хряща: иссечен рубец, сделан продольный разрез по ходу свища длиной в 6 см. Удалены некротизированные участки разрушенного хряща вместе с надхрящницей. Рана оставлена открытой, тампон со стрептоцидовой эмульсией.

Лечение: соллюкс и кварц на шею.

16.XI рана зажила вторичным натяжением. Голос хриплый. Ларингоскопия: отек правого черпаловидного хряща, определяются края истинных голосовых связок, голосовая щель круглой формы.

Лечение: диатермия, д"Арсонваль шей.

7. I-44 выписан. Негоден к военной службе.

Статус при выписке: справа на шее окрепший рубец, втянутый и спаянный с подлежащими тканями. Голос хриплый. Ларингоскопия: небольшой отек правого черпаловидного хряща и надгортанника. Голосовая щель широкая, овальной формы. Истинные голосовые связки деформированы, определяются зазубренные их края.

39.- Ф-ов Б.В., к-ц, 1921г. № 15588.

5.X-43 получил сквозное осколочное ранение передней поверхности шеи с повреждением гортани. После ранения было сильное кровохаркание, ^{глотание} затруднено, голос хриплый. После 3-х этапов эвакуации 29.XI поступил в наш госпиталь.

Статус при поступлении: слева на шее в области верхней трети щитовидного хряща - окрепший рубец, длиной в 3 см., голос хриплый. Ларингоскопия: истинные голосовые связки гиперемированы, при фонации полностью не смыкаются, ложные - слегка отечны.

Диагноз: хондрит гортани в результате огнестрельного ранения.

Лечение: облучение шеи ультрафиолетовыми лучами.

19.XII отмечается резкая отечность левой половины шеи. Рот раскрывает плохо. В области рубца прощупывается инфильтрат.

21.XII. Под местной анестезией вскрыт абсцесс левой половины шеи, выпущено около столовой ложки ихорозного гноя. Резецирована половина пластинки щитовидного хряща вместе с надхрящницей, так как последняя оказалась некротизированной. В рану вставлен тампон со стрептоцидовой эмульсией.

I. П-44 Рана зажила вторичным натяжением. Ларингоскопия: Гиперемия обеих истинных голосовых связок, в остальном гортань без изменений. Голос хриплый. Лечение: кварц, диатермия шеи.

3.II-44 направлен в отделение выздоравливающих, где выполнял физическую нагрузку.

10.V. Выписан. Годен к нестроевой службе.

Статус при выписке: Голос звучный, рубцы слева на шее окрепли. Дыхание нормальное. Ларингоскопия: Истинные голосовые связки розового цвета, при фонации полностью смыкаются.

40.- С-ов Д. , К-ц, 1893 г. № 15993.

I.XI-43г. получил сквозное осколочное ранение шеи с повреждением гортани и трахеи. После ранения была подкожная эмфизема шеи и лица, кровохарканье, афония, затрудненное дыхание.

2.XI произведена нижняя трахеотомия. После 4-х этапов 17.XI-43 поступил в наш госпиталь.

Статус при поступлении: афония. На передней поверхности шеи стома и в ней трахеотомическая трубка. На наружно-боковой поверхности правой половины шеи, на уровне заднего конца щитовидного хряща втянутый рубец со свищом в центре. Левее на 1 см. стома и не-

сколькo выше щитовидного хряща - другой рубец.

Ларингоскопия: отек ложных голосовых связок и черпаловидных хрящей. Края истинных голосовых связок не определяются. Голосовая щель достаточная.

Диагноз: огнестрельный перихондрит гортани. Трахеостома после огнестрельного ранения шеи с повреждением гортани и последующей трахеотомией.

18.XII деканюлирован. Произведена операция секвестротомии правой половины щитовидного хряща. Удален некротизированный участок хряща. Рана засыпана белым стрептоцидом, вставлен тампон.

15.I-44 . Рана зажила вторичным натяжением. Дышит без трубки свободно, афония.

26. II . Выписан. Негоден к военной службе.

Статус при выписке: афония, дышит без трубки свободно. Ларингоскопия: парез правой голосовой связки, левая - несколько утолщена и при фонации приближается к правой, закрывая голосовую щель. Просвет гортани достаточный.

41. " Г-ов А.Т. , старшина, 1916г., № 17199.

22.I-44 г. получил касательное осколочное ранение шеи с повреждением гортани. После ранения была афония, затрудненное дыхание. На одном из этапов эвакуации произведена активная обработка раны. После 3 этапов эвакуации 18.II-44 г. поступил в наш госпиталь.

Статус при поступлении: голос хриплый. По средней линии шеи у выступа щитовидного хряща - поперечная рана 4х1 см., с большим количеством гнойных выделений. Ларингоскопия: истинные голосовые связки серого цвета, подвижны, при фонации полностью не смыкаются. Отек

ложных голосовых связок и черпаловидных хрящей.

Диагноз: перихондрит гортани в результате огнестрельного ранения.

25. II. Под местной анестезией произведена хондротомия щитовидного хряща. Иссечены рубцы, удалены некротизированные участки хряща. Надхрящница оказалась не вовлеченной в процесс, она оставлена. Рана засыпана белым стрептоцидом. Тампон. Лечение открытое.

10. III. Рана зажила вторичным натяжением. Лечение: кварц, ионтофорез с йодистым калием шей.

10. IV. Выписан. Отпуск 30 дней.

Статус при выписке: дыхание свободное, голос тихий, рубец на шее окреп.

Ларингоскопия: истинные голосовые связки слегка гипертрофированы, при фонации полностью смыкаются. Незначительный отек ложных голосовых связок.

42. II-нок Н.К., мл. с-т, 1924, № 17802.

16. I-44 получили сквозное осколочное ранение правой половины шеи с повреждением гортани и правой ключицы. После ранения была асфиксия, кровотечение изо рта. Через 2 часа в МСБ сделана трахеотомия и вставлена трахеотомическая трубка. Одновременно произведена первичная обработка ран.

I. II деканюлирован. После 5 этапов эвакуации 6. III-44 г. поступил в наш госпиталь. Статус при поступлении: Голову держит принужденно с наклоном в правую сторону. Спереди в области средней трети правой ключицы окрепший рубец. Нерезко выраженная контрактура правого плечевого сустава, афония. Страва на шее в области щитовидного хряща свищ, через

который зонд проникает в трахею. Мацерация и отечность кожи вокруг свища. Ларингоскопия: надгортанник в виде желобка, не подвижен, отечный. Черпаловидные хрящи инфильтрированы. Правая голосовая связка слегка ограничена в движении.

Диагноз: перихондрит гортани после огнестрельного ранения шеи с повреждением гортани, контрактура правого плечевого сустава.

Гемограмма: РОЭ - 35 мм в час, в остальном отклонений от нормы нет.

Р-графия гортани: „Обызвествление передне-нижнего края пластинки щитовидного хряща. Верхний отдел его с зазубренными краями.“

II. III под местной анестезией-секвестротомия правой половины щитовидного хряща. Сделан поперечный разрез по свищу в области щитовидного хряща. По ходу зонда рассечен хрящ, удалены мелкие некротизированные его частицы и один небольшой фрагмент. Рана засыпана белым стрептоцидом, вставлен тампон.

5. IV рана зажила вторичным натяжением. В дальнейшем физметоды лечения шеи, ЛФК правого плечевого сустава и испытательный срок в течение месяца для определения стойкости дыхания.

14. V выписан. Годен к нестроевой службе.

Статус при выписке: справа в области щитовидного хряща окрепший рубец 3 x 0,5 см. Функция правой верхней конечности в полном объеме. Голос хриплый.

Ларингоскопия: истинная и ложная правые голосовые связки слегка утолщены, левая - не изменена. Голосовая щель достаточна, при фонации голосовые связки смыкаются.

43.- С-ев В. Г. , кр-ц, 1911 г. , № 199513.

27. VI-44 г. получил сквозное осколочное ранение шеи с повреждением гортани. После ранения был затруднен вдох и глотание, незначительное кровохаркание. На предыдущих этапах консервативное лечение. После 5 этапов эвакуации I. VII-44г. поступил в наш госпиталь.

Статус при поступлении: слева на шее , на границе верхнего уровня щитовидного хряща, рубец диаметром в 3 см. В центре рубца свищ с гнойным отделяемым. Свищевой ход ведет в глотку. Голос хриплый. Дыхание слегка стенотическое. Деформация гортани. Ларингоскопия: голосовые связки деформированы, утолщены, подвижны, полностью не смыкаются при фонации.

Диагноз: огнестрельный перихондрит щитовидного хряща после осколочного ранения шеи с повреждением гортани.

Лечение: кварц, ионтофорез шеи и перевязки со стрептоцидом.

Р-скопия: „Грудная клетка без изменений. Щитовидный хрящ разрушен, в зоне разрушения обызвестленные очажки. Металлических осколков не обнаружено.“

15. VIII под местной инфильтративной и регионарной анестезией произведен поперечный разрез вдоль верхнего края щитовидного хряща, длиной в 6 см. Отсепарованы мягкие ткани и надхрящница. Обнаружено много некротизированных обрывков хряща, которые вместе с надхрящницей удалены. В рану -тампон со стрептоцидной эмульсией. Края раны в 2-х местах

сближены швами. Повязка. На раны солжухе и кварц поочередно.

10. IX Рана сократилась размером. Голос хриплый. Ларингоскопия: левая голосовая связка ограничена в движении, гиперемирована, утолщена, правая - розового цвета, подвижна и при фонации приближается к левой, закрывая полностью голосовую щель. Физиотерапия продолжена.

4. X . Выписан. Негоден к военной службе.

Статус при выписке: дыхание свободное, при длительной ходьбе затруднено. Слева на шее окрепший рубец. Голос хриплый. Левая голосовая связка ограничена в движении, гиперемирована. Правая подвижна. При фонации голосовая щель полностью закрывается.

44.- X-ко М. А., л-т интенд. сл., 1905г., №22052

23. II-45 получил слепое осколочное ранение шеи с повреждением гортани. После ранения потерял сознание на 2 часа, было сильное кровохаркание, затрудненное дыхание и глотание, афония.

8. III, ввиду флегмоны шеи, в ЗГ 1968 произведен разрез и выпущен гной. Металлические осколки не удалены. После 5 этапов эвакуации 25. III-45 поступил в наш госпиталь.

Статус при поступлении: справа на шее, на границе щитовидного и перстневидного хрящей поперечная рана 6 x 1,5 см. с пышными грануляциями и обильным гнойным отделяемым. Афония, глотание затруднено, принимает только жидкую пищу. Ларингоскопия: отек надгортанника и ложных голосовых связок, истинные - утолщены, розового цвета.

Диагноз: перихондрит гортани после слепого осколочного ранения шеи.

• Кровь и моча без особенностей.

Р-графия гортани: „Многочисленные металлические осколки залегают в области щитовидного хряща. Несколько более крупных осколков в мягких тканях шеи (большой угол смещения в проекциях). Дефект среднего отдела щитовидного хряща в левой его половине. Ряд более крупных осколков удален до снимка от 2. VI-45 г. Обызвествление первых колец трахеи.“

4. I V под местной инфилтративной и регионарной анестезией произведен овальный разрез вокруг раны справа на шее. Тупым путем отсепарованы мягкие ткани и надхрящница, иссечена рубцовая ткань, удален один секвестр щитовидного хряща диаметром в 2 см. и несколько мелких некротизированных, вместе с надхрящницей. Одновременно удалено 5 крупных и много мелких металлических осколков. Тампон со стрептоцидовой эмульсией в рану.

25. IV рана зажила вторичным натяжением. Лечение: кварц, УВЧ на область шеи.

12. VI Выписан. Отпуск 30 дней.

Статус при выписке: истинные голосовые связки слегка розоватого цвета, при фонации полностью смыкаются. Дыхание свободное, глотание нормальное.

45.- Л-иц А. И. , л-т 1923 г. № IIIIO.

19. II-43 получил сквозное осколочное ранение шеи с повреждением гортани и трахеи. Входное отверстие слева, выходное справа, симметрично на уровне перст-

невидного хряща. После ранения была афония, кровохарканье, затрудненное дыхание, подкожная эмфизема.

23. III в МСБ, ввиду развившейся асфиксии, произведена верхняя трахеотомия и вставлена трахеотомическая трубка. Одновременно, справа на шее вскрыт затек, выпущен гной.

30. III. Гемограмма: Нв - 71 %, лейкоц. - 13000, эритроц. - 4760000, эоз. I, сегм. - 54, пал. - 7, лимф. 29, моноц. - 9, РОЭ - 55 мм за час.

5. IV декапирован. Гемотрансузия.

15. IV. Дыхание без трубки затрудненное. Ларингоскопия: отек и гиперемия ложных голосовых связок, дыхательная щель сужена, правая голосовая связка бледная.

16. IV Отмечается затек ниже трахеостомы. Сделан разрез, ложечкой удалены грануляции и вставлена дренажная трубка.

Р-скопия шеи: инородных тел не обнаружено.

2. V - Ночью стал тяжело дышать. Смазывание гортани 2 % ляписом.

Ларингоскопия: гиперемия слизистой гортани. Истинные голосовые связки с зазубренными краями. Голосовая щель широкая, треугольной формы. Отек левой половины подсвязочного пространства.

7. V. Медленно нарастающий стеноз. Реоперация вторично произведена трахеотомия. После 5 этапов эвакуации 13. VI поступил в наш госпиталь.

Статус при поступлении: на шее в области щитовидного хряща трахеостомы и в ней трахеотомическая

трубка, афония. Ларингоскопия: голосовая щель сужена, деформирована. Голосовые связки бледные, утолщены, в неподвижном состоянии.

Диагноз: перихондрит гортани, трахеостома после огнестрельного ранения шеи с повреждением трахеи.

Гемограмма: НВ 75 %, лейкоц. 6500, эоз. 3, пал. - 4, сегм. - 54, лимф. - 34, мон. - 5, РОЭ - 56 мм за час.

15. VI деканюлировать невозможно. 21. VI справа от трахеостомы обнаружен свищ. Лечение: кварц, солидокс шей.

Ларингоскопия: дыхательная щель резко сужена, неподвижность черпаловидных хрящей и голосовых связок. Назначен на операцию - ларингостомию.

15. VII. Ларингостомия - разрез по свищу, выше трахеостомической расщелины. Свищевой ход широко раскрыт вдоль правой пластинки щитовидного хряща. Удалены грануляции, гной, почти полностью удалена некротизированная правая половина щитовидного хряща. В свищевой вход вставлен марлевый тампон и трахеотомическая трубка.

31. VII. Рана в хорошем состоянии, выделений мало. Дыхательная щель широкая, деканюлирована. Стома оставлена открытой.

7. VIII. Рожистое воспаление раны. Лечение: кварц, стрептоцид. 11. VIII. Рожистое воспаление миновало. Кварц шей.

20. VIII. Рана на шее зажила вторичным натяжением. Дыхание свободное.

17. IX Голосовая щель достаточная. Голосовые связки деформированы, резко утолщены.

23. IX выписан. Негоден к военной службе.

Статус при выписке: голос хриплый, голосовая щель достаточная, деформирована, треугольной формы. При нагрузке и подниме на большую высоту умеренные явления стеноза.

46.- Д-лов И.С. , мл. л-т. 1924 г. , № 20465 .

22. I V-44 г. осколком артефакта ранен в шею с повреждением гортани, глотки и подязычной кости. После ранения затрудненное дыхание, подкожная эмфизема шеи и грудной клетки, афония, глотание невозможно. В день ранения сделана верхняя трахеотомия, вставлена трахеотомическая трубка. Через нижний носовой ход введен в пищевод дуоденальный зонд для кормления больного.

28. I V деканюлирован. Лечение физиотерапия и перевязки.

2. VI . Стома не сокращается размером, питается через зонд, введенный в пищевод. Глотать пищу не может.

С 1. VII по 21/ VIII дышит без трубки через открытую стому, края которой зарубцевались, питается через зонд. ЛОР специалистом не обследован.

21. VIII. Резко выраженный стеноз. Осмотрен ларингологом, который констатирует: отек подсвязочного пространства, просвет голосовой щели сужен, контуры гортани не определяются. Произведена нижняя трахеотомия и вставлена трахеотомическая трубка.

5.XII-44г., после 8 этапов эвакуации поступил в наш госпиталь. Статус при поступлении: через ниже-носовый ход в верхний конец пищевода вставлена резиновая трубка. Глотаёт жидкую пищу в лежащем положении, афония. Спереди на шее 2 трахеостомы: одна ниже под язычной костью, другая на уровне трахеи. В нижней стоме трахеотомическая трубка, верхняя открыта, через нее можно обозреть заднюю стенку глотки, резиновую трубку и оставшуюся часть надгортанника. По обеим сторонам шеи, на уровне щитовидного хряща, множество окрепших рубцов.

Ларингоскопия: дефект тканей правой половины надгортанника, незначительное ограничение подвижности черпаловидных хрящей, истинные голосовые связки бледные. При фонации полностью смыкаются.

Диагноз: перелом под язычной костью, дефект тканей надгортанника. Трахеостомы после осколочного ранения шеи с повреждением гортани, глотки и последующей двукратной трахеотомии. Огнестрельный перихондрит гортани.

Гемограмма: РОЭ 42 мм в час, в остальном изменений нет.

Р-графия гортани: Перелом под язычной костью со значительными смещенными отломками и уплотнением на месте перелома тела ее. Щитовидный хрящ в переднем отделе и особенно слева - отсутствует. Правая половина его разрушена и обызвествлена. Нижние рожки щитовидного хряща обызвествлены; впереди от них определяется тень начинающегося обызвествления.

10.XII деканюлирован. 20.XII. Дыхание без трубки свободное. Глотаёт густую кашу, твердую пищу с тру-

дом. Обе стомы открыты, края их зарубцевались.

Афония. Больной заметно поправляется. Ларингоскопическая картина без изменений. Назначен на операцию.

22.XII. Под местной анестезией иссечены рубцы передней поверхности шеи. Сделан продольный разрез гортани от верхней стомы до трахеи. Кожа отсепарована, иссечена рубцовая ткань переднего отдела гортани. Удалены отдельные фрагменты щитовидного хряща справа. Из кожи подбородка выкроен лоскут, которым закрыт верхний отдел раны, вставлен марлевый валик и трахеотомическая трубка. До 1. II смена валика через день. Дышит через трубку свободно. Лечение: диатермия, УВЧ шей.

1. II трахеотомическая трубка удалена, стома оставлена открытой.

15. II. Дыхание свободное, голос тихий, незвучный. Дуоденальный зонд удален. Глотает густую кашу.

Ларингоскопия: дефект тканей правой половины надгортанника. Ограничение подвижности правого черпаловидного хряща. Истинные голосовые связки бледные, при фонации полностью смыкаются. Физиотерапия.

1. III. Операция - закрытие ларингостомы.

10. III. Удалены швы, рана закрыта первичным натяжением. Дыхание без трубки свободное, разговаривает шепотом.

20. IV выписан.

Статус при выписке: спереди на шее и по бокам в области щитовидного хряща, вплоть до трахеи, окрепшие рубцы, голос хриплый, дыхание и глотание свободное.

Ларингоскопия: деформация правого черпаловидного хряща и оставшейся части надгортанника. Истинные голосовые связки бесцветны и при фонации полностью смыкаются.

Г. РАНЕННЫЕ, КОММ ПРОВЕДЕНА ОПЕРАЦИЯ ЛАРИНГОСТО-
МИЯ.

47.- Н-нов . А. П. , кр-ц, 1924г. , №12028.

II. VII-43 г. получил сквозное пулевое ранение шеи с повреждением гортани. После ранения была подкожная эмфизема шеи, распространяющаяся на верхний отдел грудной клетки. 13. VII. Ввиду прогрессирующего стеноза произведена верхняя трахеотомия. После 3-х этапов эвакуации 3. VIII поступил в наш госпиталь.

Статус при поступлении: афония. На уровне щитовидного и перстневидного хрящей, по обеим сторонам шеи, ближе к внутренним границам грудно-сосисковидных мышц - 2 рубца. Спереди на коже трахеостома и в ней трахеотомическая трубка, афония. Дыхание через трахеотомическую трубку свободное.

Ларингоскопия: голосовая щель треугольной формы, правый черпаловидный хрящ и голосовые связки находятся в среднем положении. Рубцовые тяжи вдоль правой половины гортани. Левая голосовая связка ограничена в движении, при фонации доходит до середины, не закрывая голосовой щели.

Диагноз: перихондрит гортани в результате огнестрельного ранения шеи с повреждением гортани и последующим парезом голосовых связок.

Гемограмма: R07 52% в час, в остальном без особенностей. Лечение: кварц и контофорез шеи.

11. VIII. Деканолировать не удается. Ларингоскопическая картина без изменений.

16. VIII под местной анестезией произведена ларингостомия. Срединный разрез от трахеостомы до верхнего края щитовидного хряща. Обнаружено: левая половина гортани и трахеи без изменений; справа поврежден и деформирован щитовидный хрящ; выше трахеостомы имеются грануляции. Иссечены разрушенные участки хряща и истинные голосовые связки, удалены грануляции. Слизистая гортани сшита с кожей шеи. В ларингостому вставлен марлевый валик и трахеотомическая трубка. До 19.X смена валика через 1-2 дня. Дважды за этот период ложечкой выскоблены грануляции. Дыхание через трахеотомическую трубку свободное.

19.XI удалена трахеотомическая трубка. Стома оставлена открытой.

Ларингоскопия: голосовая щель овальной формы, широкая. Гортанное ложе в верхнем и нижнем отделах полностью покрыто эпидермисом, в центре имеются мелкозернистые грануляции.

11. I. Операция - закрытие ларингостомы дубликатурой кожи.

18. I. Удалены швы, рана зажила первичным натяжением. Дыхание свободное.

Лечение: диатермия и ионогальванизация с иодом шеи.

7. III. Выписан. Негоден к военной службе.

Статус при выписке: на месте бывшей трахеостомы окрепший рубец, дыхание свободное, голос хриплый. Ларингоскопия: вход в гортань широкий, правая половина гортани неподвижна. На месте голосовых связок имеется тонкая эластичная ткань, при фонации определяется дрожание краев вновь образованной ткани. Голосовая щель зияет.

48. - К-аев К. , к-ц, 1910 г. , № 13794.

20. VII-43 получили сквозное осколочное ранение левой половины шеи с повреждением гортани. После ранения потерял сознание, затруднен вдох, афония.

22. VII- в МСБ произведена трахеотомия. I. VIII в ЭГ 1648 ларингоскопически определяется: инфильтрация черпаловидных хрящей и межчерпалового пространства, голосовые связки подвижны, дыхание через трубку свободное.

5. VIII в том же госпитале произведена ларингостомия: разрез по средней линии шеи кверху от трахеотомической трубки, левая половина щитовидного хряща воспалена, утолщена, частичный перелом ее. Большая часть левой половины щитовидного хряща резецирована. Тампон по Микуличу и трахеотомическая трубка. После 4-х этапов эвакуации 13. IX-43 г. поступил в наш госпиталь.

Статус при поступлении: ларингостома. Верхняя часть ее выполнена марлевым валиком, нижняя - трахеотомической трубкой, афония, дыхание через трубку свободное.

Ларингоскопия: деформация черпака, голосовая щель узкая, ложные и истинные голосовые связки не определяются.

Диагноз: перихондрит гортани после огнестрельного ранения шеи.

Смена валика через 2 дня.

10.XI деканюлирован. Ларингостома оставлена открытой, тугая повязка на шею.

10.XII. Стома закрылась после вторичного натяжения. Дыхание без трубки свободно.

20.XII. Выписан. Негоден к военной службе.

Статус при выписке: афония. Дыхание свободное. На передней поверхности шеи всеорообразный окрепший рубец. Ларингоскопия: голосовая щель широкая, 3-образной формы, связок нет.

-49.- Т-ов Н. П., с-т 1925г. № 14009.

24. III-43 г. получил сквозное пулевое ранение шеи с повреждением гортани и выходом пули через левую лопатку. После ранения было кровотечение изо рта, затрудненное дыхание, рвота с примесью крови.

25. VIII, ввиду прогрессирующего стеноза, произведена трахеотомия. На одном из предыдущих этапов перенес пневмонию. После 4-х этапов эвакуации 18. IX поступил в наш госпиталь. Статус при поступлении: спереди на шее стома с трахеотомической трубкой. Афония. Слева под лопаткой рана 1 x 2 см. На шее, на 1 см. ниже под язычной костью, рубец - след входного отверстия.

Ларингоскопия: трахеотомическая трубка лежит на уровне границ щитовидного и перстневидного хрящей. У входа в гортань определяются рубцовые тяжи. Истинные голосовые связки утолщены, серого цвета. Левая связка неподвижна, находится в срединном положении. Подсвязочное пространство необозреваемо.

Р-графия гортани: „Массивное обызвествление всего щитовидного хряща с отдельными островками дефектов в нем.“

Диагноз: огнестрельный перихондрит гортани.
Парез левой голосовой связки. Гранулирующая рана левой лопатки

Лечение: кварц и диатермия шеи.

Гемограмма: Гв - 70%, лейкоц. 8200, эоз. 3, пал. - 6, сегм. 62, лимф. 25, мон. 4, РОЭ - 33 мм в час. Моча без особенностей.

20.XI. Дыхание через трубку свободное. Ларингоскопическая картина без изменений. Назначен на операцию - ларингостомия.

13.XII под местной анестезией - ларингостомия. Произведен срединный разрез от стомы вверх до уровня голосовых связок. Перерезана диафрагма в переднем отделе гортани. После расширения гортани диафрагма удалена на всем протяжении. В этот момент появились явления стеноза с поверхностным учащенным дыханием. Осмотром установлено сужение трахеи, рубцового характера, ниже стомы. Сделан разрез трахеи, иссечены рубцы, после чего дыхание стало свободным. Наложено несколько швов, соединяющих слизистую с кожей. Вставлена трахеотомическая трубка и марлевый валик. Нижняя часть раны закрыта глухим швом. В дальнейшем смена валика через день.

6.I. Удалена трахеотомическая трубка, прекращено тампонирование ларингостомы. Тугая повязка на шею. 5.II-44 Рана зажила вторичным натяжением. Дыхание без трубки свободное. Физметоды лечения продолжаются.

10. III Выписан. Не годен к военной службе.

Статус при выписке: голос хриплый. Дыхание свободное, при физической нагрузке слегка затруднено. Ларингоскопия: ложные голосовые связки значительно увеличены в размере, частично покрывают истинные. Левая связка неподвижна.

50. - Н-ов П. Т. , к-ц, 1925 г. № 15679.

28. X-43 получили сквозное пулевое ранение шеи с повреждением гортани. При ранении было кровохаркание. 30. X в армейском госпитале, по поводу асфиксии, произведена верхняя трахеотомия и вставлена трахеотомическая трубка. После 4-х этапов эвакуации поступил в наш госпиталь.

Статус при поступлении: афония, стома и в ней трахеотомическая трубка. Справа на шее, на уровне щитовидного и перстневидного хрящей, рубец величиной с горошину, второй рубец слева на границе верхней трети щитовидного хряща.

Ларингоскопия: Голосовая щель почти полностью закрыта деформированными рубцами кольцевидного характера. Истинные голосовые связки в неподвижном состоянии. При фонации стойкая щель овальной формы.

Диагноз: Огнестрельный перихондрит гортани.

Парез обеих голосовых связок.

Гемограмма: Нв - 72 $\frac{1}{2}$, лейкоц. - 5000, эоз. - 3, пал. - 5, сегм. - 58, лимф. 28, мон. 6, РОЭ - 28 мм в час. Моча - норма.

Р-скопия легких: „Изменений нет“. Р-графия гортани: „Обызвествление преобладает спереди в нижней половине щитовидного хряща. Ниже располагается кольцевидная тень обызвествленной передней части перстне-

видного хряща.

13. I-44 г. Под местной и регионарной анестезией произведена ларингостомия. Ход операции обычный. Иссечены рубцы, находящиеся у входа в гортань, вместе с истинными голосовыми связками. В рану введен марлевый валик и трахеостомическая трубка. Смена валика через 1-2 дня.

11. IV. ложечкой удалены избыточные грануляции. 20. IV - Декаантирован. С 20. IV по 21. VI дышал через естественные пути при туго завязанной шее.

22. VI. Закрытие ларингостомы дубликатурой кожи с промежуточными швами на мышцы.

30. VI. Сняты швы. Рана зажила первичным натяжением.

23. VII-44. После испытательного срока выписан. Статус при выписке: голос хриплый. Дыхание умеренное, при длительной ходьбе слегка стенохическое. Ларингоскопия: оба черпаловидные хряща деформированы. Голосовая щель рубцово изменена, треугольной формы.

№51. - П-ов М. Н., к-ц, 1909 г. № 9657.

10. X-42 г. получили слепое осколочное ранение правой половины шеи, с повреждением гортани, проникающее в грудную клетку. После ранения была подкожная эмфизема шеи и груди, стридорное дыхание.

Лечение: ингаляция, кодеин, морфий под кожу.

15. X. Рентгеноскопия: - "В мягких тканях шеи, несколько слева от средней линии, на уровне 7-го шейного и I грудного позвонков - два инородных тела, размером 1 x 0,2 и 1 x 1 см."

12.XI . Ларингоскопия: небольшой отек слизистой подсвязочного пространства и гиперемия передней комиссуры. Истинные и ложные голосовые связки также утолщены и при фонации полностью не смыкаются. Лечение: кварц и соллюкс шеи.

8.XII, при поступлении в ОГ 2538 , отмечено в дневнике: - "Положение больного вынужденное, сидячее, спать не может. Дыхание стенотическое со свистом. Слизистая синюшной окраски. Глотание твердой пищи затруднено, зев свободный". Произведена трахеотомия: разрез по средней линии длиной до 9 см. Тупым путем отслоены мышцы и апоневроз. Обнаружена трахея на уровне перешейка щитовидной железы, которая отведена кверху. Трахея рассечена, вставлена трахеотомическая трубка.

21.XII. Из свищевого хода правой половины перстневидного хряща обильное гнойное выделение с гнилостным запахом.

25.XII ложечкой удалены грануляции из свищевого хода. В вырезки щитовидного хряща обнаружен осумкованный гнойник, vyplненный сливкообразным гноем. Гнойник вскрыт и полость его выскабливаема острой ложечкой. Вставлен тампон.

Лечение: стрептоцид, витамин С, кварц.

16. II. Временно вынута трахеотомическая трубка и осмотрена трахея. Обнаружено: слизистая нормальной окраски. При кашлевых толчках проявляются прожилки крови. Инфильтрация ложных голосовых связок.

25. II. Р-скопия грудной клетки: „Впереди от верхушки левого легкого в мягких тканях проецируется

металлоосколок, размером 1 см. в диаметре."

8. XII. Гемограмма: Нв - 66%, лейкоц. - 13800, эоз. 8, пал. - 27, юн. - 6, сегм. 42, лимф. II, мон. - II, РО2 55 мм в час.

После 6 этапов эвакуации II. III-43 г. поступил в наш госпиталь. Статус при поступлении: на правой половине шеи свищевой ход, глубиной в 5 мм., выполненный гноем и грануляциями.

Ларингоскопия: вход в гортань выполнен рубцами, просвет ее резко сужен. Черпала, ложные голосовые связки инфильтрированы, истинные - не определяются.

Диагноз: огнестрельный перихондрит гортани в результате огнестрельного ранения шеи.

7. IV произведена ларингостомия. Иссечены рубцы и удалены грануляции. В стому введен тампон Микулича и трахеостомическая трубка. Одновременно удален металлический осколок 0,3 x 1,25 см., находящийся на глубине 4 см. снаружи от общей сонной артерии. Во время операции было небольшое кровотечение из раны, которое остановлено тампоном. 14. IV для формирования стомы в гортань вставлена Т-образная трубка.

27. V. Удалена Т-образная трубка, однако, через 2 часа появился стеноз, по поводу чего пришлось вновь вставить ее.

3. VI. Т-образная трубка удалена, просвет гортани и трахеи достаточный.

2. VII. Стома сократилась в размер, дышит свободно, при подеме на высоту затрудненное дыхание.

27. VII. Ларингоскопия: голосовая щель широкая, рубцово-изменена, дыхание свободное, назначена операция.

28. VII. Операция - закрытие ларингостомы. Кожа отсепарована в обе стороны и дубликатурой кожи зашита.

II. VII. Края раны разошлись, размер раны небольшой.

2. IX. Реоперация - закрытие стомы.

25. IX. Рана зажила вторичным натяжением.

10. XI. Выписан. Негоден к военной службе.

Статус при выписке: голос хриплый, дыхание свободное. Ларингоскопия: голосовая щель деформирована, рубцово - изменена. Голосовые связки не определяются.

№52.- А-ов В. В., к-ц, 1912г., №10300.

10. II-43 получили сквозное пулевое ранение шеи, с повреждением гортани, 2-го пальца правой кисти с отрывом первой фаланги и в мягких тканях верхней трети правой голени. После ранения было сильное кровоотечение из рты, подкожная эмфизема шеи, в течение 5-ти дней не мог глотать пищу. На предыдущих этапах: перевязки, тепло на шею. 5. IV поступил в наш госпиталь.

Статус при поступлении: окрепший рубец культи 2-й фаланги 2-го пальца правой кисти; видо гранулирующая рана внутренней поверхности верхней трети правой голени размером 4x8 см.. Справа на шее, в области внутреннего края грудино-ключично-сосковой мышцы окрепший рубец диаметром в 0,5 см.. Слева в центре щитовидного хряща свищ, из которого выделяется гной. Гортань увеличена размером, болезненна при пальпации, на левой поверхности ее флюктуирующая опухоль, голос хриплый, глотание, дыхание затруднены.

Ларингоскопия: небольшой отек слизистой переднего отдела гортани. Ограничение подвижности черпаловидных хрящей, ложных и истинных голосовых связок.

Диагноз: перихондрит и стеноз гортани после огнестрельного ранения шеи с повреждением гортани. Культи 3-й фаланги 2-го пальца правой кисти, вяло гранулирующая рана правой голени.

Гемограмма: Нв - 70%, лейкоц. 6600, эоз. I, пал. - 6, сегм. 78, лимф. II, мон. 4, РОЭ - 33 мм в час.

Моча без особенностей.

Р-скопия грудной клетки - норма.

Р-фия гортани: Обширное обызвествление всего щитовидного хряща с преобладанием костной ткани в нижне-переднем отделе тела его и рожках. Окостенение отсутствует в задне-боковых частях и в области округлых дефектов на месте его разрушения."

6. IV вскрыт абсцесс левой половины шеи, выделилось около 2-х столовых ложек гноя. Пожечкой выскоблены грануляции, вставлен тампон со стрептоцидовой эмульсией.

24. IV. Дыхание стенотическое. Из раны шеи много гноя. Ларингоскопически - без изменений. Повязка.

27. IV. В связи с нарастанием стеноза произведена нижняя трахеотомия, вставлена трахеотомическая трубка. Соллюкс и кварц на шею.

10. V. Дыхание через трахеотомическую трубку свободное. Глотание безболезненное. Из раны левой половины шеи мало выделений.

Ларингоскопия: левый черпаловидный хрящ неподвижен, истинные голосовые связки гиперемированы, утолщены, при фонации полностью смыкаются. Отек переднего отдела гортани уменьшился.

18. VI. Деканюлирован. 27. VI. Трахеостома зажила вторичным натяжением, дыхание без трубки свободное.

30. VI. Резко выраженный стеноз. Ларингоскопировать больного не удается из-за тяжелого состояния. Произведена ларингостомия. Ход операции обычный.

5. VII. Для формирования гортани вставлена Т-образная трубка.

5. VIII. Больной жалуется на затрудненное глотание и дыхание. Т-образная трубка скользит по стоме, подчас выступает за голосовые связки. Трубка удалена и стома осмотрена. Определяется избыточный рост грануляций, припухлость кзади и ниже голосовых связок. Грануляции удалены ложечкой, в верхнюю часть стомы вставлен тампон, в нижнюю - трахеотомическая трубка.

16. VIII. Ларингоскопия: деформация черпаловидных хрящей и ложных голосовых связок. В стоме грануляций нет. Снова вставлена Т-образная трубка.

20. X. Отмечается избыточный рост грануляций в гортанном ложе. Т-образная трубка удалена и грануляции выскоблены ложечкой. Стома оставлена открытой. Лечение: диатермия и кварц.

30. XI. Отмечается рубцевание верхнего отдела гортани. Рубцы кольцевидного характера.

с 30/XI-43 по 15. II-44 букширование гортани.

20. I - Ларингостома зажила вторичным натяжением. Дыхание свободное.

I. III. Снова жалобы на затрудненное дыхание, особенно, ночью. Не спит, боясь удушья.

Ларингоскопия: в гортани и на уровне трахеи инфильтрат, суживающий их просветы.

4. III. Ввиду нарастания stenosis повторная ларингостомия - иссечение инфильтратов гортани и трахеи. Одновременно иссечен связочный аппарат. В стому вставлен марлевый валик и трахеостомическая трубка.

20. V. Операция - закрытие ларингостомы.

25. V. Выписан. Неголен к военной службе.

Статус при выписке: дыхание свободное, при длительной ходьбе затрудненное, голос хриплый.

Ларингоскопия: голосовая щель треугольной формы, края щели зарубцованы.

№52.- Ум-ов М., к-ц, 1903 г. № 10892.

19. I-43 получил сквозное пулевое ранение шеи с повреждением гортани. После ранения была подкожная эмфизема шеи, грудной клетки на протяжении 8 дней, затрудненное дыхание, кровотечение. На предыдущих этапах проводилось консервативное лечение: полоскание горла и тепло на шею. 30. V поступил в наш госпиталь.

Статус при поступлении: полная афония, парез мягкого неба справа.

Ларингоскопия: В области ложных голосовых связок гной с ихорозным запахом. Голосовая щель треугольной формы, полная неподвижность обеих голосовых связок и черталоидных хрящей. В области подсвязочного пространства подушкообразный инфильтрат, частично выпяченный в просвет гортани.

Диагноз: перихондрит гортани в результате огнестрельного ранения шеи, парез обеих голосовых связок.

Гемограмма: эритро. - 4030000, Нв - 61 %, лейкоц. - 5700, пал., - 3, сегм. - 60,5, лимф. - 33,5, моноц. - 3, РОЭ - 66 мм в час. Моча норма.

Р-Фля гортани: „Над рожками под язычной костью проецируется металлический осколок 6 X 5 мм. Значительная часть переднего отдела щитовидного хряща отсутствует. Задний отдел щитовидного хряща и рожки сохранились, они обызвествлены. Столб воздуха в гортани резко сужен.“

7. VI. Резкий стеноз гортани. Произведена ларингостомия.

12. VI Для формирования стомы вставлена полая резиновая трубка.

20. VI . Отсутствие аппетита, катастрофически худеет, резиновая трубка мешает глотанию .

21. VI. Резиновая трубка удалена и на ее место вставлен марлевый валик и трахеотомическая трубка.

7. VII. Гемограмма: Нв - 53 %, лейкоц. - 5300, эритро.- 3660000, эоз. - 4, пал. - 7, сегм.- 51, лимф. - 32, моноц. - 6, РОЭ - 60мм в час. Моча без изменений. Гемотрансузия 250 куб.

16. VII. Повторно вставлена Т-образная трубка.

I. IX. Резиновая трубка беспокоит больного: скользит по стоме, мешает нормальному глотанию, вызывает сильный кашель; она заменена трахеотомической трубкой и валиком. Через 5 дней смена трахеотомической трубки на резиновую и до I. XI не менялась.

I. XI. Резиновая трубка удалена, стома оставлена открытой.

I. XII. Рана суживается размером. Ниже области голосовых связок инфильтрат. Дыхание свободное.

15.XII. Отмечаются рубцы кольцевидного характера, суживающие голосовую щель.

С 16.XII-43 по 30.III-44 - бужирование.

30.III-44 Голосовая щель достаточная. Область связок и черпак выполнена рубцовой тканью. Операция - закрытие ларингостомы. До 2.IV дыхание свободное.

С 3.IV отмечается нарастание стеноза, по поводу чего сделана трахеотомия и вставлена трахеотомическая трубка.

17.IV. Ларингоскопия: Верхний отдел гортани закрыт грануляционной тканью. Декаанюлировать больного невозможно.

20.IV ложечкой удалены грануляции; продолжает дышать через трахеотомическую трубку.

1.V. Окрепшие рубцы в области входа в гортань. Ввиду того, что бужирование эффекта не дало, больному предложена повторная операция ларингостомии, от которой он отказался.

15.VI выписан с трахеотомической трубкой, при наличии ларингостомы.

Статус при выписке: ларингостома и в нижнем ее углу имеется трахеотомическая трубка. Голосовая щель деформирована, сужена. Голосовых связок нет, на их месте деформированная рубцовая ткань. Дыхание без трубки невозможно.

54.- В-св. Г.Е. , к-д 1917г., № 10945.

19.III-43 получил сквозное осколочное ранение шеи с повреждением гортани. После ранения был затруднен вдох, затруднено глотание, нарушена функция голоса.

27. IY, ввиду нарастающего стеноза произведена трахеотомия. 2. VI-43, после 5 этапов эвакуации, поступил в наш госпиталь.

Статус при поступлении: Голос хриплый. Спереди на шее трахеостома и в ней трахеотомическая трубка. Справа, на уровне щитовидного и перстневидного хрящей, несколько ближе к грудной-ключично-сосковой мышце, рубец диаметром в 0,5 см.

Ларингоскопия: резкое сужение просвета гортани, отек надгортанника, ложных связок, которые почти полностью закрывают голосовую щель.

Диагноз: огнестрельный перихондрит гортани. Трахеостома после огнестрельного ранения шеи с повреждением гортани.

12. VI Произведена ларингостомия: разрез по средней линии от стомы до верхнего края щитовидного хряща. Определяется: слизистая гортани резко утолщена, подушкообразная. Тупым путем отслоена надхрящница щитовидного хряща. Обнаружена большая полость, выполненная гноем; полость ведет к задней поверхности гортани. Абсцесс вскрыт. После мобилизации слизистой гортани произведеношивание кожи со слизистой. В стому введены тампон Микулича и трахеотомическая трубка.

Гемограмма: РОЭ - 56 мм в час, в остальном без изменений.

16. VI Начато дилатирование гортанного ложа полрой резиновой трубкой.

18. VI. Отек надгортанника, в связи с чем резиновая трубка заменена трахеотомической.

22. VI Отек гортани миновал. Вставлена Т-образная трубка.

3. VII. Жалобы на попадание пищи в гортань, временами дыхание затрудненное. Резиновая трубка нарушает функцию глотания, вызывая кашель. Т-образная трубка заменена трахеотомической.

7. VII. При смене трахеотомической трубки появилось кровотечение справа на уровне трахеи. Наложить лигатуры не удалось, так как ткани трахеи оказались некротизированными и, при наложении зажима Кохера, распались. Обколоть иглой кровоточащее место также не удалось. Рана туго заштопирована марлей, край кожи стянуты поверх марли лигатурой.

10. VII. Кровотечения из раны не было. Дышит через трахеотомическую трубку свободно. Лечение: хлористый кальций внутривенно, сульфидин, вино.

17. VII. Гемотрансузия - 250 куб. Дышит через трахеотомическую трубку свободно.

15. VIII. Повторная гемотрансузия. Для формирования стомы снова вставлена Т-образная трубка.

2. IX. Трубка мешает нормальному дыханию и глотанию, она удалена. Вставлена трахеотомическая трубка. Одновременно произведена ревизия раны. Обнаружено: справа боковой стенки гортани обильные грануляции, свищ с гнойным отделяемым; ложечкой удалены грануляции.

С 25.X по 25.XII больной дышал через Т-образную трубку. Одновременно подвергался физметодам лечения: кварц и д"Арсонваль ток.

25.XII Удалена Т-образная трубка. Ларингостома оставлена открытой. Бужирование стомы по 25.III-44.

25. П. Рана сокращается размером, при туго закрытой стоме - дыхание свободное.

26. П. Операция - закрытие ларингостомы дубликатурой кожи.

4. III. Удалены швы. Рана зажила первичным натяжением, дыхание свободное.

5. IV. Выписан. Статус при выписке: на шее, на месте трахеостомы, - неокрепший рубец, голос хриплый. Дыхание свободное, при длительной ходьбе слегка стенотическое.

Ларингоскопия: голосовая щель широкая, деформирована. На месте голосовых связок рубцовая ткань.

№55.- Г-ов С. А., к-ц, 1909г. №11109.

18. I-43 г. получили сквозное пулевое ранение шеи с повреждением гортани. После ранения была афония, затрудненное дыхание и глотание. В МСБ помощь не оказана.

24. П. Температура 38,7 - 37,9. Состояние ухудшается, затруднен вдох, положение слегка вынужденное. Слизистая глотки бледная. Голосовая щель открывается с некоторыми ограничениями справа, инфильтрация подслизистого пространства.

I. III - Дыхание поверхностное, цианоз, пульс частый. Искусственное дыхание и в тот же день произведена нижняя трахеотомия

30. V. Деканюлировать больного невозможно.

13. VI после 6 этапов эвакуации поступил в наш госпиталь. Статус при поступлении: афония. Трахеостома и в ней трахеотомическая трубка. Слева на уровне трахеи окрепший рубец, справа на уровне перстневидного хряща второй рубец.

Ларингоскопия: ложные голосовые связки, черпада, надгортанник инфильтрированы, утолщены. Ложные голосовые связки неподвижны, истинные - не определяются.

Диагноз: перихондрит гортани в результате огнестрельного ранения шеи. Трахеостома.

Гемограмма: Нв - 70 %, лейкоц. - 5200, эоз. 3, пал. - 6,5, сег. 69, лимф. 12, мон. 9,5, РОЭ - 46 мм в час. Моча без особенностей.

Лечение: кварц гортани. Длительное время больной отказывался от операции.

28. VII. Ларингостомия: гексеналовый наркоз. Разрез по средней линии, выше трахеостомы до вырезки щитовидного хряща. Рассечена трахея и гортань. Рубцы закрывают просвет трахеи. Они иссечены, удалены также отрывки слизистой гортани. Кожа шита со слизистой. В стому - тампон Микулича и трахеотомическая трубка.

5. VIII вставлена сквозная резиновая трубка, через которую дышит свободно.

17. IX. Периодические жалобы на боль в области раны. Трубка мешает глотанию, временами закрывает голосовую щель. Справа на шее, в области щитовидного хряща, рубец изъязвился, в центре его свищ, с большим количеством гнойного выделяемого. Резиновая трубка заменена трахеотомической.

7. X. Из свищевого хода мало гнойных выделений, вставлена сквозная резиновая трубка.

29. X. Ларингоскопия: справа, у входа в гортань небольшой инфильтрат. При кашлевых толчках инфильтрат закрывает голосовую щель, вследствие чего резиновая трубка заменена трахеотомической.

27.XI. Ларингоскопия: отек черпал. Инфильтрация верхнего отдела гортани уменьшается, снова вставлена резиновая трубка.

30.XI. Больного беспокоит попадание пищи в гортань. Сильно беспокоит кашель, чему способствует резиновая трубка. Свищевой ход закрыт. Резиновая трубка удалена, стома оставлена открытой.

С 30.XI-43 по 15.I-44 бужирование гортани.

2.I-44г. дыхание стенотическое, особенно по ночам. Стома сокращается размером.

Ларингоскопия: инфильтрация черпал и слизистой гортани. Больному предложена повторная операция - ларингостомия, от которой он отказался. Ввиду стенотического дыхания вставлена трахеотомическая трубка.

28.I. Выписан. Негоден к военной службе.

Статус при выписке: трахеостома и в ней трахеотомическая трубка. Дыхание без трубки невозможно. Область голосовых связок и черпаловидных хрящей рубцово изменена и деформирована. Резкое сужение голосовой щели.

56.- В-ин М.А., ст. с-т. 1922 г. № IIIII.

27.III-43г. получили множественное осколочное ранение шеи, с повреждением гортани, правого плеча, правой лопатки и области груди. После ранения было кровохарканье, затрудненное дыхание, подкожная эмфизема, хриплый голос.

28.III в МСБ по поводу нарастающего стеноза сделана трахеотомия. 4.IV деканюлирован, но через 4 часа, ввиду затрудненного дыхания, снова вставлена трахеотомическая трубка.

19. IV. Удалена трубка. 4. V. Трахеостома за-
крылась после вторичного натяжения. Вечером отме-
чается сильный приступ удушья, вследствие чего в
ЭГ 2019 произведена повторная трахеотомия. После
6 этапов эвакуации 17. VI-43 поступил в наш гос-
питаль.

Статус при поступлении: трахеостома и в ней тра-
хеотомическая трубка. Афония. Деформация гортани.
Слева на шее, в области трахеи, укрепший рубец
2х4 см., спаянный с подлежащими тканями. Нерезко вы-
раженная контрактура правого плечевого и локтевого
суставов.

Ларингоскопия: правый черпаловидный хрящ и ле-
вая истинная голосовая связка деформированы, уве-
личены размером. На передней стенке гортани опреде-
ляется опухоль неправильной формы, которая почти
полностью закрывает дыхательную щель.

Диагноз: огнестрельный перихондрит гортани. Кон-
трактура правого плечевого и локтевого суставов
после огнестрельного ранения.

Р-графия гортани: „Диффузное обызвествление
нижней половины щитовидного хряща. В верхней полови-
не — в форме островков с неровными контурами; множе-
ство мелких инородных тел в мягких тканях. Столб
воздуха на уровне нижней половины гортани, сужен
и деформирован.“

Гемограмма: НВ- 65%, лейкоц. 12200, эоз. 3,
пал. 2,5, сегм. 66, лимф. 22, мон. 6,5, РОЭ- 67 мм
в час. Моча без особенностей.

Дыхание через трубку свободное. Лечение: соллюкс
и кварц гортани, ЛФН, парафин на правый плечевой и

доктевой суставы.

Ларингоскопия: голосовая щель закрыта. Назначен на операцию - ларингостомию. К вечеру температура поднялась до 38° , появились жалобы на кашель и колотье в боку.

В-скопия грудной клетки: "Усилен и сужен рисунок в нижних междольных участках легочных полей". Заключение терапевта: бронхопневмония. Лечение: банки, терпингидрат, кодеин, вино.

20.VII. Явления пневмонии прошли. Гемотрансузия 250 куб. Дыхание через трахеотомическую трубку свободное.

28.VII. Ларингостомия: произведен разрез мягких тканей трахеи и гортани от трахеостомы до верхнего края щитовидного хряща. В нижнем отделе стомы иссечены обрывки хрящей и из трахеи удалены грануляции. В задней стенке гортани обнаружен свищ, ведущий к хрящу. В полости гнойное содержимое, которое выполняет всю заднюю и частично левую половину гортани. Гной удален, иссечен подслизистый инфильтрат области переднего и бокового отделов гортани. Слизистая слита с кожей. Вставлен марлевый валик и трахеотомическая трубка.

5.VIII. Для формирования стомы вставлена Т-образная трубка.

21.VIII Резиновая трубка несколько опустилась вниз, она приподнята вверх.

17.IX. Жалобы на затрудненное дыхание. Ларингоскопия: при фонации определяется, что трубка частично закрывает голосовую щель. Т-образная трубка заменена трахеотомической.

6.X. Положение гортани выполнено слезистой оболочкой. Отдельные детали гортани не определяются. Вставлена т-образная трубка.

12.XII. Стома в удовлетворительном состоянии. Ларингоскопия: дыхательная щель размером до 2-х см. Отмечается образование рубцовой ткани у входа в гортань.

23.XII. Резиновая трубка удалена и ларингостома оставлена открытой.

С 23.XII-43 по I. I-44 буширование гортани.

2. I-44. Ларингоскопия: голосовая щель достаточная, отмечается незначительный рост рубцовой ткани. Стома закрылась после вторичного натяжения.

I. II. Нарастание стеноза, в связи с чем проведена повторная трахеотомия. Буширование гортани продолжается.

18. II. Декаюлирован.

26. II-44 ночью появился резкий стеноз, вследствие чего введена трахеотомическая трубка. Лечение: диатермия шеи.

II. IV, 20. IV - попытки декаюлировать больного не увенчались успехом.

13. V-44. Выписан. Негоден к военной службе. Статус при выписке: трахеостома с трахеотомической трубкой. Голос хриплый, тихий.

Ларингоскопия: черпаловидные хрящи не определяются. На месте голосовых связок рубцы с плотными краями. Голосовая щель при вдохе размером в 2 см.

№ 57.- С-ов Т.С., кр-ц, 1912г. № 14110.

22. VII-48 г. получил слепое осколочное ранение шеи, с повреждением гортани и трахеи, проникающее в желудок. После ранения была рвота, сильное кровоизлияние, подкожная эмфизема шеи и груди.

25. VII произведена растротомиа, вставлена дренажная резиновая трубка, через которую больной питался до 5. IX.

26. VII. Дыхание тяжелое, затруднен вдох, голова наклонена вперед, губы цианотичны, стеноз. Произведена нижняя трахеостомиа и вставлена трахеостомическая трубка.

После 4-х этапов эвакуации, 31. IX-48 г., поступил внаим в госпиталь. Статус при поступлении: на брюшной стенке, в области желудка, послеоперационная рана с небольшим количеством гнойных выделений. На границе щитовидного и перстневидного хрящей, на 0,5 см. ниже трахеостомы, укрепленный рубец, величиной с булавочную головку. Трахеостома и в ней трахеостомическая трубка. Дыхание через трубку свободное. Ларингоскопия: отек надгортанника, закрывающий полностью голосовую щель.

Диагноз: огнестрельный перихондрит гортани, трахеостома. Гранулирующая рана брюшной стенки, в результате огнестрельного ранения.

Гемограмма: Нв - 61 %, лейкоц. - 9000, эоз. 0,5, пал. 5,5, сегм. 69,5, лимф. 20, мон. 4,5, РОЭ - 58 мм в час. Моча без изменений. Лечение: физиотерапия.

20.X. Ларингостомия: Иссечены большие инфильтраты с обеих сторон гортани и в области черпала. Края сшита со слизистой. Тампон, трахеотомическая трубка.

30.X. Вставлена в стому Т-образная трубка.

25.XI Резиновая трубка скользить по гортани, мешает дыханию. Ларингоскопия: отек подвязочного пространства. Т-образная трубка заменена трахеотомической. Верхний отдел ларингостомы оставлен открытым. Кварц, д"Арсонваль на шею.

9.XII. Жалобы на кашель. Дыхание через трахеотомическую трубку свободное. Назначена отхаркивающая микстура. 10.XII Гемотрансуфузия.

23.XII. Ларингоскопия: Небольшой отек черпала. Слизистая гортани гладкая, отмечается незначительное образование рубцов у входа в гортань. Декапирован. Начато бужирование стомы.

30.XII. Голосовая щель несколько сужена. Бужирование продолжается.

1. II-44. Ларингоскопия: у входа в гортань определяется рубцовый вал, суживающий просвет гортани, назначен на повторную ларингостомию.

2. II. Реоперация. Стома расширена, иссечена рубцовая ткань верхнего отдела гортани и инфильтрат в области ложных и истинных голосовых связок, вместе с последними. Вставлена трахеотомическая трубка.

15. II. Больной настаивает на выписке, категорически отказывается от дальнейшего лечения.

24. II. Выписан. Негоден к военной службе.

Статус при выписке: афония. Спереди на шее трахеостома и в ней трахеотомическая трубка. Голосовая щель деформирована. В межчерпаловидном пространстве определяются рубцовые тяжи.

№58.- В-шко Н. Р., к-ц, 1919г. № 14150.

3. III-43 г. получили сквозное осколочное ранение гортани. После ранения была подкожная эмфизема лица и шеи, асфиксия, по поводу чего была произведена срочная трахеотомия.

9.III. Ларингоскопия: голосовая щель узкая. Черпала и ложные голосовые связки инфильтрированы. Истинные голосовые связки в трупном положении. Деканюлирование невозможно. После 6 этапов эвакуации 24. IX поступил в наш госпиталь.

Статус при поступлении: слева на уровне щитовидного и перстневидного хрящей рубец 2х1см., спаянный с подлежащими тканями. Спереди на шее трахеостома и в ней трахеотомическая трубка. Афония.

Ларингоскопия: голосовая щель почти полностью закрыта надгортанником, находящимся в неподвижном состоянии, вся видимая слизистая гортани отека, дыхание через трубку свободное.

Р-графия гортани: „на снимке определяется лишь незначительная часть верхней половины обызвестленного щитовидного хряща, там же определяются островки просвета столба воздуха“.

Диагноз: перихондрит гортани в результате огнестрельного ранения шеи.

Гемограмма: РО₂ - 50 мм. в час, в остальном без изменений.

20.XI. Ларингостомия: произведен разрез мягких тканей от трахеостомы до верхнего края щитовидного хряща, иссечены рубцы в гортани и у входа в трахею. Иссечен также инфильтрат в области голосовых связок. В верхний отдел стомы введен тампон, в нижний — трахеотомическая трубка.

3.XII-43. Стома в хорошем состоянии, вставлена Т-образная трубка, но к вечеру больному стало трудно дышать, так как трубка скользнула по стоме и вызывала сильный кашель. Резиновая трубка заменена трахеотомической.

15.XII. Отмечается избыточный рост грануляций в верхнем отделе стомы. Ложечкой удалены грануляции и снова вставлена Т-образная трубка.

20.I-44. Больной отмечает затрудненное дыхание. Ревизия стомы. Грануляции частично закрывают голосовую щель. Они удалены ложечкой. Вставлена Т-образная трубка.

27.II. Ларингоскопия: в нежчерпаловидном пространстве определяются полиповидного характера грануляции, которые свисают в просвет трахеи, дыхание слегка стенотическое. Удалены грануляции и в стому вставлена трахеотомическая трубка. В верхнюю часть стомы вставлен тампон Микulichа.

II.III. Деканюлирован.

27.III. Стома закрылась после вторичного натяжения. В центре ее имеется свищ, величиной в булавочную головку, дыхание несколько затруднено.

I.IV. Дыхание стенотическое. В верхнем отделе гортани рубцы кольцевидного характера, суживающие голосовую щель.

2. IV. Парастание стеноза, в связи с чем, под местной анестезией, сделана повторная трахеотомия. Вужирование с 25. IV по I. VII.

30. IV Ларингоскопия : межчерпаловидное пространство выполнено рубцовой тканью, которая распространяется вверх. Декапюлировать невозможно. Вужирование продолжается без эффекта.

I. VI. Дыхание без трубки затрудненное. Голосовая щель сужена из-за наличия рубцов. Больному предложена операция - иссечение рубцов, от которой он отказался.

5. VII-44 . Выписан. Негоден к военной службе. Статус при выписке: трахеостома и в ней трахеотомическая трубка. Ларингоскопия: голосовая щель деформирована, сужена, треугольной формы. Верхний отдел гортани выполнен рубцами.

№59.- И-ов К.Т., кр-ц, 1909 г., №18517.

26. IX -1943 г. получили сквозное пулевое ранение шеи с повреждением гортани. После ранения было сильное кровотечение изо рта и шей. В ПИГ произведено иссечение ран шеи и наложены глухие швы. 27/IX ввиду нарастания стенотического дыхания произведена нижняя трахеотомия. На одном из этапов отмечено появление отека гортани и инфильтрата на шее слева. Там же произведен разрез и выпущен гной из наружной раны у места входного отверстия. После 5 этапов эвакуации 6. IV-44 поступил в наш госпиталь. Статус при поступлении: трахеостома и в ней трахеотомическая трубка. Слева на уровне трахеи и перстневидного хряща рубец 4 x 0,5 см., спаянный с подлежащими тканями. Справа, на том же уровне,

но ближе к внутреннему краю грудино-ключично-сосковой мышцы, рубец диаметром 0,5 см. - след входного отверстия, адония.

Ларингоскопия: ложные голосовые связки, черпаловидные хрящи - отечны, закрывают голосовую щель. Истинные голосовые связки неподвижны.

Диагноз: перихондрит гортани после огнестрельного ранения шеи, парез обеих голосовых связок.

20. IV. Жалобы на боль в левом боку, кашель. Диагноз терапевта: умеренно выраженный бронхит. Лечение: Кодеин внутрь, соллюкс и кварц на область шеи. Ларингоскопическая картина без изменений. Дыхание через трахеотомическую трубку свободное. Назначен на операцию.

16. V. Под местной анестезией произведена ларингостомия - разрез от трахеи до верхней вырезки щитовидного хряща, иссечены рубцы, истинные голосовые связки, иссечены также рубцы у входа в трахею. Вставлен марлевый валик и трахеотомическая трубка. Смена валика через 1-2 дня до 25. V, затем смена его каждые 2-3 дня.

20. VI. Валик удален, стома оставлена открытой, без трахеотомической трубки. Тугая повязка на шею.

15. VII. Ларингоскопия: голосовая щель широкая, хорошо сформирована, голос хриплый. При туго закрытой ларингостоме дышит свободно.

25. VII. Операция - Закрытие ларингостомы. Лечение: диатермия, кварц шеи.

I. IX. Выписан. Негоден к военной службе.

Статус при выписке: голос хриплый, дыхание свободное, даже при подеме на высоту. Ларингоскопия: голосовая щель диам. 2 см., стоячая. На месте истинных голосовых связок отмечается плотная рубцовая ткань.

№60.- К-ко Н.М., с-т 1924 г., №14385.

28. VIII -43г. получил сквозное осколочное ранение шеи с повреждением гортани. После ранения была подкожная эмфизема шеи и лица, сильное кровохарканье. На одном из предыдущих этапов произведено иссечение ран и перевязки. После 5 этапов эвакуации - 2.X-43 поступил в наш госпиталь. Статус при поступлении: афония, выраженное стенотическое дыхание. Спереди, на уровне перстневидного хряща и трахеи, и слева, на границе заднего рожка щитовидного рожка, - рубцы. Ларингоскопия: левая половина гортани неподвижна, правая половина ограничена в движении. Отек правого черпаловидного хряща и подсвязочного пространства, голосовая щель деформирована, истинные голосовые связки не определяются.

Диагноз: Хрикондрит, стеноз гортани на почве огнестрельного ранения шеи. Лечение: кварц, йодт-форез шеи.

Ренограмма: Нв - 60°, дейк. 6000, воз. - I, пал. 5,5, сегм. 58, лимф. - 31,5, мол. 4, РО - 55 мм в час. Моча без особенностей.

5.X. Ларингостомия. Иссечен большой инфильтрат, выполняющий верхний отдел голосовой щели, иссечены также ложные и истинные голосовые связки. В стому введена трахеотомическая трубка и тампон Микулича.

II.X. Удален валик и трахеотомическая трубка, и на их место вставлена сквозная резиновая трубка.

28.XI. Жалобы на боль в гортани и в области правой половины грудной клетки. Консультация терапевта: справа в верхнем поле легкого ослабленное дыхание, в этой же области боль при пальпации мышц. Диагноз: Туберкулез легких. Лечение: соллюкс на правую половину грудной клетки, кодеин, усиленное питание.

I.XII Р. скопия грудной клетки: Над 2-м ребром справа ограниченная инфильтрация с просветлением в центре. Полость (?) и усиление легочного рисунка в соответствующем отделе корня. Слева единичные петрификаты в корнях, сердце без изменений."

До II.XII ежедневные исследования мокроты на БК и эластические волокна - не найдены.

15.XII. Температура 39° . Жалобы на кашель. Видимые слизистые бледной окраски. Больной похудел, дышит через трахеотомическую трубку свободно. Лечение: сульфидин, кодеин, хлористый кальций. Через 3 дня температура пала.

10.I. Жалобы на боль в области гортани, резиновая трубка скользит по стоме и мешает дыханию. Она удалена и рана оставлена открытой. Ларингоскопия: в стоме много вялых грануляций, особенно, у входа в гортань.

12.I. Дыхание без трубки невозможно, вследствие чего вставлена трахеотомическая трубка. Одновременно ложечкой удалены грануляции. I.II - для формирования ^{спомы} вставлена резиновая трубка.

5. П. Р-графия грудной клетки: В правой и верхней доле, на уровне II-го межреберья, большая инфильтрация, связанная с корнем легкого. Диагноз: абсцесс правого легкого.

8. П. Резиновая трубка заменена трахеотомический. Днем без трубки дышит свободно, ночью с трудом. Общее состояние тяжелое. Ларингоскопия: верхний отдел гортани выполнен мощными рубцами, просвет достаточный. Лечение: риванол внутривенно.

28. П. Состояние больного ухудшается, при кашле выделяется много мокроты с примесью крови, общее недомогание, аппетит плохой, дышит через трахеотомическую трубку. Лечение то же.

4. Ш. Состояние больного ухудшается, температура 38,5°. Пульс 85 в I', ритмичен. Кашель с примесью крови.

12. Ш. В 10 часов утра у больного выделилось изо рта около литра гноя, пульс нитевидный. В 12 часов, при упадке сердечной деятельности, скончался.

Клинический диагноз: перихондрит гортани, ларингостома, абсцесс правого легкого после осколочного ранения шеи с повреждением гортани.

Анатомический диагноз: 1/ Рубцы гортани после сквозного осколочного ранения шеи; 2/ Трахеотомическое отверстие; 3/ Язвы трахеи с перихондритом; 4/ Хроническая бронхопневмония, с исходом в абсцесс и гангрену правого легкого; 5/ Слитая, осумкованная эмпиема правой плевральной области; 6/ Гнойный периостит ребра справа; 7/ Паренхиматозная дегенерация миокарда, печени и почек; 8/ Острая гиперплазия селезенки.

61.- Д-ев А. П., мл. с-т, 1921 г. № 19912.

26. VII-43 получил сквозное осколочное ранение шеи, с повреждением гортани. После ранения потерял сознание, была подкожная эмфизема груди, шеи и сильное кровохарканье. Через месяц после ранения произведена трахеотомия. До 31. III-44 дышал через трахеотомическую трубку. 31. III, в одном из госпиталей Вологды, произведена ларингостомия и вставлена Т-образная трубка. 13. VI-44 больной был выписан из того госпиталя, где была произведена ларингостомия, с Т-образной резиновой трубкой в ларингостоме.

12. IX-44, по распоряжению МЭП, был направлен в наш госпиталь. При поступлении ~~в госпиталь~~ у больного на руках не было документов, которые бы указывали ^{на} течение болезни за период с момента ранения до поступления в наш госпиталь. Больной отмечает, что трубка часто мешала ему глотать и дышать, и он сам регулировал положение трубки.

Статус при поступлении: в день прибытия в наше отделение у больного была температура 39° , дыхание поверхностное, пульс 112 в 1', ритмичен. Жалобы на боль в подложечной области, говорит шепотом. Ларингостома и в ней Т-образная трубка.

Ларингоскопия: трубка своим верхним концом упирается в надгортанник, в трахее много слизи. В день прибытия в наше отделение резиновая трубка удалена, но из-за затрудненного дыхания через 2 часа пришлось вставить трахеотомическую трубку.

Гемограмма: Нв - 77 %, лейкоц. - 9400, эоз. 1,5, пал. - 3, сегм. - 63, лимф. - 27,5, мон. - 5, РОЭ - 42 мм в час. Моча - лейкоц. 4-5 в п/з, в остальном без изменений.

16. IX. Р-скопия грудной клетки: "Довольно интенсивное затемнение в верхней половине верхней доли левого легкого за счет пневматического инфильтрата."

Неоднократные исследования мокроты на БК - отрицательные. Консультация терапевта: левосторонняя пневмония. Проведен курс сульфидинотерапии, но без эффекта.

С 12 по 19/IX температура в пределах 38,5 - 39,5, при относительно удовлетворительном состоянии, при отсутствии суб"активных жалоб и сравнительно малом выделении мокроты.

20. IX температура стала литически падать и с 23 по 30. IX стала нормальной.

30. IX под"ем температуры до 39°, жалобы на боль в подложечной области. Кашель, бесцветная мокрота без запаха - в большом количестве.

Повторная р-скопия грудной клетки: "Затемнение в левом легком несколько увеличилось. На уровне 3-го ребра, на фоне инфильтрата - очаг просветления, подозрительный по структуре". Консультация терапевта: абсцесс левого легкого. Лечение: внутривенное введение риваноля.

На протяжении 3 1/2 месяцев периодические ремиссии, сроком от 10 до 12 дней, чередовались высокой температурой в пределах 38- 39°, при общем удовлетворительном состоянии больного. Лечение: ри-

ванол, бензойно-кислый натр внутривенно, сульфамидная терапия, усиленное питание, вино.

17. I. Р-графия: В левом легком, на уровне 1, 2, 3 ребер, виден ряд полостей, величиной до 2-х см.. В полости на уровне 2 и 3-го межреберья имеется небольшое количество жидкости; инфильтрат в верхней доле занимает средние размеры. Наиболее близкие полости расположены к грудной стенке между средней и передней аксиллярными линиями. Р-диагноз: Абсцедирующая пневмония левой верхней доли с множественными абсцессами."

Гемограмма: Нв - 61%, эритро. 3250000, лейкоц. 10500, эоз. - 61, пал. 9, сегм.: - 68, лимф. 13, моно. 4, РО - 58 мм в час.

20. I. Общее состояние больного тяжелое. Температура 39°. Дыхание поверхностное, пульс 116 в I', ритмичен, аппетит плохой.

Заключение терапевта: Метастатический абсцесс правого легкого. Множественная абсцедирующая пневмония левого легкого.

По 5. II ежедневные внутривенные вливания бензойно-кислого натрия. 5. II консилиум старшего хирурга и терапевта. Решено произвести пульмонотомию.

6. II под местной анестезией (1/4% раствор новокаина) произведен подковообразный разрез левой подключичной области. Лоскут отсепарирован, резецированы 3 и 4 ребра на протяжении 5-6 см. Многократной пункцией гной достать не удалось. В рану введено два тампона, наложены швы, тугая давящая повязка.

7. П. Состояние больного тяжелое, температура 38- 37,5, аритмия, пульс 112 в 1'. Дышит через трахеостомическую трубку поверхностно. Жалобы на боль в области раны, кашель с незначительным выделением мокроты. Лечение : под кожу морфия.

С 8. П по 11. П состояние больного стало ухудшаться и 11. П, при упадке сердечной деятельности, скончался.

Клинический диагноз : ларингостомическая фистула. Левосторонняя абсцедирующая аспирационная пневмония с множественными абсцессами. Метастатический абсцесс правого легкого. Септикопиемия. Истощение после сквозного пулевого ранения шеи.

Анатомический диагноз : операция трахеотомия после огнестрельного ранения шеи. Аспирирующая, старая абсцедирующая пневмония верхней доли/левого легкого. Свежая абсцедирующая пневмония всех долей легкого. Фиброзный плеврит. Паренхиматозная дегенерация миокарда, печени, почек. Подострая гиперплазия селезенки. Операция резекции 2-3 ребра слева. -

ЛИТЕРАТУРА.

- I Абрикосов А. П. Основы общей патологической анатомии. 1939г.
- 2 Александров М. К. О комплексных травмах ЛОР органов военного времени. Москва, 1942г.
- 3 Андичков Н. П. Учебник патологической физиологии.
- 4 Ахутин М. П. Ранения гортани и трахеи. В кн. Воен. пол. хирург. Москва. 1942 г.
- 5 Баянов Е. А., Давыдов В. Е., Плетнер А. Р., Розенгауз Д. Г. Значение рентгенологических методов в изучении патологии гортани. Ж. В. Н. Р. Б. 1936г.
- 6 Белоголовов Н. В. Ларингостомия, как один из методов лечения стойких стенозов гортани у трахеотомированных. Ж. В. Н. Р. Б. 1934г.
- 7 Бернштейн С. К. Врожденная подвязочная мембрана гортани. Ж. В. Н. Р. Б., 1927г.
- 8 Блох Р. А. Травматическое повреждение гортани и трахеи. В кн. Юб. Сб., посв. Зимонту А. Н. Новосибирск, 1933г.
- 9 Бокштейн Я. С. К вопросу о применении трахеотомических трубок. В кн. Труды I и II Конференций отоларингологов. Москва, 1945г.
- 10 Банайтис С. П. Повреждения шеи. В кн. Куприянов П. А., Банайтис С. П. Краткий курс воен. полевой хирургии. Москва, 1942г.
11. Бондаренко А. Т. К вопросу о стойких стенозах гортани и их лечении. В. Р. Л. 1926г. № 2-3

- 12 Бондаренко А.Т. О стойких стенозах гортани и их лечении.
Ж. У. Н. Р. Б. 1925г.
- 13 Бондаренко А.Т. Суставы гортани и их заболевания.
Вестн. ото-рино-ларинг. 1927
- 14 Бондаренко А.Т. Лечение огнестрельных ранений гортани.
В кн. Труды I и 2 Конференций отоларингологов. Москва 1945г.
- 15 Боярский С.Н. К вопросу об отеках гортани.
Ж. У. Н. Р. Б. 1933 г.
- 16 Брандер П.Б. К вопросу о воздушных опухолях гортани.
Ж. У. Н. Р. Б. 1938
- 17 Бурак С.М. К вопросу о ларингостомии и ларинготрахеотомии при стенозах гортани и трахеи тифозного происхождения.
Ж. У. Н. Р. Б. 1925 г.
- 18 Валькер Ф. Ранения глотки и повреждения гортани и трахеи.
В кн. Эталь. лечение повреждений Москва 1939г.
- 19 Веллкорейский А.П. Резание раны шеи, сопровождающееся вскрытием гортани и глотки
В кн. ВОРЛ. 1939 г. № 5.
- 20 Венгернер К вопросу об обызвествлении хрящей гортани
- 21 Воячек В.П. Травмы гортани и трахеи.
В кн. Воен. отоларинголог. Лигр. 1941
- 22 Воячек В.П. Устранение дефектов уха, горла и носа. после огнестрельных ранений.
ИЗБ, 1943 г.
- 23 Воячек В.П.
Попов Ф.И. Ранения прочих отделов глотки и ранения гортани.
В кн. Памятка по воен. отоларингол. Москва, 1941г.

- 24 Воячек В. П. О наблюдавшихся в последнее время травмах в области ЛОР. Лнгр. 1941г.
- 25 Воячек В. П. Основные принципы лечения ЛОР травм по опыту войны с белофиннами. т. XXVIII. 1940 г. Труды ВМА Красной Армии.
- 26 Воячек В. П. Повреждения и заболевания гортани и трахеи. В кн. Руковод. практ. хирург. т. III Лнгр., 1938 г.
- 27 Вульфсон О. П., Преображенский Б. С., Фомин Г. Б. Рентгеновская картина гортани глухонемых. ЖУНГБ. 1933.
- 28 Генкин А. Б. Случай ранения гортани. ЖУНГБ. 1931 г.
- 29 Гершкович И. Н. Перихондрит гортани после гальванокаустики. ЖУНГБ. 1934.
- 30 Гершкович И. Н. Огнестрельные ранения ЛОР органов В кн. Тр. Об. Республики Сессии Туркмени. Ашхабад. 1942.
- 31 Гешедин А. П. О липоидной ткани в трахее и бронхах человека. ЖУНГБ, 1930 г.
- 32 Гинзбург Р-диагностика гортани В кн. Айзенштейн и Гольст. Руководство по рентг. диагностике М. 1940г. стр. 436-440.
- 33 Гольдфарб И. В. Некоторые особенности слепых ранений верхних дыхательных путей и уха. В Об. Саясд. в дни Отечественной Войны. №3 Свердловск.
- 34 Гордиенко С. М. К вопросу комбинированных травм гортани. Совр. вр. журнал 1940. 6.
- 35 Григорьев К казуистике стенозов гортани Вестн. РЛО 1930г.

- 36 Деев Н.Ф. Повреждение глотки и гортани в военное время
ВОРЛ 1938
- 37 Де-Ленс А.О. К последовательному лечению после ларинготрахеотомии
Вестн. хирургии. 1937г. II
- 38 Дененберг Л.О. Резанные и колотые раны гортани и трахеи.
ЖУНГБ 1938
- 39 Добромысльский Я.Ф. П., Васильев П.О. Нормальная и туберкулезная гортань в рентгеновском изображении
Литр. 1931.
- 40 Дорошенко П.Т. Случай ранения гортани при перерезке шеи, по типу фаринготомии субхороидеа
ЖУНГБ 1937.
- 41 Дорошенко П.Т. Комбинированное лечение травматических повреждений верхних дыхательных путей и ушей.
Госп. дело 1943 №1
- 42 Дробышев Г.О. К вопросу о резаных ранах гортани и трахеи.
Вестн. ОРЛ 1940, -3
- 43 Зайдель К. Казуистике повреждений гортани
Вр. газета 1930, 17-18
- 44 Засосов Р.А. Принципы оказания медпомощи при боевой ЛОР травме.
В кн. Краткое пособие для врачей и студентов. Киров. 1943.
- 45 Зимонт Д.П. Хирургия верхних дыхательных путей.
Ростов 1940г.
- 46 Иванов А.Ф. О повреждениях уха, горла, носа в текущую войну
Тжесес. ушн., нос. и горл. болезни. 1916 г.
- 47 Иванов А.Ф. Лечение стенозов гортани
ЖУНГБ 1925 г.
- 48 Иванов А.Ф. О стенозах гортани
ЖУНГБ 1929

- 49 Иванов А.Ф. О стенозах гортани.
Сб. т. III Арх Сов О.Л.
- 50 Ильин И. И. К вопросу о травме гортани
В кн. Сб. Труд. В-цы им Свердлова.
том II. Лепт, 1940 г.
- 61 Ильяшенко П.А. К вопросу о лечении хронических
стенозов гортани.
ЖУНГБ 1936
- 52 Ильяшенко Н.А. Клиника хронических стенозов
гортани.
ЖУНГБ 1939.
- 53 Карлик Л.Н. Патологическая физиология.
Москва 1936г.
- 54 Карпов Н.А. К казуистике проникающих ран
глотки и гортани.
Бек-Буда 1943.
- 55 Кутин-Грцев В.Н. Огнестрельные ранения верхних
воздухоносных путей
Вестн. Н.П. и М. Воезней. 1915
- 56 Кляшев А.П. О хирургическом лечении резаных
ран глотки и гортани
Вр. дело, 1938, №1
- 57 Кляшевич Л.П. К казуистике травм шеи с обшир-
ным разрушением глотки и гортани.
Казанский мед. журнал, 1933, 5-6
- 58 Коломийченко А.П. О закрытых разрывах трахеи
ВСОРЛ, 1939, №2
- 59 Компанец С.М. Огнестрельные ранения верхних
воздухоносных путей
Екатерин. Меджурнал, 1923, 9-12
- 60 Компанец С.М. Окончатая резекция хрящей горта-
ни при лечении гнойных перихонд-
ритов.
В кн. Арх. Отоларингологов т. II
Москва, 1935.
- 61 Компанец С.М. Оперативное лечение дефектов в
сужении гортани и трахеи.
СГБ 1909
- 62 Компанец С.М. Ранения гортани.
В кн. Матер. по воен. пол. хирург.
Москва - Ленинград, 1940 г.

- 63 Компанеец С.И. Ранения трахеи .
В кн. Мат. по воен. пол. хирургии
Москва 1940г.
- 64 Компанеец С.М. Травмы гортани и трахеи .
В кн. БУВН. Лигр. 1942 г.
- 65 Коц Я.Л. Своеобразный случай огнестрель-
ного ранения грудной клетки с явле-
нием со стороны гортани
ЖУИТЬ. 1939.
- 66 Куликовский Г.Г. Оториноларингология для военно-го
врача. 1940г.
- 67 Куликовский Г.Г. Повреждения уха и верхних дыха-
тельных путей.
В кн. Руковод. по воен. пол. хирург.
1938г.
- 68 Куприянова Н.А. Хирургическое лечение огнестрель-
ных перихондритов гортани.
В кн. "Материалы по изучению
ранений уха, горла и носа за
годы В.О.В." Казань 1945 г.
- 69 Ланде В.С. Травмы гортани.
Инструкт. таблица - помощь врачу.
Харьков, 1940 г.
- 70 Лебедевский Б.П. - Ранения гортани по наблюдениям
тылового госпиталя.
В кн. Труды I и II конф. отоларинго-
логов РСФСР. М. 1945.
- 71 Летник С.Ф. Клиника травматических повреждений
гортани и трахеи в условиях мирного
времени .
ВРЛО 1937 г.
- 72 Летник С.Ф. Некоторые данные о лечении травм
ЛОР - органов в условиях мирного
времени.
В кн. Труды Стал. М. Ин-та, в. 2,
1940 г.
- 73 Лечение ранений уха, носа и
горла.
Изд. Ч-ского Эвакопункта и отде-
ла Эвакогоспиталей Молотовской обл.
Молотов, 1943 г.

- 74 Лихачев А. Г. и
Вольфович М. Н. Задачи Всесоюзного научного
Об-ва отоларингологов на
данном этапе Отечественной Войны.
Москва, 1942 г.
- 75 Лозанов Н. Н. Окончатая резекция, ларингосто-
мия и экстирпация черпаловид-
ного хряща при огнестр. пораже-
ниях гортани и их осложнениях
В кн. Материалы по изучению ра-
нений уха, горла, носа за годы
В. О. В. Казань, 1945 г.
- 76 Любомирский А. Н. Поражение хрящевого скелета
гортани при туберкулезе в свете
иммуно-биологических воззрений
ЖУНГБ. 1939.
- 77 Марленгоф Д. Г. Ментоловое масло и адренали-
ноингаляции при острых и под-
острых ларингитах.
РОЛ. 1936.
- 78 Матросова Т. Ф. О травмах гортани. В кн. кон-
ференция по ЛОР-травмам.
Ленинград, 1939 г.
- 79 Мельников А. А. Редкий случай ранения гортани
и пищевода
ЖУНГБ 1927
- 80 Миньковский А. Х. О травмах уха и верхних дыха-
тельных путей
Сов. медицина. 1940 22.
- 81 Михайловский С. В.
и Смирнова В. А. Ранения и повреждения гортани
В кн. Неотложн. помощь при ране-
ниях и повреждениях уха и верхн.
дыхательных путей
Мф 1941 г.
- 82 Михайловский С. В. К вопросу о применении в ЛОР-кли-
нике новых лечебных мероприятий
в кн. Труды I и II конференции
Отоларингологов. РСФСР.
Москва, 1945 г.
- 83 Михайлов Н. П. Библиографич. указатель Советск.
Журн. Отоларинголог. литературы
1924-1938 г.

- 84 Михалович М. С. Сквозное пулевое ранение шеи, стенок гортани, выздоровление. РОЛ, 1929.
- 85 Михелевич М. С. Оперативная ЛОР-хирургия 1941г.
- 86 Натансон А. П. Воздушная опухоль гортани ЖУНГБ 1936
- 87 Неменов Учебник рентгенологии.
- 88 Никифоров М. Н. Основы патологической анатомии
- 89 Опокин А. А. Материалы военно-полевой хирургии Москва. 1940 г.
- 90 Помус Н. М. Хрящевые опухоли гортани. ЖУНГБ. 1934.
- 91 Преображенский В. С. Военно-травматические повреждения уха, горла и носа Медгиз. 1944 г.
- 92 Шрафенрод В. П. По этапам деканодии РОЛ 1930.
- 93 Рауэр Переломы шеи. В книге Основы Травматологии М.-Л. 1936г.
- 94 Рентгенодиагностика рака гортани Вестн. рентгенологии и радиологии (Тр. Год. сессии им. XVII съезда ВКЛБ, т. IV, 1935).
- 95 Романкевич В. О колото-резаных ранах глотки и гортани. Нов. Хирург. 1930, II
- 96 Рутенбург Д. М. К вопросу о хирургическом лечении гортанных дисплазий. ЖУНГБ 1938, 3-4
- 97 Скрипт А. А. К характеристике огнестрельных ранений верхних дыхательных путей и уха. В кн. Воен. мед. глубокого тыла в течение войны. Ташкент. 1943.
- 98 Смоцкин Б. Г. Резаные раны переднего отдела шеи в условиях мирного времени. Вестн. ОРЛ, 1938.
- 99 Снегирев А. С. Рентгенотопография гортани (эксперимент. рентг. анатомическое исследование) ЖУНГБ. 1941
- 100 Соболев Е. Д. Огнестрельное ранение трахеи. В кн. Труды ЭГ-Фронт, ЭП №50 и луч. учрежд. армии. Вопросы в. п. хирургии. №9. Ленинград

101. Тост
Нормальная и патологическая гортань у живых в рентгеноизображении.
(Реферат) .
- 102 Трутнев В.К.
Об огнестрельных повреждениях гортани .
Госп.дело. 1943, №10
- 103 Трутнев В.К.
К вопросу об огнестрельных ранениях гортани .
В кн. сборн. научных работ по лечению огнестр. повреждений гортани М. 1944 г.
- 104 Трутнев В.К.
I Московская Отоларингологическая Конференция
Москва . 1943 г.
- 105 Трутнев В.К.
Состояние отоларингологической помощи в Эвакогоспиталях НКЗ.
В кн. Труды I и 2 конференций отоларингологов РСФСР.
Москва . 1945 г.
- 106 Трутнев В.К.
Об инородных телах гортани и глотки огнестрельного происхождения.
В кн. Труды I и 2 конференций отоларингологов РСФСР.
Москва. 1945 г.
- 107 Усольцев Н.Н.
Коррекция раненых с огнестрельным повреждением гортани, глотки и пищевода.
Госпит.дело, 1943, №10
- 108 Фельдман В.А.,
Сорокер А.И.,
Вульфсон С.А.
Гортань певца в рентгеновском изображении.
Общ. Личн., т. I по бол. уха, горла и носа.
- 109 Фляк А.И.
Приобретенная подвижная мембрана гортани.
ВНИГБ. 1935г.

- II0 Фомичев М. П. Травматические геморрагии на голосовых связках и их причины. В кн. Сборн. по ЛОР-травматизму. Ленинград 1939.
- III Хоршак М. Я. Хронические стенозы гортани и их хирургическое лечение. ГОЛ. 1930.
- II2 Хоршак М. Я. Хронические стенозы гортани. Сб. т. III. Архив Сов. ЛОР.
- II3 Хоршак М. Я. Первичная ларингостомия при стенозах гортани на почве синдрома-типа перихондритов. ВУМГБ. 1924.
- II4 Храковская-Черняк В. П. Резанные раны шеи. ВУМГБ. 1935.
- II5 Цимхес М. Л. К оперативному лечению резаных ран глотки и гортани. Ваз. М. Л. 1930, ВЮ.
- II6 Шапуров В. В. Анатомия уха, гортани, носа. Свердловск, 1939.
- II7 Шапуров В. В. Хирургическое лечение болезней и повреждений уха, гортани и носа. Монография. 1945.
- II8 Шевкуненко В. Ч. Техника хирургических операций. Москва. 1944 г.
- II9 Шейнман А. П. К клинике параличей возвратного нерва. 1936 г.
- II0 Шмиден Курс хирургических операций. 1927.
- II1 Ярославский Б. О ларингостомии при стенозах. ВРЛО, 1937 г.

1. Albrecht - ^{1917.} Zeitschrift f. Ohrenheilk
XXVI 1918
2. Australia N.I. — Trauma of the Larynx 1944, 1, 25
3. Borchard Schmidt — Kriegschirurgie, dritte
Auflage 1937
4. Canuys J. — *Truocioperibuloparinas upmanu*
(Pneumonia)
5. Despons J. — La tracheotomie en chirurgie de guerre.
Paris, med. 1940, 11
6. Despons J. — Le traitement des blessures d'organes
du larynx. Ref. de Laryng. 1939, 60
7. Despons J. — Les blessures du larynx et leur
traitement immédiat. Presse med. 1940, 1
8. Dimitriadis — Monatschrift f. Ohrenheilk Bd.
49 1915
9. Evans C. — Treatment of wounds and injuries
of larynx and trachea. med. press. 1943, 209
10. Gale W. — Praktische Wundkur Behandlung
der Kriegsverletzungen des Kehlkopfs.
med. wch 1940, 14
11. Forbes C. — Unusual injury to Larynx.
Ibid. med. j. 1941, 1
12. Foss J. — Kriegsverletzungen von Ohr, Nase und
Kehlkopf. 1939, 11
13. Foss E.J. and New J. — Traumatic Hemotisis of the
larynx and trachea. Prosth. med.
1942, 13, 24.
14. Franz C. — Schutzverletzungen des Halses.
Handb. Franz C. Lehrbuch der
Kriegschirurgie. Berlin 1936

15. Jackson chevalier - Les lésions and Injuries of the Larynx. L 1942
16. Khaller O. - Die Kriegerverletzungen der Nase, Kopf Knochen. Handb. der aertlichen Erfahrungen im Weltkrieg 1914-1918 Bd. 7.
17. Katz und Blumenfeld - Handbuch Speziellen chir. des Ohres und des oberen Luftwege
18. Kermann J. D. - Injuries of Larynx trachea and therapeutic - Laryngoscope 1941, 51
19. Killian C. - Die Kriegerverletzungen des Kehlkopfs. Handbuech der aertlichen Erfahrungen im Weltkrieg 1914-1918. Leipzig 1921
20. Marschik. - Verletzungen des Kehlkopfes, der Luftröhren und der Bronchien. Handb. Denker-Kahler Bd. 3.
21. Moritz Schmidt - Die Krankheiten der oberen Luftwege. 3 Auflage Berlin 1919
22. Nach R.L., Rothman N. - Injuries of the Larynx and trachea. Journ. of a. Obst. 1943, 76
23. Neumayer - Verletzungen der die oberen Luft und Speisewege. Handb. der aertlichen Erfahrungen im Weltkrieg
24. Orton L. - Penetrating wound of the neck with unusual complication and sequelae. Ann. of Otol.
25. Rhese - Die Kriegerverletzungen von Ohr, Nase u. Hals. Wiesbaden 1918
26. Schmidt - Die Krankheiten der oberen Luftwege. Auflage. Berlin 1903.