



ХАРКІВСЬКА ХІРУРГІЧНА ШКОЛА

№ 2 (131) 2025

МЕДИЧНИЙ НАУКОВО-ПРАКТИЧНИЙ ЖУРНАЛ

Національна академія медичних наук України

ДУ «Інститут загальної та невідкладної хірургії імені В. Т. Зайцева НАМН України»

Харківський національний медичний університет

«Харківська хірургічна школа» — медичний науково-практичний журнал

Заснований у листопаді 2000 р.
Виходить 4 рази на рік

Засновник —

ДУ «Інститут загальної та невідкладної хірургії імені В. Т. Зайцева НАМН України»

Свідоцтво про державну реєстрацію друкованого засобу масової інформації
серія КВ № 20183-9983П
від 20.08.2013 р.

Журнал внесено до переліку фахових видань у галузі медичних наук (Наказ Міністерства освіти і науки України № 420 від 15.04.2021 р.)

Рекомендовано вченою радою ДУ «ІЗНХ імені В. Т. Зайцева НАМН України» (Протокол № 3 від 17.02.2025 р.)

Редактор
Н. В. Карпенко

Підписано до друку 18.02.2025 р.
Формат 60×84 1/8.
Папір офсетний. Друк офсетний.
Ум. друк. арк. 6,5.
Тираж 120 прим.

Адреса редакції:

61018, м. Харків,
в'їзд Лікарський, 1.
Тел.: (057) 715-33-48
349-41-39
715-33-45

Видання віддруковане у ТОВ фірма «НТМТ» 61072, м. Харків, вул. Дерев'янка, 16, к. 83
Тел. (095) 249-39-96

Розмножування в будь-який спосіб матеріалів, опублікованих у журналі, допускається лише з дозволу редакції

Відповідальність за зміст рекламних матеріалів несе рекламодавець

© «Харківська хірургічна школа», 2025

Головний редактор В. В. Бойко, док. мед. наук, професор, академік НАМНУ

Заступники головного редактора

П. М. Замятін, док. мед. наук, професор
І. А. Криворучко, док. мед. наук, професор
І. А. Тарабан, док. мед. наук, професор

РЕДАКЦІЙНА КОЛЕГІЯ

П. А. Бездітко, док. мед. наук, професор
Р. В. Бондарев, док. мед. наук, професор
О. В. Бучнева, докторка мед. наук, доцент
Г. І. Гарюк, док. мед. наук, професор
Д. О. Євтушенко, док. мед. наук, професор
Ю. В. Іванова, докторка мед. наук, професорка
Ю. І. Караченцев, док. мед. наук, професор
О. М. Клімова, докторка біологічних наук, професорка
О. В. Кравцов, док. медичних наук
І. В. Криворотько, док. мед. наук, професор
В. М. Лихман, док. мед. наук, професор
В. В. Макаров, док. мед. наук, професор
В. В. Негодуйко, док. мед. наук, професор
М. В. Панченко, док. мед. наук, професор
В. П. Польовий, док. мед. наук, професор
В. О. Прасол, док. мед. наук, професор
С. О. Савві, док. мед. наук, професор
Р. В. Смачило, док. мед. наук, професор
Т. І. Тамм, док. мед. наук, професор
Е. М. Хорошун, кан. мед. наук

ПОЧЕСНІ ЧЛЕНИ РЕДАКЦІЙНОЇ РАДИ

Аксендиус Калангос, M.D., PhD, Professor, Greece
В. К. Гринь, док. мед. наук, професор (Донецьк – Київ, Україна)
Б. М. Даценко, док. мед. наук, професор (Харків, Україна)
М. Ф. Дрюк, док. мед. наук, професор (Київ, Україна),
S. Filip, M.D., PhD, Professor, Slovakia, EU
І. В. Іоффе, док. мед. наук, професор (Луганськ – Рубіжне, Україна)
П. Г. Кондратенко, док. мед. наук, професор (Донецьк – Краматорськ, Україна)
М. Г. Кононенко, док. мед. наук, професор (Суми, Україна)
В. П. Кришень, док. мед. наук, професор (Дніпро, Україна)
П. Лабаш, M.D., Professor, Slovakia, EU
В. М. Лісовий, док. мед. наук, професор, член-кор. НАМН України
В. І. Лупальцов, док. мед. наук, професор, член-кор. НАМН України
І. А. Лурін, док. мед. наук, професор, академік НАМНУ
Н. В. Пасечнікова, док. мед. наук, професорка членкіня-кор. НАМН України
A. Sivetz, M.D., PhD, Professor, Polska, EU
В. О. Шапринський, док. мед. наук, професор (Вінниця, Україна)
С. І. Шевченко, док. мед. наук, професор (Харків, Україна)
О. Ю. Усенко, док. мед. наук, професор, академік НАМНУ
І. П. Хоменко, док. мед. наук, професор, член-кореспондент НАМНУ

РЕДАКЦІЙНА РАДА

С. А. Андреещев, канд. мед. наук, доцент (Київ, Україна),
Я. С. Березницький, док. мед. наук, професор (Дніпро, Україна)
М. М. Велигоцький, док. мед. наук, професор (Харків, Україна)
В. Б. Давиденко, док. мед. наук, професор (Харків, Україна)
В. Г. Дуденко, док. мед. наук, професор (Харків, Україна)
І. Д. Дужий, док. мед. наук, професор (Суми, Україна)
О. В. Малоштан, док. мед. наук, професор (Харків, Україна)
К. Ю. Пархоменко, док. мед. наук, професор (Харків, Україна)
В. О. Сипливий, док. мед. наук, професор (Харків, Україна)
В. І. Старіков, док. мед. наук, професор (Харків, Україна)
С. В. Сушков, док. мед. наук, професор (Харків, Україна)

**ВИПАДОК ІЗ ПРАКТИКИ****CASE FROM PRACTICE**

Тактика зупинки кровотечі при пошкодженні судин кінцівок внаслідок мінно-вибухової травми на етапах медичної евакуації (випадки із клінічної практики)271

I. A. Криворучко, Н. М. Гончарова, К. О. Погорєлова, Н. Н. Фарзуллаєв, А. В. Сивожелізов, В. П. Колесник, В. П. Куліш

Наш досвід хірургічного лікування вогнепального осколкового сліпого поранення ший276

В. В. Макаров, А. Г. Дроздова, О. В. Волченко, К. А. Ажгібесов, В. В. Лесний

Особливості атеросклеротичного ураження магістральних артерій нижніх кінцівок у пацієнтів із цукровим діабетом 2 типу 280

В. Й. Смержевський, Рашид Манасрах

Результати лікування хворих з келоїдними рубцями голови та ший 286

В. О. Шапринський, О. В. Кобяков, Д. В. Міхурінський, М. А. Верба

Tactics for stopping bleeding in case of damage to limb vessels as a result of mine-explosive injury at the stages of medical evacuation (case cases from clinical practice).271

I. A. Kryvoruchko, N. M. Honcharova, K. O. Pogorelova, N. N. Farzullaev, A. V. Syvozhelizov, V. P. Kolesnyk, V. P. Kulish

Our experience in surgical treatment of gunshot shrapnel blind neck wound276

V. V. Makarov, A. G. Drozdova, O. V. Volchenko, V. V. Liesnyi, K. A. Azhgibesov

Features of atherosclerotic lesions of the lower limb arteries in patients with type 2 diabetes mellitus 280

Valentin Smorzhevskiy, Manasrah Rasheed

Results of treatment of patients with keloid scars of the head and neck 286

V. O. Shaprynskyi, O. V. Kobiakov, D. V. Mikhurinskyi, M. A. Verba



**В. В. Макаров¹,
А. Г. Дроздова²,
О. В. Волченко²,
К. А. Ажгібесов²,
В. В. Лесний¹**

¹ *Комунальне некомерційне підприємство Харківської обласної ради «Обласна клінічна лікарня», м. Харків*

² *Харківський національний медичний університет*

© Колектив авторів

НАШ ДОСВІД ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ВОГНЕПАЛЬНОГО ОСКОЛКОВОГО СЛІПОГО ПОРАНЕННЯ ШИЇ

Реферат. Вступ. Вибухові поранення – це поєднані травми, що виникають у результаті імпульсивного впливу комплексу факторів, що вражають організм. Професійні та злагоджені дії медичних працівників дозволяють зберегти життя постраждалим, як цивільним громадянам, так і військовослужбовцям, зокрема з такими небезпечними ушкодженнями, як поранення шиї. Небезпека травм шиї полягає в їх негайних та віддалених наслідках, які можуть бути значними через щільне розташування важливих анатомічних структур в обмеженому просторі без належного захисту опорно-руховим апаратом. З огляду на анатомічні особливості цієї ділянки тіла, ведення пацієнтів із пораненнями шиї часто потребує мультидисциплінарного підходу, що й наглядно ілюструє наведений клінічний випадок.

Надалі демонструється наш досвід хірургічного лікування вогнепального осколкового сліпого поранення шиї у вигляді клінічного випадку – лікування постраждалого із вогнепальним осколковим сліпим пораненням шиї, що також супроводжувалось пораненням внутрішньої яремної вени, ротоглотки та піднижньощелепної слинної залози. Також підкреслені складнощі, із якими зіштовхнулись співавтори у процесі лікування та шляхи їх подолання.

В заключенні статті зроблено висновки, що успіх лікування вогнепальних поранень шиї залежить від чіткого розуміння топографічної анатомії цієї ділянки. Діагностичні методи візуалізації можуть значно допомогти та полегшити завдання для хірургів. У невідкладних ситуаціях, як у даному клінічному прикладі, важлива передопераційна оцінка траєкторії руху стороннього предмета (куля, уламок тощо) за допомогою МСКТ. Післяопераційні ускладнення таких втручань, зокрема нейропатія, доволі поширені, але зазвичай є оборотними, із часом регресують.

Висновки. На підставі демонстрації нашого досвіду хірургічного лікування вогнепального осколкового сліпого поранення шиї у вигляді представленого у цієї роботі клінічного випадку – лікування постраждалого із вогнепальним осколковим сліпим пораненням шиї, вважаємо, що успіх лікування вогнепальних поранень шиї залежить від чіткого розуміння топографічної анатомії цієї ділянки.

Діагностичні методи візуалізації можуть значно допомогти та полегшити завдання для хірургів. У невідкладних ситуаціях, як у даному клінічному прикладі, важлива передопераційна оцінка траєкторії руху стороннього предмета (куля, уламок тощо) за допомогою МСКТ.

Також вкрай важливо пам'ятати, що хірургічні маніпуляції можуть спричинити ятрогенні пошкодження нервів із серйозними несприятливими наслідками. Тому мультидисциплінарний підхід є важливим для відновлення, за потреби, всіх ушкоджених органів і структур та охоплення всіх можливих інтраопераційних сценаріїв.

Слід підкреслити, що у разі підозри на ушкодження сонних артерій і внутрішньої яремної вени перед видаленням стороннього тіла необхідно встановити контроль над судинами, щоб запобігти масивній кровотечі. На відміну від подібних випадків, що наведені у літературі, ми спочатку виділили в пацієнта



магістральні судини шиї з метою швидкого контролю можливої кровотечі, перш ніж видаляти стороннє тіло. Післяопераційні ускладнення таких втручань, зокрема локальні нейропатії, доволі поширені, але зазвичай є оборотними, із часом регресують.

Ключові слова: *вогнепальне осколкове поранення шиї, хірургічне лікування, поранення ротоглотки.*

Вступ

З 24 лютого 2022 року в нашій державі свої правила диктує війна. Поранення внаслідок вибухів – той тип травм, із якими нам довелося “познайомитися” вже під час війни. Вибухові поранення – це поєднані травми, що виникають у результаті імпульсивного впливу комплексу факторів, що вражають організм. Вони представляють собою особливий вид поранення, і у більшості випадків хірург стикається із постраждалим із політравмою, який потребує як загально хірургічної, так і травматологічної, нейрохірургічної, спеціалізованої судинної допомоги.

Від початку повномасштабного вторгнення російських військ на територію України щодня перед лікарями різних спеціальностей постають нові професійні виклики, зокрема в лікуванні вогнепальних поранень. На жаль, українські спеціалісти сьогодні вимушені накопичувати унікальний досвід менеджменту бойової травми [1, 2]. Професійні та злагоджені дії медичних працівників дозволяють зберегти життя постраждалим, як цивільним громадянам, так і військовослужбовцям, зокрема з такими небезпечними ушкодженнями, як поранення шиї [3].

Небезпека травм шиї полягає в їх негайних та віддалених наслідках, які можуть бути значними через щільне розташування важливих анатомічних структур в обмеженому просторі без належного захисту опорно-руховим апаратом. Проникаючі поранення шиї, зокрема вогнепальні, пов'язані з високою смертністю (до 10 %), тому вкрай важливо вчасно розпізнати серйозне ушкодження та провести адекватне лікування.

Ураження великих судин шиї зазвичай викликає швидко масивну кровотечу та моментальний летальний наслідок на місці події, а ушкодження дихальних шляхів може спричинити негайну або відстрочену асфіксію. Крім того, при пораненнях шиї можливе ураження спинного мозку, нервових корінців та хребців, що супроводжується значним неврологічним дефіцитом. Вчасно не діагностована перфорація стравоходу призводить до гнійно-некротичних захворювань м'яких тканин шиї та медіастиніту, що також зрештою може призвести до смерті [4–8].

З огляду на анатомічні особливості цієї ділянки тіла, ведення пацієнтів із поранення-

ми шиї часто потребує мультидисциплінарного підходу [5, 7], що й наглядно ілюструє наведений клінічний випадок.

Наводимо клінічний приклад.

Хворий А. (чоловік), 51 року, був доставлений бригадою швидкої медичної допомоги у стані медикаментозної седації, внаслідок чого зібрати анамнез та скарги було не можливо. Зі слів співробітників бригади швидкої медичної допомоги чоловік потрапив під ворожий обстріл, перебуваючи за місцем проживання.

Об'єктивно – стан важкий. При огляді мала місце рана, розташована у верхній третині по латеральній поверхні шиї зліва розмірами 30 × 15 мм, із осадненими краями, неправильної форми, із ознаками кровотечі. Каротидна пульсація визначалась з обох боків. Шкірні покриви та видимі слизові чисті, бліді. Температура тіла 36,8. Частота серцевих скорочень – 100 на хвилину. Артеріальний тиск 90/60 мм рт. ст. Аускультативно над легенями вислуховується жорстке дихання. Тони серця приглушені, ритмічні.

Язик вологий. Живіт м'який, не вздутий, на пальпацію не реагує, симптоми подразнення очеревини негативні, аускультативно перистальтичні хвилі звичайної гучності. Печінкова тупість збережена, притуплення по фланкам не визначається. При ректальному дослідженні нависання стінок відсутнє, кал – звичайного кольору.

План дослідження передбачав ургентне виконання загально клінічних та біохімічних методів дослідження крові, аналізу показників згортання крові, а також інструментальних методів досліджень таких, як мультиспіральна комп'ютерна томографія (МСКТ) голови, шиї, органів грудної клітки, черевної порожнини та тазу, електрокардіографія (ЕКГ).

Результати лабораторних досліджень: еритроцити – $3,5 \times 10^{12}$ /л, гемоглобін – 110 г/л, лейкоцити – $18,6 \times 10^9$ /л, гранулоцити – 83,1 %, лімфоцити – 11,7 %, моноцити – 5,2 %. Глюкоза крові – 11,5 ммоль/л, амілаза крові – 117,9 Од/л, сечовина – 3,0 ммоль/л, креатинін – 68,9 мкмоль/л, загальний білок – 63,2 г/л, загальний білірубін – 14,9 мкмоль/л, МНО – 1,8, протромбін по Квіку – 56,6%, фібриноген плазми – 1,8 г/л.

За результатами МСКТ – вогнищевих змін головного мозку виявлено не було, як і проникаючих до грудної клітки чи черевної порожнини поранень. У ділянці ротоглотки параверте-



брально на рівні другого шийного хребця візуалізувалося стороннє тіло металевої щільності розмірами 18Ч34 мм, із наявністю ранового каналу по лівій бічній поверхні шиї. Також мали місце крайовий перелом гілки нижньої щелепи по внутрішній поверхні та емфізема м'яких тканин шиї.

Пацієнт був ургентно поданий до операційної. На операційному столі поранений був розташований у положенні лежачи з підкладкою під плечами, із повернутою вправо головою. Враховуючи унікальність випадку, анестезіологічне забезпечення також мало певні особливості. Виконання інтубації трахеї потребувало застосування спеціальних допоміжних засобів, адже специфіка поранення унеможлилювала широке розкриття ротової порожнини. Крім того, стороннє тіло металевої щільності було розташовано поблизу внутрішньої та зовнішньої сонних артерій, дуже рефлексогенної зони, подразнення якої могло викликати розлади з боку серцево-судинної системи.

В умовах загальної багатокомпонентної анестезії був виконаний поздовжній розріз шкіри над передньою ніжкою грудино-ключично-соскоподібного м'яза. Загальна, внутрішня і зовнішня сонні артерії та внутрішня яремна вена були виділені. Було виявлено пошкодження стінки внутрішньої яремної вени. Виконано ушивання стінки внутрішньої яремної вени до досягнення стійкого гемостазу. Загальна, внутрішня і зовнішня сонні артерії та внутрішня яремна вена були відведені м'якою петлею. Під'язиковий нерв було виділено також.

Після розширення хірургічного доступу у піднижньо-щелепній ділянці зліва та краніально було виявлено та вилучено металеве стороннє тіло (металевий уламок розмірами 30Ч15 мм). Кровотечі при цьому не спостерігалося. При подальшій ревізії було виявлено поранення ротоглотки та піднижньо-щелепної слинної залози. Було виконано ушивання дефекту ротоглотки та додаткова пластика клапотом на ніжці грудино-ключично-соскоподібного м'яза до досягнення герметичності (контроль – відсутність підтікання слини). Було встановлено три дренажі для можливості проточного дренивання рани. Втручання було завершено пошаровим ушиванням рани, накладанням асептичної пов'язки та тампонадою ротової порожнини.

Наступної доби після компенсації вітальних функцій пацієнту була виконана відкрита трахеостомія (тимчасова) з метою адекватного забезпечення функції дихання в умовах набряку верхніх дихальних шляхів.

На третю післяопераційну добу пацієнт був переведений для подальшого лікування із палати інтенсивної терапії до загальної палати хірургічного профілю. На п'яту післяоперацій-

ну добу пацієнту було виконано ультразвукове дослідження м'яких тканин шиї з метою контролю на наявність рідинних скупчень, за результатами якого – даних за рідинні колектори у ділянці шиї не було виявлено, з обох сторін візуалізувалися збільшені у розмірах підщелепні та передньошийні лімфатичні вузли без ознак абсцедування. Впродовж лікування були виконані чотири рази санаційні бронхоскопії. На десяту післяопераційну добу було видалено трахеостомічну канюлю та було виконано рентгенконтрастну «пробу ковтка», за результатами якої акт ковтання був не порушений, стравохід вільно прохідний, розповсюдження контрасту поза межі ротоглотки чи стравоходу виявлено не було.

У післяопераційному періоді у хворого спостерігались клінічні прояви синдрому Горнера (птоз, міоз, гіперемія та дисгідроз шкіри обличчя, а також кластерний головний біль на стороні поранення), осиплість голосу та порушення ковтання рідкої їжі, які згодом регресували. У ході післяопераційного лікування до антибактеріальних, інфузійних, знеболюючих, антикоагулянтних засобів були додані протизапальні, антихолінестеразні препарати та комплекс вітамінів групи В. Пацієнт був виписаний із хірургічного відділення на двадцять шосту післяопераційну добу у задовільному стані.

Висновки

На підставі демонстрації нашого досвіду хірургічного лікування вогнепального осколкового сліпого поранення шиї у вигляді представленої у цієї роботи клінічного випадку – лікування постраждалого із вогнепальним осколковим сліпим пораненням шиї, вважаємо, що успіх лікування вогнепальних поранень шиї залежить від чіткого розуміння топографічної анатомії цієї ділянки.

Діагностичні методи візуалізації можуть значно допомогти та полегшити завдання для хірургів. У невідкладних ситуаціях, як у даному клінічному прикладі, важлива передопераційна оцінка траєкторії руху стороннього предмета (куля, уламок тощо) за допомогою МСКТ.

Також вкрай важливо пам'ятати, що хірургічні маніпуляції можуть спричинити ятрогенні пошкодження нервів із серйозними несприятливими наслідками. Тому мультидисциплінарний підхід є важливим для відновлення, за потреби, всіх ушкоджених органів і структур та охоплення всіх можливих інтраопераційних сценаріїв.

Слід підкреслити, що у разі підозри на ушкодження сонних артерій і внутрішньої яремної вени перед видаленням стороннього тіла необхідно встановити контроль над судинами, щоб запобігти масивній кровотечі. На відміну від



подібних випадків, що наведені у літературі, ми спочатку виділили в пацієнта магістральні судини шиї з метою швидкого контролю можливої кровотечі, перш ніж видаляти стороннє

тіло. Післяопераційні ускладнення таких втручань, зокрема локальні нейропатії, доволі поширені, але зазвичай є оборотними, із часом регресують.

REFERENCES

1. Brocke T, Barr J. The History of Wound Healing. *Surg Clin North Am.* 2020 Aug;100(4):787-806. doi: 10.1016/j.suc.2020.04.004. Epub 2020 Jun 17. PMID: 32681877.
2. Freedman BR, Hwang C, Talbot S, Hibler B, Matoori S, Mooney DJ. Breakthrough treatments for accelerated wound healing. *Sci Adv.* 2023 May 19;9(20):eade7007. doi: 10.1126/sciadv.ade7007. Epub 2023 May 17. PMID: 37196080; PMCID: PMC10191440.
3. Quax MLJ, Eefting D, Jansen JC, Blok JJ. A 'Final Destination injury': Penetrating trauma of the neck and a pneumomediastinum by a metal part shot from a lawnmower. *Trauma Case Rep.* 2020 Dec 11;31:100379. doi: 10.1016/j.tcr.2020.100379. Erratum in: *Trauma Case Rep.* 2023 Feb 17;45:100797. doi: 10.1016/j.tcr.2023.100797. PMID: 33364293; PMCID: PMC7750575.
4. McCrary HC, Nielsen TJ, Goldstein SA. Penetrating Neck Trauma: An Unusual Case Presentation and Review of the Literature. *Ann Otol Rhinol Laryngol.* 2016 Aug;125(8):682-6. doi: 10.1177/0003489416646116. Epub 2016 Apr 26. PMID: 27117904.
5. Takahashi T, Kaneko T, Hane A, Ito A, Kawamoto E, Suzumura M, Ueda K, Shinoda M, Ito A, Imai H. Conservative medical management combined with follow-up multi-detector computed tomography of tracheobronchial injury caused by penetrating injuries: A case report. *Trauma Case Rep.* 2022 Oct 4;42:100710. doi: 10.1016/j.tcr.2022.100710. PMID: 36247879; PMCID: PMC9561913.
6. Ibraheem K, Wong S, Smith A, Guidry C, McGrew P, McGinness C, Duchesne J, Taghavi S, Harris C, Schroll R. Computed tomography angiography in the "no-zone" approach era for penetrating neck trauma: A systematic review. *J Trauma Acute Care Surg.* 2020 Dec;89(6):1233-8. doi: 10.1097/TA.0000000000002919. PMID: 32890346.
7. Welter S, Essaleh W. Management of tracheobronchial injuries. *Journal of Thoracic Disease.* 2020 Oct;12(10):6143-51. DOI: 10.21037/jtd-2019-as-05. PMID: 33209452; PMCID: PMC7656380.
8. Alnemare AK. Age-Specific Differences in Laryngotracheal Trauma Characteristics: A Retrospective Study of Clinical Profiles, Outcomes, and Mortality Risk. *Journal of Clinical Medicine.* 2024 Jun;13(12):3508. DOI: 10.3390/jcm13123508. PMID: 38930037.

OUR EXPERIENCE IN SURGICAL TREATMENT OF GUNSHOT SHRAPNEL BLIND NECK WOUND

**V. V. Makarov, A. G. Drozdova,
O. V. Volchenko, V. V. Liesnyi,
K. A. Azhgibesov**

Abstract. *Introduction.* Blast injuries are combined injuries that occur as a result of the impulsive impact of a complex of factors affecting the body. Professional and coordinated actions of medical workers allow saving the lives of victims, both civilians and military personnel, in particular with such dangerous injuries as neck injuries. The danger of neck injuries lies in their immediate and long-term consequences, which can be significant due to the dense arrangement of important anatomical structures in a limited space without adequate protection by the musculoskeletal system. Given the anatomical features of this area of the body, the management of patients with neck injuries often requires a multidisciplinary approach, which is clearly illustrated by the presented clinical case.

Further, a clinical case is demonstrated — the treatment of a victim with a gunshot shrapnel blind wound of the neck, which was also accompanied by injuries to the internal jugular vein, oropharynx and submandibular salivary gland. The difficulties encountered by the authors in the treatment process and the ways to overcome them are presented.

The success of treating gunshot wounds of the neck depends on a clear understanding of the topographic anatomy of this area. Diagnostic imaging techniques can greatly assist and facilitate the task for surgeons. In emergency situations, as in this clinical case, preoperative assessment of the trajectory of the foreign object (bullet, fragment, etc.) using computed tomography is important. Postoperative complications of such interventions, in particular neuropathy, are quite common, but are usually reversible, regressing over time.

Keywords: *gunshot wound of the neck, surgical treatment, oropharyngeal injury.*