**Теоретическое занятие 6**

**Основные симптомы и синдромы ъирургическиз заболеваний шеи трахеи,пищевода**

**Ранения шеи.**Различают резаные, колотые и огнестрельные ранения шеи(поверхностные, глубокие, сквозные и слепые). При поверхностных ранениях повреждается кожа, сосуды и фасции шеи. При глубоких- крупные кровеносные сосуды, нервы, пищевод, трахея. Резаные раны имеют поперечное направление, влекут за собой повреждение крупных сосудов, трахеи, щитовидной железы. Колотые раны приводят к образованию ложных аневризм, повреждениям пищевода. При ранении гортани и трахеи из раны выделяется пенистая кровь, рана «дышит», кашель, кровохарканье. Развивается травматический отек трахеи, приводящий к удушью, цианоз. Пациент напуган, не может говорить. Возможно появление подкожной эмфиземы лица и шеи и эмфиземы средостения, развитие аспирационной пневмонии. Ранение глотки и пищевода приводит к нарушению глотания(вода и пища выходят в рану), подкожной эмфиземе, развитию эзофагитов, медиастенитов, флегмон и абсцессов шеи. Повреждения сонных артерий сопровождаются массивным кровотечением, часто ведут к смерти. При узких раневых каналах возникают пульсирующие гематомы. При осмотре в месте ранения видна пульсирующая опухоль (травматическая аневризма), артериальное давление падает, пульс нитевидный. Ранения шеи также сопровождаются кровотечением, рана зияет, возможна воздушная эмболия. При всасывании воздуха в рану слышен свистящий звук, пациент резко бледен, напуган. Воздушная эмболия может быстро привести к остановке сердца и дыхания. Повреждения грудного лимфатического протока сопровождается обильным истечением лимфы, что также приводит к смерти.

**Переломы хрящей гортани**Возникает от прямого удар. *Клиника* : сильные боли в области гортани, кашель с примесью крови, расстройство дыхания, развивается травматический отек гортани. *Первая помощь*удаление крови из носоглотки резиновой грушей или электроотсосом, холод на область удара, обезболивание, пациента надо успокоить. При асфиксии – трахеостомия или пункция трахеи. Транспортировка в положении полусидя. *Лечение*хирургическое – сшивание хрящей гортани.

**Перелом подъязычной кости**Возникает при ударе, сдавлении петлей. *Клиника* резкая боль, нарушение дыхания за счет западения языка, невозможность глотания. *Первая помощь*фиксация языка языкодержателем или пальцами на салфетке, введение воздуховода, реанимационные мероприятия, обезболивание. Транспортировка в положении лежа. Лечение оперативное.

**Ушиб гортани**Клиника боль в области шеи, кровохарканье, нарушение дыхания, нарушение речи. При осмотре видны ссадины в области ушиба, кровоподтеки. *Первая помощь*обезболивание, холод на место ушиба, трахеостомия при остановке дыхания. Транспортировка полусидя.

**Инородные тела дыхательных путей**встречаются чаще у детей в связи склонностью брать в рот различные предметы, а также у людей, которые привыкли во время работы держать их во рту (обойщики, портные, сапожники). Предметы проникают в дыхательные пути при резком вдохе, смехе, плаче, алкогольном опьянении, потере сознания. Ассортимент инородных предметов очень велик. В момент аспирации инородного тела возникает резкий кашель, удушье, лицо становится багровым, покрывается липким потом, пациент беспокоен, испуган. Если инородное тело застряло в гортани, отмечается резкая охриплость, иногда афония, шумное затрудненное дыхание и кашель. При попадании инородного тела в трахею характерны приступы кашля с хлопающим звуком. Если инородное тело травмирует слизистую – выделяется мокрота с примесью крови. Инородные тела могут вызвать пролежни, язвы, прободения, образование свищей, открывающихся в средостении или в пищевод. Иногда отмечается втяжение при дыхании подключичных ямок и межреберных промежутков. *Первая помощь:*если закупорка дыхательных путей частичная, то есть пациент в сознании, у него кашель и шумное дыхание, можно воспользоваться приемом Геймлиха: - встаньте позади пациента; - обхватите пациента руками вокруг талии; -сложите пальцы левой (если вы правша) кисти в кулак и крепко прижмите его к эпигастральной области пациента; - захватите ваш кулак другой рукой; -держите локти снаружи, вдавите кулак в эпигастральную область быстрым толчком вверх; -повторяйте толчки до тех пор, пока дыхательные пути не освободятся или пока пациент не потеряет сознание; -если пациент потерял сознание начинайте ИВЛ. Если дыхательные пути непроходимы, показана пункция трахеи или трахеостомия. Ребенка до 4 лет можно поднять за ноги, перевернуть вниз головой и встряхнуть. Требуется срочная госпитализация. Транспортировка в положении полусидя. *Лечение*удаление инородного тела при ларинго- или бронхоскопии.

**Заболевания и повреждения пищевода**

**Перфорация стенки пищевода**Причины- опухоли, ожогах, пептическая язва и т.д. Клиника боль при глотании, подкожная эмфизема, эзофагит, медиастенит, кровотечение. Диагностика обзорная рентгеноскопия и рентгенография, эзофагоскопия. Лечение консервативное( исключение питания через рот, парентеральное питание, антибиотики). При обширных повреждениях пищевода, наличие сообщения со средостением и трахеобронхиальным деревом, плевральной полостью показано хирургическое лечение.

**Инородные тела пищевода**

Инородные тела пищевода чаще встречается у маленьких детей, психических больных, при поспешной еде. Острые инородные тела(иглы, рыбные и мясные кости, гвозди и др.) застревают в начальном отделе пищевода, крупные предметы задерживаются в местах физиологических сужений пищевода ( на уровне бифуркации трахеи, над кардией). Клиника и диагностика симптомы зависят от величины, формы и локализации инородного тела. Пациенты испытывают чувство страха, жалуются на боль и ощущение неловкости при глотании, усиливается при глотании слюны, жидкости. Дисфагия в результате спазма мускулатуры и воспалительным отеком слизистой. Возникает полная непроходимость пищевода и регургитация при приеме жидкости и пищи, отмечается повышенное слюноотделение. При попадании крупного инородного тела в область входа в пищевод возможна мгновенная смерть от асфиксии. При прободении стенки пищевода развивается подкожная эмфизема, симптомы острого гнойного медиастенита – повышается температура тела, озноб, ухудшения общего состояния. Может развиться профузное кровотечение из поврежденных прилежащих кровеносных сосудов, возможность повреждение плевры, легких и развитие пищеводно-дыхательных путей. Необходимо провести экстренное рентгенологическое исследование, которое позволяет выявить металлические инородные тела, производят исследование с контрастным веществом, томографию, эзофагоскопию. Лечение немедленно необходимо доставить пациента в хирургическое отделение, удаление инородных тел проводят под наркозом с помощью эзофагоскопа или оперативным путем.

**Ожоги пищевода**

Возникают при случайном или преднамеренном ( с целью самоубийства) проглатывание кислот( уксусная, соляная, серная и т.д.) или щелочей( каустическая сода, нашатырный спирт и т.д.). Кислоты вызывают коагуляционный некроз тканей с образованием плотного струпа, который препятствует проникновению вещества вглубь тканей, уменьшает попадание его в кровь. Едкие щелочи вызывают колликвационный некроз ( образование водорастворимого альбумината, который переносит щелочь на здоровые участки ткани). При химических ожогах пищевода могут одновременно возникать ожоги ротовой полости, гортани, отек легких, острая дыхательная недостаточность. Ожоги слизистой оболочки локализуются в местах физиологических сужений пищевода( в среднем и кардиальных отделах). *Клиника* Выделяют 4 стадии клинических проявлений: 1 стадия – острый эзофарингит; 2 стадия – хронический эзофарингит; 3 стадия – стадия образования стриктуры (органического сужения пищевода)( 2-3 мес до 2-3 лет); 4 стадия – поздних осложнений (облитерация просвета, перфорация стенки пищевода, развитие рака). По тяжести поражения в острой стадии выделяют 3 степени ожога: 1 степень – возникает в результате приема внутрь небольшого количества едкого в-ва в малой концентрации или горячей пищи. Происходит повреждение поверхностных слоев эпителия на небольшом или меньшем участке пищевода. 2степень – характеризуется поражением слизистой на всю глубину. 3 степень – некроз захватывает слизистую оболочку, подслизистый слой, мышечный слой и распространяется на клетчатку, окружающую пищевод и соседние органы. При ожоге пищевода могут поражаться желудок, двенадцатиперстная кишка и начальный отдел тощей кишки. Перфорация участков некроза может привести к развитию перитонита, а затем и к рубцовым деформациям желудка. *Первая стадия*длится 5-10 суток. После приема кислоты или щелочи пациент испытывает сильные боли в полости рта, глотке, за грудиной, в эпигастральной области, отмечается сильное слюноотделение, многократная рвота, нарушение глотания вследствие спазма пищевода в области ожога и отека слизистой. Пациент напуган, возбужден. Кожные покровы бледные, влажные. Тахикардия, учащение дыхания, акроцианоз, глухость тонов сердца, уменьшение количества мочи до анурии. Через несколько часов присоединяются симптомы ожоговой токсемии( повышение тем-ры, возбуждение, бред, судорожные подергивания мышц). Тахикардия до 120 и более в мин, дыхание частое, АД падает. Пациент испытывает жажду за счет обезвоживания. Происходит нарушение электролитного баланса, развивается метаболический ацидоз. При сопутствующем ожоге гортани и голосовых связок могут быть осиплость голоса, затрудненное дыхание, асфиксия. Происходит токсическое поражение паренхиматозных органов(острая почечная недостаточность, пневмония, кровотечение). *Вторая стадия*-стадия хронического эзофагита или «мнимого благополучия» с 7-30 сутки. После отторжения некротических тканей облегчается проглатывание жидкой пищи, но возможны кровотечения. При перфорации пищевода- симптомы медиастенита, перикардита, эмпиемы плевры, пищеводно-бронхиального свища. Боли за грудиной и в спине усиливаются, тем-ра гектическая, чередование ознобов с проливными потами, одышка, тахикардия. Подкожная эмфизема, пневмония, абсцесс легкого, сепсис. *Третья стадия*–образование стриктуры. При рентгенологическом исследовании пищевода обнаруживают одиночные или множественные участки сужений различной протяженности. Формироваие рубца происходит в течении месяца. *Стадия поздних осложнений*через 2-3 года дисфагия. Истощение, развитие рака. *Неотложная помощь*Провести промывание желудка водой в количестве 10-15 литров через зонд. Наркотические аналгетики(промедол, омнопон). Для уменьшения саливации и снятия спазма(атропин, папаверин, ганглиоблокаторы). Лечение –стационарное. Противошоковая и дезинтоксикационная терапия (реополиглюкин, гемодез, желатиноль, плазма, электролиты и т.д.). сердечные гликозиды, кортикостероиды. Парентеральное питание в первые 3-4 дня. Антибиотикотерапия. Для предупреждения развития рубцового сужения с первых суток дают через каждые 30-40 мин микстуру( анестезин, антибиотик, подсолнечное масло, 5% новокаин) холодная пища. Кортикостероиды препятствуют образованию рубцов. С 9-11 дня бужирование пищевода. Оперативное лечение – пластика пищевода через 2 года после ожога.

**Рак пищевода.**

2-3 место среди злокачественных образований. Болеют мужчины в пожилом и старческом возраста.Причины: хроническое воспаление слизистой пищевода, ахалазия пищевода, дивертикулы пищевода, при длительном застаивании пищи, при пептических язвах пищевода, рубцовых стриктурах после химических ожогах. Различают 3 формы рака: узловой рак(грибовидный, папилломатозный), язвенный, инфильтрирующий. *Клиника –* 1. Местные симптомы, 2. Вторичные, возникают в результате распространения процесса на соседние органы и ткани, 3. Общие. Бессимптомное течение рака может длиться около 2 лет. У большинства больных первым симптомом является дисфагия сначала при проглатывании плотной или плохо пережеванной пищи, а затем жидкой пищи. Частым симптомом рака является боль. Боли за грудиной с иррадиацией в спину, шею, левую половину грудной клетки во время приема пищи. Когда опухоль прорастает окружающие ткани и органы, появляются постоянные боли. Срыгивание пищей и пищеводная рвота при значительном сужении просвета и скоплении пищи над ним. Неприятный запах изо рта связан с разложением пищи или распадом опухоли. Усиление слюнотечение. Слабость, похудание, анемия в результате голодания и интоксикации. *Диагностика*-эзофагоскопия, гистологическое и цитологическое исследование. Рентгенологическое исследование – обзорная рентгеноскопия. .

Заболевания щитовидной железы. Зоб – стойкое увеличение щитовидной железы. Различают диффузные, узловатые и смешанные формы зоба. В зависимости от функционального состояния выделяют зоб с повышенной продукцией гормонов (гипертиреоидный), со сниженной функцией (гипотиреоидный) и с нормальной ф-цией (эутиреоидный). В зависимости от причины заболевания различают 3 формы зоба: эндемическую, встречается в горных областях, вследствие недостаточного количества в воде и в пище йода; эпидемическую- в местах большого скопления людей( казармы, школы и т. д.), при витаминной недостаточности , истощении и др. причинами; спорадическая форма(единичные случаи) – встречается в любой местности и обусловлено нарушением эндокринной и нервной системы. По величине различают 5 степеней зоба: при 1 степени увеличен только перешеек железы, видимый при глотании; при 2 степени определяются боковые доли при глотании и ощупывании; при 3 степени железа изменяет конфигурацию шеи и видна во время осмотра( «толстая шея»); 4 степень- резко изменяет форму шеи; при 5 степени – железа достигает больших размеров, иногда опускается на грудную клетку. Клиника :Женщины заболевают зобом в 10 раз чаще, чем мужчины, наиболее часто в возрасте 20-50 лет. Консистенция зоба м/б мягкой и плотной. Подвижность зоба нарушается при быстром его росте, кровоизлияниях и воспалении железы, а также при озлокачествлении. Большой зоб может сдавливать трахею, шейные нервы, пищевод. Одышка наблюдается при физическтой нагрузке, а затем в покое. Размягчение хрящевых колец, возникающее от давления. Удушье может наступить в результате ущемления зоба в верхней грудной апертуре. Длительное нарушение лёгочной вентиляции при сдавлении трахеи вызывает гипертрофию сердечной мышцы, расширение желудочков ( «зобное сердце»). Зоб сдавливает вены на шее, что приводит к увеличению подкожной венозной сети, одутловатости лица, цианотичной окраске кожных покровов и застойным расстройствам мозгового кровообращения. Сдавление шейных нервов является причиной пареза голосовых связок, осиплости голоса, поперхивания при глотании, одностороннего сужения глазной щели( симптом Хорнера). Расстройства сердечного ритма возникают при сдавлении блуждающего нерва. Икота и высокое стояние диафрагмы появляется при сдавлении диафрагмального нерва. Сдавление возвратного нерва приводит к охриплости, осиплости голоса. Особенно опасно двустороннее сдавление возвратных нервов: развивается сужение голосовой щели и нарушается дыхание. Сдавление пищевода сопровождается расстройством глотания. Для уточнения диагноза применяют рентгеновское исследование в двух проекциях, сканирование железы. Лечение должно быть комплексным. В период полового созревания диффузный зоб 3 степени не требует никакого лечения. При дальнейшем увеличении железы назначают йод по 1-2 капли в растворе Люголя или настойку йода на молоке 1 раз в день. При неэффективности лечения показана хирургическая операция- резекция щитовидной железы.

Тиреотоксикоз (Базедова болезнь) Описана впервые немецким врачом Базедовым , который обнаружил триаду: зоб, пучеглазие(экзофтальм) и тахикардию. Различают первичный диффузный токсикоз, когда увеличение щитовидной железы и гиперфункция проявляются одновременно и вторичный , при котором явления тиреотоксикоза возникают у больных с уже существующим зобом. Клиника: Тиреотоксикоз сопровождается развитием как местных, так и общих симптомов. Отмечается увеличение щитовидной железы, который имеет плотную консистенцию. У больных тиреотоксикозом заметно изменяется психика: становятся раздражительными, суетливыми, тревожными, плаксивыми. Работоспособность снижается, отмечается выпадение памяти, в тяжёлых случаях возникает истерия или психоз. Внешний вид больных: испуганный взор, блеск глаз, выраженная потливость, покраснение кожных покровов при внешних раздражениях. Со стороны ССС отмечается тахикардия(180), мерцательная аритмия, увеличение размеров сердца. Пульсация сосудов видна на глаз. Для тиреотоксикоза характерны глазные симптомы: экзофтальм (увеличение глазных яблок); с-м Штелльвага- редкое мигание(«неподвижный взгляд»); симптом Грефе- отставание верхнего века от верхнего края зрачка при взгляде вниз, с-м Кохера- отставание нижнего века при взгляде вверх; с-м Мебиуса- нарушение конвергенции(при приближении предмета по средней линии к глазам, глаза расходятся); с-м Мелихова-«гневный взгляд», с-м Елленека- потемнение кожи верхнего века; с-м Резенбаха- дрожание век при их смыкании; с-м Зенгера- припухлость и мешкообразное свисание век. К дополнительным с-мам относятся: «рука мадонны»- руки с тонкими и длинными пальцами; с-м Кохера- яркий румянец на щеках, интенсивная окраска губ и языка. Наблюдается повышение основного обмена: нарушается углеводный, белковый , жировой, отмечается потеря массы тела. Выявляются расс-ва ф-ции ЖКТ- поносы, жажда, рвота, боли в животе. Страдает кроветворение, ф-ция почек, наблюдаются кожные с-мы: зуд, отёчность кожи и подкожной клетчатки голени, резкий дермографизм. Лечение: вначале применяют консервативную терапию. Больные получают усиленное питание, постельный режим. Назначают препараты йода: р-р Люголя, таблетки Шерешевского 1 т х 2 раза в день-курс 20 дней. Назначают бромиды: бромид натрия-0,1гх3раза; транквилизаторы: аминазин 0,025гх3 раза в день; валериану , сердечные ср-ва. Более эффективны препараты тиомочевины: 6-метилтиоурацил по 0,25гх3 раза в день; метилурацил по 0,2 гх3 раза в день-курс 14 дней. Лечение осуществляют радиоактивным йодом. Распадаясь на частицы, радиактивный йод вызывает гибель гормонпродуцирующих фолликулов с замещением их соединительной тканью.

**Киста шеи** – полое патологическое образование, которое располагается в области шеи и содержит жидкость или кашицеобразную массу. Относится к числу врожденных патологий, возникающих в результате нарушения нормального эмбрионального развития плода. Может быть боковой или срединной. Боковые кисты выявляются сразу после рождения, срединные могут обнаруживаться по мере роста ребенка или даже становиться случайной находкой в ходе каких-либо медицинских исследований. Возможные осложнения – нагноение, образование свища и злокачественное перерождение. В большинстве случаев кисты шеи подлежат хирургическому удалению. Пункции кисты неэффективны, поскольку в последующем в ее полости снова скапливается содержимое. Консервативного лечения не существует.

Киста шеи

Киста шеи – полое опухолевидное образование, располагающееся по передней или боковой поверхности шеи. Формируется при нарушениях на ранних стадиях эмбрионального развития. В некоторых случаях сочетается с врожденным свищом шеи. Иногда свищ образуется уже в детском или даже взрослом возрасте в результате нагноения кисты. Возможно перерождение кисты шеи в злокачественную опухоль. Лечение только хирургическое.

Боковые кисты шеи обычно выявляются при рождении ребенка, срединные обнаруживаются в возрасте 4-7 или 10-14 лет, иногда протекают бессимптомно. У одного из 9-10 больных боковая киста наблюдается в сочетании с врожденным свищом шеи. Примерно в 50% случаев кисты нагнаиваются, а свищ формируется в результате опорожнения гнойника через кожу.

Виды кист и причины их возникновения

Боковая киста шеи представляет собой полость между жаберными бороздами, которые в норме должны исчезать по мере развития плода. Она формируется при аномалии развития жаберных щелей на четвертой-шестой неделях беременности.

Срединная киста образуется при перемещении зачатка щитовидной железы из места ее формирования на переднюю поверхность шеи по щитовидно-язычному протоку. Это происходит на шестой-седьмой неделях беременности.

Врожденный свищ не является самостоятельной патологией и всегда сочетается с боковой или срединной кистой шеи. Выделяют два вида свищей: полные (с двумя выходными отверстиями: на коже и слизистой полости рта) и неполные (с одним отверстием, которое может располагаться как на коже, так и на слизистой).

Боковые кисты шеи

Боковые кисты шеи встречаются чаще срединных (примерно в 60% случаев). Они располагаются на передне-боковой поверхности шеи, в ее верхней или средней трети, кпереди от кивательной мышцы и локализуются прямо на сосудисто-нервном пучке, рядом с внутренней яремной веной. Бывают как многокамерными, так и однокамерными. Боковые кисты шеи большого размера могут сдавливать сосуды, нервы и расположенные рядом органы.

При отсутствии нагноения или сдавления сосудисто-нервного пучка жалоб нет. В ходе осмотра выявляется округлое или овальное опухолевидное образование, особенно заметное при повороте головы пациента в противоположную сторону. Пальпация безболезненна. Киста имеет эластическую консистенцию, подвижна, не спаяна с кожей, кожные покровы над ней не изменены. Как правило, определяется флюктуация, свидетельствующая о наличии жидкости в полости кисты. При пункции в полости образования обнаруживается мутная жидкость грязновато-белого цвета.

При нагноении киста шеи увеличивается в размере, становится болезненной. Кожа над ней краснеет, выявляется локальный отек. В последующем формируется свищ. При вскрытии на кожу устье свища располагается в области переднего края кивательной мышцы. При вскрытии на слизистую полости рта устье находится в области верхнего полюса небной миндалины. Отверстие может быть как точечным, так и широким. Кожа вокруг устья нередко покрывается корками. Наблюдается мацерация кожных покровов и [гиперпигментация](http://www.krasotaimedicina.ru/diseases/zabolevanija_cosmetology/giperpigment).

Диагноз боковой кисты шеи выставляется на основании анамнеза и клинической картины заболевания. Для подтверждения диагноза выполняют пункцию с последующим цитологическим исследованием полученной жидкости. Могут использоваться такие дополнительные методы исследования, как [УЗИ](http://www.krasotaimedicina.ru/diagnostics/ultrasound/), зондирование и [фистулография](http://www.krasotaimedicina.ru/treatment/X-ray-proctology/fistulography) с рентгенконтрастным веществом.

При неинфицированной кисте шеи проводится дифференциальная диагностика с [лимфогранулематозом](http://www.krasotaimedicina.ru/diseases/hematologic/lymphogranulomatosis) и внеорганными опухолями шеи ([липома](http://www.krasotaimedicina.ru/diseases/zabolevanija_dermatologia/lipoma), [невринома](http://www.krasotaimedicina.ru/diseases/zabolevanija_neurology/neurinoma) и т. д.). Нагноившуюся кисту дифференцируют от [аденофлегмоны](http://www.krasotaimedicina.ru/diseases/zabolevanija_phlebology/adenophlegmon) и [лимфаденита](http://www.krasotaimedicina.ru/diseases/zabolevanija_phlebology/lymphadenitis).

Срединные кисты шеи

Срединные кисты в [травматологии](http://www.krasotaimedicina.ru/treatment/traumatology/) составляют около 40% от всех кист шеи и располагаются на передней поверхности шеи, по средней линии. При осмотре выявляется плотное, безболезненное, четко отграниченное образование эластической консистенции диаметром до 2 см, не спаянное с кожей. Киста незначительно подвижна, спаяна с телом подъязычной кости, смещается при глотании. В ряде случаев опухолевидное образование располагается в корне языка. При этом язык приподнимается, возможны нарушения речи и глотания.

Срединные кисты нагнаиваются чаще боковых – примерно в 60% случаев. При инфицировании образование увеличивается в размере, становится болезненным. Окружающие ткани отекают, кожа краснеет. При вскрытии гнойника образуется свищ с устьем, расположенным на передней поверхности шеи, между щитовидным хрящом и подъязычной костью. Если свищ открывается в ротовую полость, его устье располагается на передней поверхности языка, на границе между его корнем и телом.

Диагноз срединной кисты выставляется на основании анамнеза и клинических данных. В качестве методов инструментальной диагностики используется УЗИ и пункция кисты с последующим цитологическим исследованием. При пункции получают тягучую мутную жидкость желтоватого цвета, содержащую лимфоидные элементы и клетки многослойного плоского эпителия. Для исследования свищевых ходов применяется фистулография и зондирование.

Срединную кисту шеи дифференцируют от струмы языка, дермоидной кисты, лимфаденита, специфических воспалительных процессов и [аденомы](http://www.krasotaimedicina.ru/diseases/zabolevanija_endocrinology/thyroid-adenoma) аномально расположенной щитовидной железы.
Источник: <http://www.krasotaimedicina.ru/diseases/traumatology/neck-cyst>

#  Заболевания пищевода Классификация заболеваний пищевода

А. Пороки развития;

1) сужение пищевода,

2) врожденная атрезия,

3) полное отсутствие пищевода,

4) врожденный пищеводно-трахеальный свищ.

Б. Повреждения пищевода:

1) травматические:

а) наружные,

б) внутренние,

2) ожоги и их последствия (стриктуры).

В. Заболевания пищевода:

1) дивертикулы:

а) пульсионные,

б) тракционные;

2) воспалительные процессы:

а) неспецифические - эзофагит, пептическая язва,

б) неспецифические - туберкулез, сифилис.

Г. Опухоли пищевода:

1) доброкачественные (лейомиемы, фибромы, липомы, рабдомиомы, невриномы, ангиомы, миксомы);

2) злокачественные (рак, саркома).

Д. Кардиоспазм:

1) ахалазия,

2) эзофагоспазм.

## Клиника

Заболевания пищевода не являются частыми и тем не менее при знакомстве с данной патологией врач всегда испытывает определенные трудности, что связано с анатомо-физиологическими особенностями данного органа, а отсюда с трудностями диагнос­тики и определением тактики лечения. Среди прочих заболеваний пищевода следует обратить внимание, что в 10,8% встречаются кардио- и эзофагоспазмы, дивертикулы, рубцовые стриктуры на почве ожогов и только 0,4% воспалительные заболевания. В уходе за данной категорией больных врачу приходится решать и деонтологические вопросы, т. к. в большинстве случаев нарушение акта глотания резко влияет на психику больных, а сделанные паллиа­тивные операции, как один из этапов радикального лечения увели­чивает сроки нетрудоспособности.

На основании тщательно собранных жалоб можно проследить симптоматику и клинику заболевания. Следует обратить внима­ние на общее состояние больного, страдающего нарушением акта глотания. Всестороннее клиническое осмысливание у постели боль­ного в тактичной деонтологически продуманной форме должно подкрепляться данными объективного обследования (фиброэзофагоскопия, рентгенограммами). После обоснования диагноза необходимо разработать и пра­вильную дальнейшую тактику - консервативное лечение при ожо­ге пищевода в раннюю стадию, оперативную тактику при диверти­куле значительных размеров, применение современных технических средств при лечении кардиоспазма.

## Дивертикул пищевода

Различают пульсионные (от давления изнутри) и тракционные (от рубцового сморщивания спаянных с пищеводом воспалитель­но-измененных лимфатических узлов) дивертикулы. Пульсионный дивертикул встречается чаще всего на задней стенке, на границе пищевода с глоткой, так называемый ценкеровский пограничный дивертикул. Он представляет собой выпячивание слизистой пищевода. Ценкеровский дивертикул может достигать значительных размеров и сдавливать пищевод.

Симптомы: прогрессивная дисфагия, гнилостный запах от раз­лагающейся в дивертикуле пищи, срыгивание газа и пищи, появ­ление припухлости на шее после первых глотков пищи и невоз­можность дальнейшего принятия пищи до опорожнения диверти­кула самостоятельно или с помощью изменения положения.

Лечение дивертикулов оперативное с иссечением мешка и наложением швов на стенку пищевода. Маленькие пульси­онные дивертикулы операции не подлежат. Иногда приходится опе­рировать тракционные дивертикулы (иссечение, инвагинация ди­вертикула).

# Повреждения и ранения пищевода

Термические ожоги встречаются редко. Чаще встре­чаются ожоги, связанные с ошибочным приемом (либо суицидаль­ная попытка) кислот и щелочей. В тактике лечения играет роль знание последовательности некротических изменений в стенке ор­гана в определенные сроки. В клинической картине следует обра­тить внимание на первый грозный период эректильного шока, пе­реходящий в коллаптоидное состояние, особенности течения после­дующих 2-3 недель и трудности при полной непроходимости пи­щевода, когда быстро наступает истощение и обезвоживание. Ди­агностика не представляет особых трудностей. Следует предусмот­реть 3 периода в лечении: период борьбы с повреждающим аген­том и шоком, лечение рубцового сужения, период восстановитель­ных операций при сформированном стенозе. Необходимо помнить о возможности одновременного ожога пищевода н желудка с разви­тием стеноза, что осложняет лечение.

Ранения пищевода

Приобретает особое значение в условиях развития эндоскопи­ческих методов обследования, также бывают ранения при повреж­дениях грудной клетки извне. Особенностями симптоматики явля­ется появление эмфиземы средостения, что может быть подтверж­дено рентгенологически. Лечение: в ранних случаях возможна срочная операция - закрытие раны пищевода, при повреждении верхней трети доступ на шее, в нижнем отделе - обнажение пи­щевода из лапаротомного разреза, при повреждении грудного от­дела - чрезплевральная торакомедиастинотомия.

## Кардиоспазм

Синонимы: идеопатическое расширение пищевода, ахалазия - это обозначение своеобразного спазма дистального отдела пище­вода, ка месте его перехода через диафрагмальное отверстие в кардиальном отделе желудка, что возникает в результате наруше­ния координации в нервно-мышечном аппарате нижнего сфинктера пищевода, утрачивающего способность к релаксации. Чаще данная патология встречается у лиц в возрасте 10- 40 лет. Основными симптомами является дисфагия, боль, регургитация. Диагностика должна базироваться на характерных анам­нестические данных, при перкуссии обращается внимание на пара-вертебральное притупление, характерная картина при рентгенологическом обследовании (значительное расширение пищевода, имею­щего форму мешка). По характеру сужения нижнего сегмента пищевода и расширения проксимального отдела различают 2 типа кардиоспазма: а) первый тип встречается в 70%, когда пищевод резко расширен и удлинен, с гипертрофией стенок всего пищевода, кроме нижнего сегмента; б) второй тип характерен умеренным рас­ширением и гипертрофией нижнего отрезка пищевода, который имеет веретенообразную форму.

Лечение: в ранних стадиях следует предусмотреть консерва­тивное лечение, антиспастические средства, ганглиоблокаторы, бло­кады. При всех типах заболевания может быть применен метод кардиодилятации, хотя он имеет отрицательные стороны. При безу­спешности консервативного лечения больных применяются опера­ции Микулича, Келлера, Петровского.

# 36. Заболевания трахеи. Классификация. Методы исследования.

**Атрезия трахеи**заключается в частичном или полном отсутствии трахеи.**Врожденный стеноз**трахеи может быть первичным вследствие сужения просвета трахеи или вторичным при ее сдавлении извне увеличенной вилочковой железой, врожденными кистами средостения, аномальными сосудами и т. д.*При первичных стенозах*полностью или частично отсутствует перепончатая часть, трахея плотная, с деформированными хрящевыми кольцами (ограниченный циркулярный, воронкообразный и распространенный). Отмечают цианоз, осиплость голоса, кашель. Нередко присоединяются вторичные бронхолегочные процессы.**Диагноз**томограмма и трахеоскопии.**Лечение**при первичном локальном стенозе в случае врожденной внутритрахеальной перепонки возможно ее удаление через бронхоскоп, при циркулярном сужении бужирование. Радикальным методом лечения является резекция суженного участка трахеи При вторичных стенозах лечение - удаление кисты или опухоли средостения; при компрессии двойной дугой аорты - в перевязке и рассечении одной из дуг.**Прогноз:**неблагоприятный при распространенном стенозе, достигшем значительной степени.**Врожденные трахеальные свищи**представляют собой разновидность жаберных или бронхиогенных свищей шеи. Могут быть полными (открываться на кожу и в трахею) или неполными (открываться только на кожу - наружные свищи, или в трахею - внутренние свищи).**Диагноз:**основывается на данных фистулографии Внутренние неполные свищи, как правило, специального лечения не требуют В остальных случаях показаны иссечение свищевого хода или его коагуляция.

**ТРАВМАТИЧЕСКИЕ ПОВРЕЖДЕНИЯ ТРАХЕИ**

При небольших надрывах трахеи состояние больных остается удовлетворительным. Кашель, "эмфизема на шее" появляются не сразу Затем развиваются явления медиастинита. При полных или больших поперечных разрывах состояние больных тяжелое: одышка, цианоз, кашель, кровохарканье, медиастинальная эмфизема. При разрывах вблизи бифуракции трахеи или одновременном разрыве бронха, пищевода возможно наличие пневмоторакса Рентген дает возможность выявить наличие газа в средостении, нередко в виде полоски вдоль трахеи.**Диагноз**ставят на основании трахеобронхоскопии, при которой обнаруживают разрыв стенки трахеи**Лечение:**хирургическое - ушивание разрыва трахеи. Доступ определяется локализацией разрыва, после его ушивания следует дренировать средостение через разрез над яремной вырезкой Во время операции необходима тщательная ревизия соседних органов, которые также могут быть повреждены в результате травмы.

**ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ТРАХЕИ**

Специфические (туберкулез, актиномикоз, сифилис) и неспецифические (подслизистый абсцесс трахеи, хондриты, трахеальные дивертикулы и хронический трахеит при трахеомегалии). **Клиника**зависит от фазы воспаления, характеризуется кашлем, одышкой, присоединением воспалительного процесса в легких. Основным методом диагностики является трахеоскопия. Лечение: при подслизистых абсцессах наряду с антибактериальной терапией показано вскрытие абсцесса через бронхоскоп, при приобретенном дивертикуле иногда возможна его резекция.

**СТЕНОЗЫ ТРАХЕИ**

Приобретенные неопухолевые стенозы трахеи могут быть первичными - обусловленными наличием патологического процесса собственно в трахее (туберкулез, рубцовая деформация после хондрита и др.), и вторичными (компрессионные) - обусловленными ее сдавлением извне. Различают компенсированный, суб- и декомпенсированный. При компенсированном стенозе затруднения дыхания выражены нерезко; при субкомпенсации больные беспокойны При осмотре видно втяжение податливых мест шеи, межреберий, трепетание крыльев носа. При декомпенсированном стенозе наступают резко выраженные расстройства дыхания вплоть до асфиксии.**Первичные стенозы.**рубцовые стенозы трахеи после трахеостомии.**Диагноз:**основывается на данных анамнеза и появлении приступов затруднения дыхания. Позже появляется стридорозное дыхание. Уточнить особенности поражения помогает томография, произведенная обязательно в прямой и боковой проекциях, а также ларингоскопия, а при наличии трахеостомы - нижняя трахеоскопия.**Лечение:**проводят через суженный участок и оставляют (сроком до 1 года) трахеостомическую трубку или расширяют стенозированный участок трахеальными бужами. При неуспехе этих мероприятий показана операция. При сужении в шейной части выполнение реконструктивной операции с использованием кожного лоскута, свободных хрящевых и костных трансплантатов. При сужении в грудном отделе трахеи единственным радикальным методом лечения является циркулярная резекция суженного участка трахеи с последующим восстановлением ее анастомозом конец в конец.**Вторичные (компрессионные) стенозы.**Могут быть обусловлены пороками развития, а также патологическими процессами, развивающимися в прилежащих органах и тканях (зоб, лимфаденит, ретротрахеальный абсцесс, опухоли шеи и средостения). Наряду с постепенным нарушением проходимости трахеи при нем может возникнуть острая асфиксия, обусловленная быстрым увеличением размеров зоба при кровоизлиянии или воспалении (струмите).**ЭКСПИРАТОРНЫЙ**стеноз трахеи. Возникает вследствие ослабления широкой перепончатой части трахеи Во время выдоха она пролабирует в просвет трахеи, резко его суживая. Нарушается дыхание. Значительную роль в развитии заболевания играют хронический бронхит, эмфизема легких.**Жалобы**одышку, приступы удушья, кашель, чувство инородного тела в трахее.**Диагноз:**установлению диагноза помогает трахеобронхоскопия, при которой во время вдоха можно отметить выпячивание перепончатой части трахеи в дорсальном направлении.**Лечение:**радикальное хирургическое. Операция заключается в укреплении перепончатой части трахеи костным трансплантатом.

**ТРАХЕОПИЩЕВОДНЫЕ СВИЩИ**

ВРОЖДЕННЫЕ являются результатом неполного закрытия щелевидного хода из первичной кишки в дыхательную трубку, образуются в процессе эмбриогенеза из общей закладки. Чаще свищи локализуются на 1 - 2 см выше бифуркации трахеи и сочетаются с атрезией или стенозом пищевода.**Клиника:**приступы кашля при кормлении, развитие асфиксии, аспирационная пневмония.**Диагноз**уточняют методом контрастной эзофагографии через катетер, введенный в пищевод. При этом наблюдают поступление контраста из пищевода в трахеобронхиальное дерево.**Лечение**ранняя неотложная реконструктивная операция, которую лучше выполнять в первые же сутки после рождения. ПРИОБРЕТЕННЫЕ возникают у больных раком пищевода или трахеи при распаде опухоли. Реже их причиной бывают травматические повреждения и ранения трахеи и пищевода, перфорация стенки пищевода и трахеи при бужировании пищевода, распад пораженных туберкулезом лимфатических узлов. Симптомы зависят от размеров, направления хода свища, наличия или отсутствия в нем клапанного механизма. Приступы кашля во время приема пищи. Кашель может сопровождаться удушьем и цианозом, выделением мокроты с кусочками пищи. Боли в груди, осиплость голоса, кровохарканье и рвоту с кровью; часто развивается пневмония, которая принимает хроническое течение.**Диагноз:**Рентген исследование с введением рентгеноконтрастных веществ в пищевод. Эндоскопическое исследование пищевода и трахеи, помогающее обнаруживать отверстие в стенке пищевода или трахеи.**Лечение:**хирургическое - рассечение свищевого хода с последующим ушиванием дефектов в стенке трахеи и пищеводе. При распаде опухоли, операцию ограничивают гастростомией, которую применяют также как временное мероприятие при необходимости на некоторый срок исключить питание через рот.

Рентгенологическое исследование проводят в двух плоскостях (проекциях) — прямой и боковой.

Томография. Оно дает возможность уточнить характер патологии в легких (изме­нение просвета трахеи и бронхов), контуров затемнений, выявить наличие полостей в участках затемнения легкого и определить глубину расположе­ния патологической тени.

Компьютерная томография (КТ). На поперечных срезах можно четко различить обусловленные па­тологическим процессом изменения в легочной ткани, трахее, бронхах, лимфатических узлах средостения, более точно определить распространен­ность патологического процесса, его взаимоотношения с другими органами, наличие выпота в плевральной полости и изменения плевры при опухолях.

Магнитно-резонансная томография позволяет дифференцировать опухоли от кист и сосудистых новообразований, так как изменения в сосу­дах хорошо различимы на полученных изображениях без введения контра­стного вещества.

Магнитно-резонансная томография эффективна в диагностике заболеваний сердца и сосудов. Она позволяет также выявить инвазию опу­холи в окружающие структуры, средостение, грудную клетку.

Бронхография — рентгенографическое исследование бронхиального дере­ва после заполнения бронхов контрастным веществом. Это исследование позволяет выявить изменения в бронхах: бронхоэктазы, остаточные полости после абсцесса легкого, бронхоплевральные свищи, рубцовые стенозы бронхов. В настоящее время бронхографию применяют редко, так как брон­хоскопия и компьютерная томография дают возможность получить более точную диагностическую информацию.

Ангиография. При катетеризации сосуда вводят 15—20 мл контрастного вещества и выполняют с заданной скоростью серию рентгеновских снимков. Исследование производят для уточнения опера­бельное при раке легкого, для диагностики тромбоэмболии легочной ар­терии, артериовенозных аневризм и др.

Бронхиальную артериографию применяют для уточнения локализации ис­точника кровотечения и последующей эмболизации артерии при легочном кровотечении.

Радиоизотопное (радионуклидное) исследование в зависимости от приме­няемого радиоактивного фармпрепарата позволяет выявить патологические очаги в легком, которые длительно задерживают или, наоборот, не накап­ливают изотоп (например, нарушение перфузии легочной ткани в зоне эм­болии ветвей легочной артерии, ателектаза, опухоли легкого, метастаза рака щитовидной железы). При вдыхании 133Хе можно определить участие долей легкого в акте дыхания, что позволяет изучить вентиляцию и перфузию легких.

УЗИ дает возможность установить наличие суб­плевральных образований, выпота в плевральной полости. С ее помощью можно выполнить биопсию. При операциях в плевральной полости через купол диафрагмы можно выявить образования в печени (эхинококковые кисты, метастазы, опухоли при раке), не диагностированные при дооперационном исследовании. УЗИ дает возможность выявить небольшое (до 100 мл) скопление жидкости в плевральной полости, произвести под его контролем пункцию, получить материал для исследования, удалить жид­кость, ввести лечебный препарат.

Бронхоскопия. Это основной метод исследования при заболеваниях трахеи и бронхов. При бронхоскопии необходимо аспирировать мокроту для бакте­риологического и цитологического исследования. С помощью специальных щипцов можно взять кусочек опухоли или ткани для гистологического ис­следования, произвести соскоб эпителия со слизистой оболочки бронха, взять влажным тампоном мазок для цитологического и гистологического исследований.

Лазерная флюоресцентная бронхоскопия основана на избирательной спо­собности тканей злокачественных опухолей накапливать введенный фото­сенсибилизатор. При облучении опухоли лучом лазера определенной длины волны ткань злокачественной опухоли дает более интенсивную флюорес­ценцию по сравнению с тканью доброкачественной опухоли и со здоровы­ми тканями. Компьютерная обработка кривых интенсивности флюоресцен­ции под воздействием лазерного облучения помогает дифференцировать злокачественные новообразования в бронхах от доброкачественных.

Торакоскопия — эндоскопическое исследование плевральной полости с помощью специального инструмента — торакоскопа. Метод дает возмож­ность осмотреть париетальную и висцеральную плевру, выявить патологи­ческие изменения в плевре и легких, произвести биопсию. В настоящее вре­мя имеется аппаратура для видеоторакоскопии и специальный набор инст­рументария для проведения оперативных вмешательств в плевральной по­лости через троакары. Изображение видимых патологических изменений и этапы оперативного вмешательства на легких и плевре передаются на мони­тор. Это позволяет проводить диагностические процедуры и оперативные вмешательства без разрезов и широкого вскрытия плевральных полостей.

Видеоторакоскопия позволяет выполнить биопсию плевры, легкого, лим­фатических узлов средостения и корня легкого. Она применяется для иссе­чения опухолей плевры, краевой резекции легких, лобэктомии, проведения симпатэктомии при гипергидрозе и болевых синдромах верхней конечно­сти. При помощи этого метода можно произвести плевродез для предотвра­щения накопления жидкости в плевральной полости при злокачественных опухолях, произвести ревизию и санацию плевральной полости при эмпие­ме плевры, при гемотораксе. Видеоторакоскопия сочетает в себе возможно­сти диагностических и оперативных вмешательств.

Медиастиноскопия — метод эндоскопического исследования переднего средостения и передней поверхности трахеи (до бифуркации) с помощью специального инструмента — медиастиноскопа. Применяется для пункции или удаления лимфатических узлов при лимфогранулематозе, опухолях пе­реднего средостения, метастазах опухолей, для гистологического исследо­вания.

Цитологическое, гистологическое и микробиологическое исследованиямокроты, бронхиального секрета, плеврального экссудата, а также биопсий-ного материала, получаемого при бронхоскопии (кусочки ткани, соскоб, смыв со слизистой оболочки, материал, полученный при чрескожной тон­коигольной биопсии, медиастиноскопии, торакоскопии), являются обяза­тельным компонентом диагностики заболеваний легких и плевры.

# 37. Пороки развития трахеи. Диагностика и лечение. Пороки развития

**Атрезия трахеи**— частичное или полное отсутствие ее просвета. Ребенок с этим пороком развития погибает сразу после рождения.

**Врожденный стеноз трахеи**может быть первичным или вторичным при сдавлении ее аномальными сосудами и другими объемными образованиями. При первичных стенозах хрящевые кольца трахеи, как правило, резко де­формированы. Различают 3 вида стеноза: распространенный (генерализо­ванная гипоплазия); сегментарный (циркулярный) различной длины, рас­полагающийся на любом уровне трахеи; воронкообразный, постепенно су­живающийся до максимума вблизи карины.

**Трахеомаляция**обычно является вторичным проявлением компрессии трахеи сосудистым кольцом (при пороках развития аорты и ее ветвей) или сдавления опухолями. Этот порок часто сочетается с атрезией пищевода.

*Клиническая картина.*Для данного порока развития характерны затруд­нение дыхания, резко нарастающее при заболеваниях, сопровождающихся отеком слизистой оболочки трахеи. При этом наблюдаются осиплость голо­са, кашель, цианоз. Диагноз ставят на основании данных бронхоскопии, компьютерной томографии, рентгенотомографии в прямой и боковой про­екциях. Наиболее ценные данные могут быть получены при магнитно-резо­нансной томографии. В некоторых случаях возникает необходимость в ан­гиографии аорты и ее ветвей.

*Лечение.*При первичном сегментарном стенозе, обусловленном врожден­ной внутритрахеальной перепонкой, ее удаляют через бронхоскоп. При цир­кулярном сужении проводят бужирование. Радикальным методом лечения яв­ляется резекция суженного участка трахеи. Операция выполнима лишь у не­большого числа больных с коротким сегментарным стенозом. При распро­страненном стенозе, охватывающем более половины длины трахеи, рекомен­дуется рассечь суженный участок на всем протяжении, а в образовавшийся дефект вшить хрящ из IV ребра. При вторичных стенозах, обусловленных сдавлением трахеи, лечение заключается в удалении сдавливающего субстрата (киста или опухоль средостения) либо рассечении одной из дуг аорты.

**Врожденные трахеальные свищи**представляют собой разновидность жа­берных или бранхиогенных свищей шеи. Они могут быть полными (откры­ваться на коже и в трахею) или неполными (открываться только на коже — наружные свищи, в трахею — внутренние свищи). Чаще наблюдаются не­полные наружные свищи.

Диагноз основывается на данных фистулографии, позволяющей уточ­нить расположение свища, его связь с просветом трахеи.

Внутренние неполные свищи, как правило, специального лечения не требуют. В остальных случаях показаны иссечение свищевого хода или его коагуляция.

## 38. Травматические повреждения трахеи. Диагностика, лечение. Травматические повреждения

*Клиническая картина и диагностика.*При небольших надрывах трахеи со­стояние больных остается удовлетворительным. Кашель появляется спустя некоторое время после получения травмы. Затем развиваются явления медиастинита. Иногда первые симптомы появляются довольно поздно вслед­ствие образования рубца и стеноза трахеи.

При полных или больших поперечных разрывах состояние больных тя­желое: одышка, кашель, кровохарканье, медиастинальная эмфизема. При разрывах вблизи бифуркации трахеи или пищевода нередко возникает пнев­моторакс. Рентгенологическое исследование может выявить газ в средосте­нии нередко в виде полоски вдоль трахеи.

Диагноз ставят на основании бронхоскопии, при которой обнаруживают разрыв стенки трахеи.

*Лечение.*Производят ушивание разрыва трахеи. Во время операции необ­ходима тщательная ревизия соседних органов, которые также могут быть повреждены при травме. Некоторые хирурги для снижения внутритрахеаль-ного давления накладывают трахеостому. После ушивания дренируют сре­достение через разрез над яремной вырезкой.