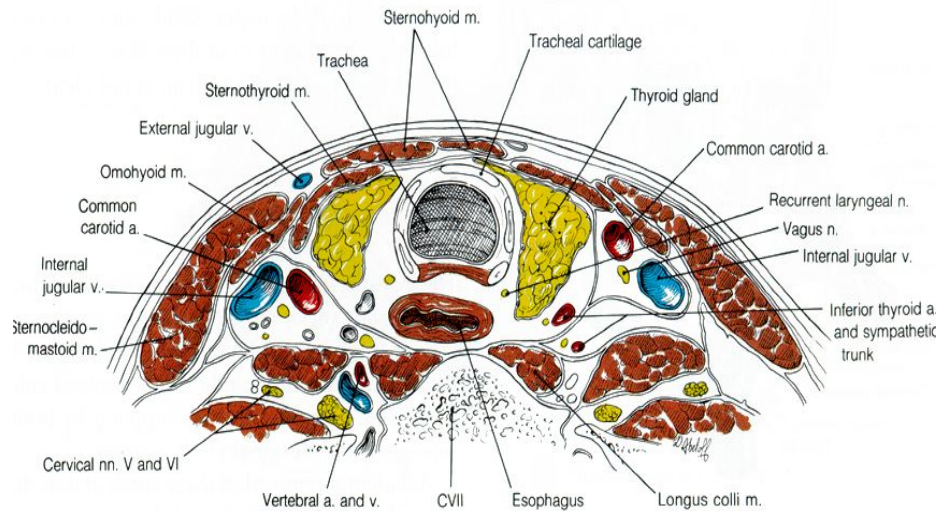
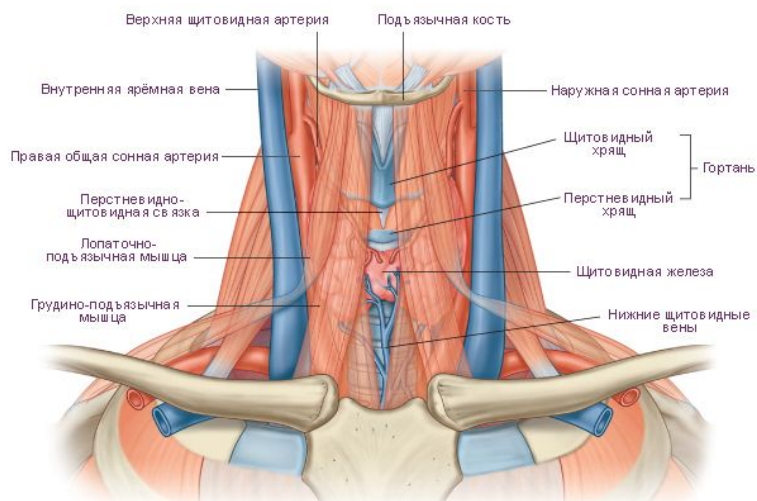
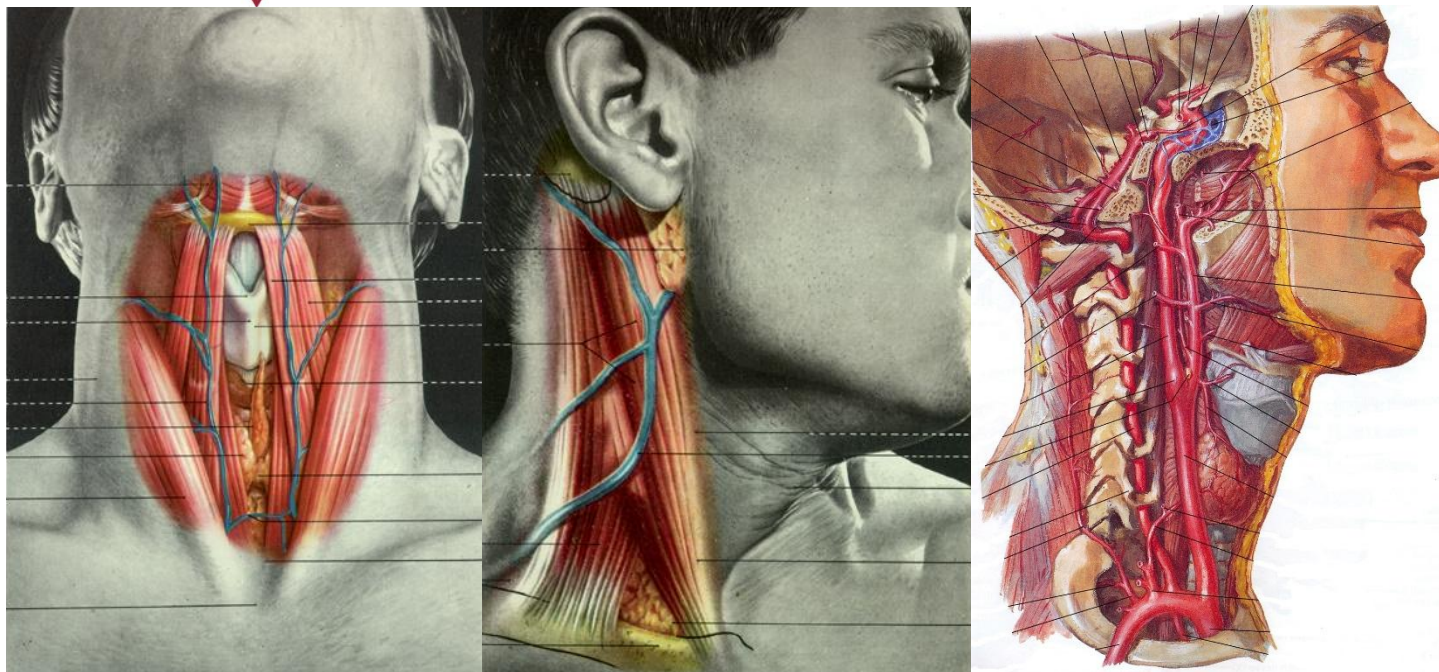


Кафедра хирургических болезней №1

ХИРУРГИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ШЕИ И ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Доцент кафедры, к.м.н. Ивлев Виталий Викторович

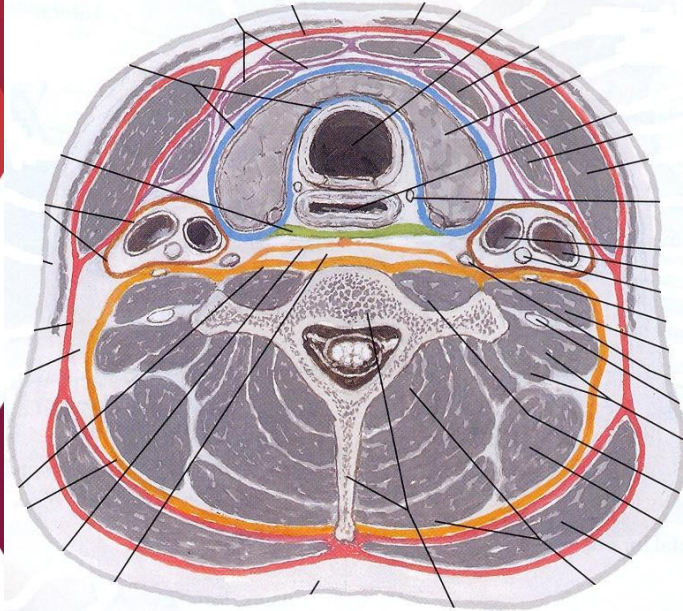
ХИРУРГИЧЕСКАЯ АНАТОМИЯ ШЕИ



ОСОБЕННОСТИ ХИРУРГИЧЕСКОЙ АНАТОМИИ ШЕИ

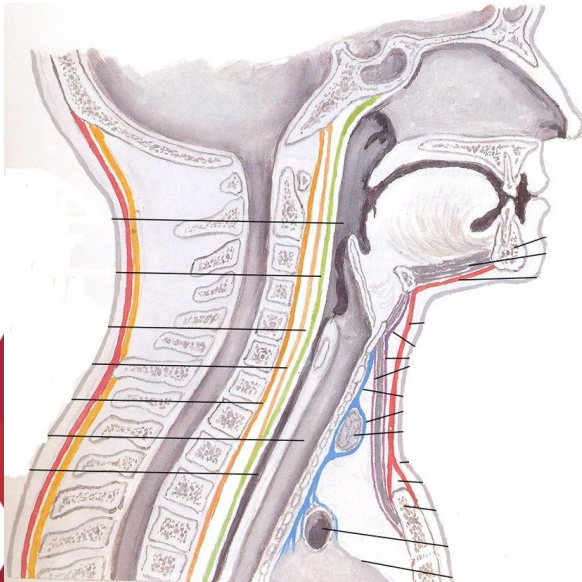
1. Сложность анатомического строения
 - **много важных анатомических образований, расположенных близко к поверхности, прикрытых мягкими тканями**
2. Фасции шеи – соединительно-тканые фиброзные оболочки, охватывающие мышцы, органы, сосудисто-нервные образования, формируя для них влагалища
 - **многообразие**
 - **хорошее развитие**
 - **сложность эмбриогенеза**
3. Выход кожных нервов шеи (шейное сплетение) в одной точке (задний край m.sternocleidomastoideus)
4. Тесная связь адвентиции стенки вен с фасцией (**возможность воздушной эмболии при повреждении вен**)
5. Многочисленные рефлексогенные зоны (**нервные сплетения органов, сосудисто-нервные пучки, n.vagus, truncus sympathicus, синокаротидная зона**)
6. Смещаемость органов шеи и меняющиеся топографические взаимоотношения при движениях головы (**активные и пассивные смещения**)

ФАСЦИИ ШЕИ

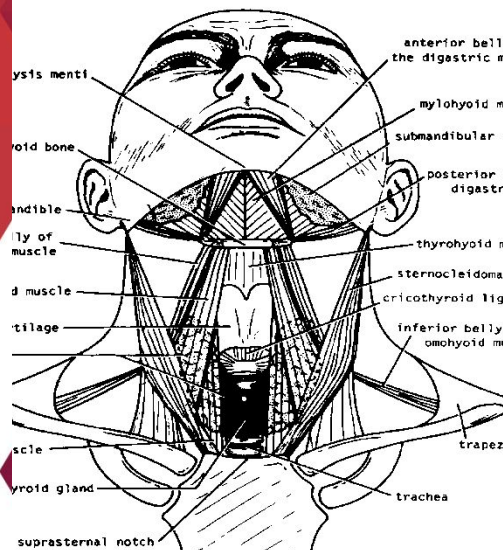


По Пирогову: - 1 фасция
- fascia cervicalis (colli),
состоящая из 4 пластинок
(laminae
superficialis, pretrachealis, pre-vertebralis, vagina carotica)

- По Шевкуненко В.Н. - 5 фасций:
1. Первая фасция шеи (fascia colli superficialis)
 2. Вторая фасция шеи (lamina superficialis fasciae colli propriae)
 3. Третья фасция шеи (lamina profunda fasciae colli propriae)
 4. Четвертая фасция шеи (fascia endocervicalis)
 - париетальный листок (lamina parietalis)
 - висцеральный листок (lamina visceralis)
 5. Пятая фасция шеи (fascia prevertebralis)



КЛЕТЧАТОЧНЫЕ ПРОСТРАНСТВА ШЕИ

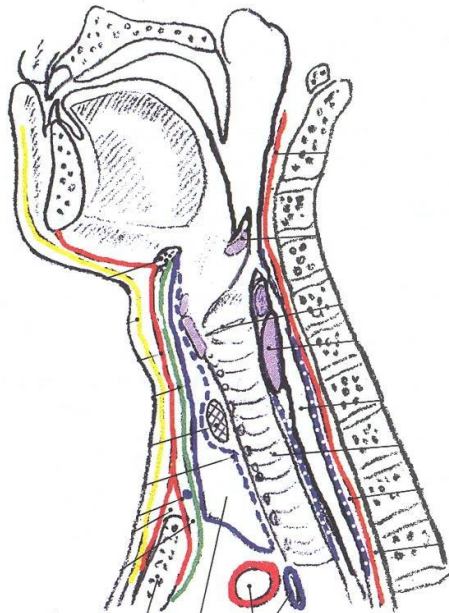


Замкнутые клетчаточные пространства

1. Надгрудинное межжапоневротическое (spatium interaponeuroticum suprasternale)
2. Поднижнечелюстное (spatium submandibulare)
3. Клетчаточное пространство футляра m. sternocleidomastoideus

Незамкнутые клетчаточные пространства

4. Превисцеральное (spatium previscerale)
5. Позадивисцеральное (spatium retroviscerale)
6. Предпозвоночное (spatium prevertebrale)
7. Клетчаточное пространство магистрального сосудисто-нервного пучка шеи (spatium vasonervorum)
8. Клетчаточное пространство боковой области шеи (spatium colli laterale)



ИССЛЕДОВАНИЕ ШЕИ. ОСМОТР

- Обращают внимание на размеры и конфигурацию шеи, положение её оси и симметричность надплечий.
- Обращают внимание на наличие припухлостей, отмечают их подвижность, консистенцию и связь с окружающими тканями.
- Обращают внимание на наличие дефектов кожи, свищевых отверстий и отделяемого из них.
- Отмечают пульсацию и набухание сосудов шеи, увеличение лимфоузлов.

ХАРАКТЕР ОТДЕЛЯЕМОГО ИЗ СВИЩЕВОГО ОТВЕРСТИЯ

- Густое сливкообразное, с неприятным запахом отделяемое характерно для гнойной инфекции.
- Жидкое, водянистое, без запаха – для туберкулёзного процесса.
- Зернистый гной, с вкраплением желтоватых или белесоватых зёрен – при актиномикозе.
- Сукровичное, слизистое отделяемое – при врождённых кистах.

ИССЛЕДОВАНИЕ ШЕИ. ПАЛЬПАЦИЯ И АУСКУЛЬТАЦИЯ

- Определение границ, консистенции и подвижности щитовидной железы.
- Определение границ, консистенции и подвижности опухолевых образований.
- Пальпируются и аускультуются сосуды шеи.

ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ МЕТОДЫ

- Лабораторное исследование крови на гормоны щитовидной железы, кальций, тиреотропный гормон, паратгормон, и т.д.
- Определение основного обмена при помощи непрямой калориметрии.
- УЗИ щитовидной железы, сонография сосудов шеи.
- Рентгенография шеи, компьютерная томография, МРТ.
- Сцинтиграфия (^{131}I).
- Термография.
- Биопсия щитовидной железы, лимфоузлов, опухолевых образований.

Острые воспалительные заболеваний шеи

- Фурункулы и карбункулы шеи.
- Гнойный лимфаденит шеи.
- Абсцессы и флегмоны шеи.
- Актиномикоз шеи.
- Туберкулёз шейных лимфоузлов.

КАРБУНКУЛ ШЕИ



КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА КАРБУНКУЛА ШЕИ

- Образование болезненного инфильтрата в области шеи (чаще – по задней поверхности, в области границы роста волос).
- Локальная гиперемия.
- Возникновение симптомов интоксикации (повышение температуры тела, головная боль, тахикардия, потливость).
- Характерна реакция со стороны регионарных лимфоузлов с развитием реактивного лимфаденита и лимфангита, увеличением и болезненностью лимфоузлов.

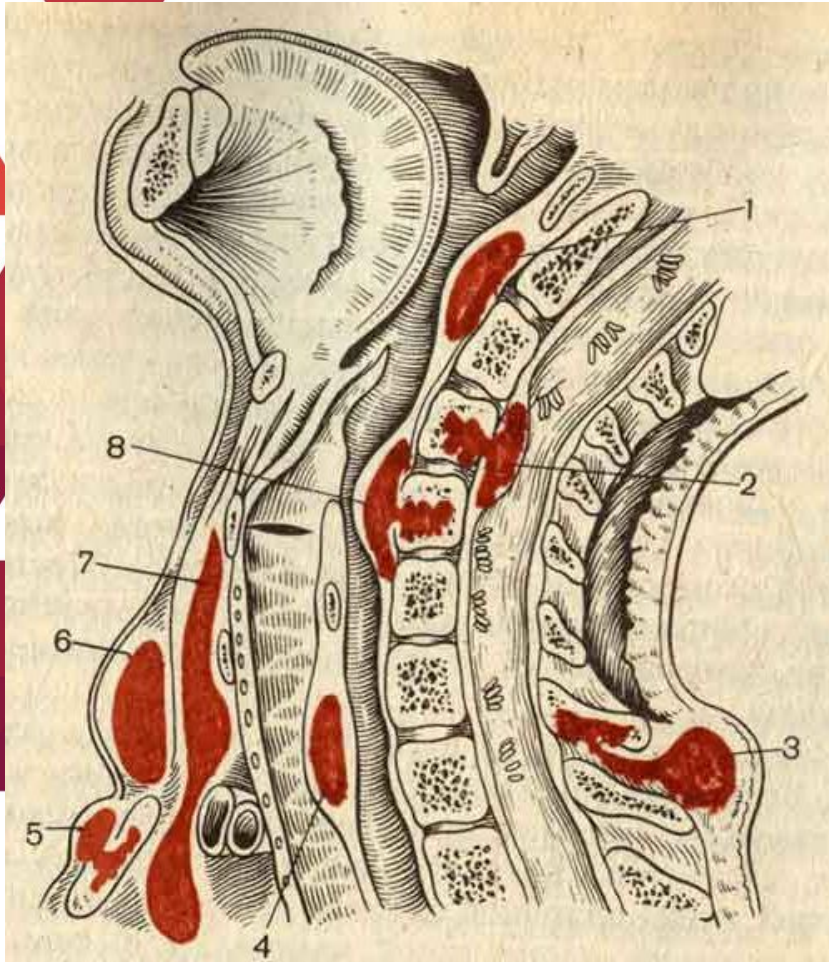
КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА АБСЦЕССОВ И ФЛЕГМОН ШЕИ

- Как правило, состояние больного тяжелое.
- Выражена интоксикация (озноб, одышка, лихорадка, тахикардия).
- Увеличение шейных лимфоузлов, развитие лимфаденитов.
- Кожные покровы над поверхностным очагом гиперемированы, отёчны, инфильтрированы, болезненны при пальпации.

КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА АБСЦЕССОВ И ФЛЕГМОН ШЕИ

- Лейкоцитоз со сдвигом влево, увеличение СОЭ
- Возможен прорыв абсцессов и формирование гнойных свищей, развитие медиастинита, сепсиса, формирование тромбоза вен шеи. Заболевание может закончиться смертью больного.

АБСЦЕССЫ ШЕИ



- 1 — заглоточный абсцесс;
- 2 — экстрадуральный абсцесс;
- 3 — абсцесс при остеомиелите остистого отростка;
- 4 — абсцесс между трахеей и пищеводом;
- 5 — предгрудинный абсцесс;
- 6 — абсцесс spatium intraaponeuroticum suprasternal;
- 7 — абсцесс spatium praeviscerale;
- 8 — абсцесс позади

ФЛЕГМОНА ШЕИ



РАЗРЕЗЫ ПРИ ФЛЕГМОНАХ ШЕИ

1. Флегмоны надгрудинного
межапоневротического
пространства

- срединный разрез от яремной
вырезки грудины снизу вверх

2. Поднижнечелюстная флегмона

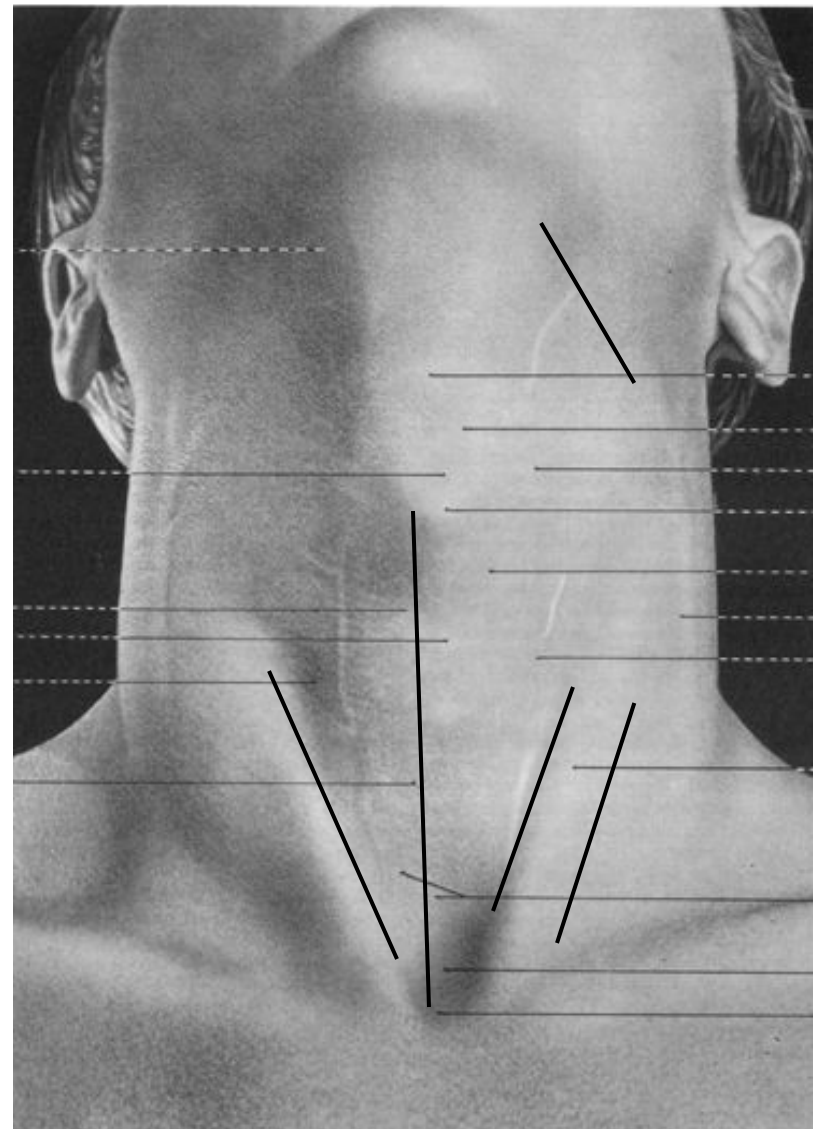
- параллельно краю нижней
челюсти на 2-3 см ниже

3. Флегмона сосудистого
влагалища (флегмона
Дюпюитрена)

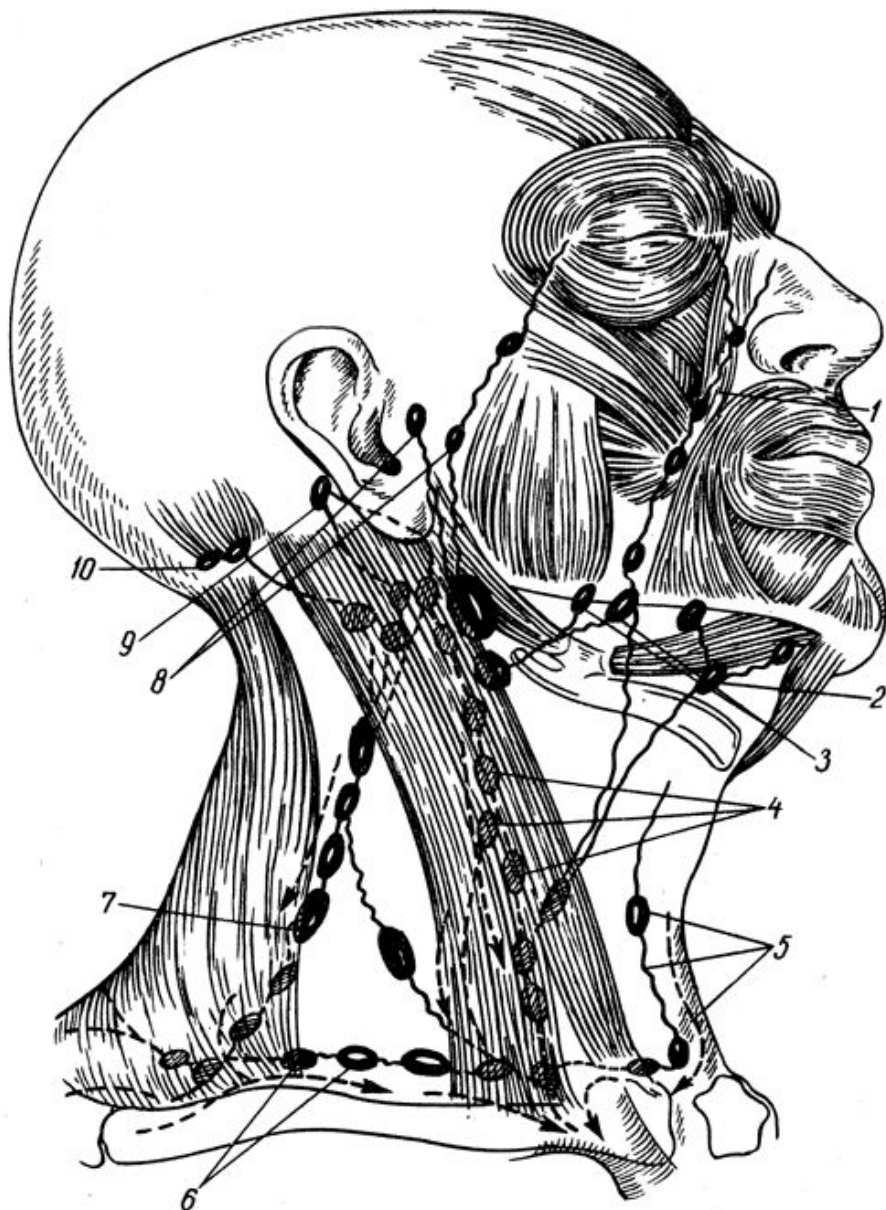
- вдоль переднего края
m. sternocleidomastoideus

4. Флегмона влагалища
m. sternocleidomastoideus
(флегмона Бецольда)

- по переднему или заднему
краю мышцы



ЛИМФАТИЧЕСКИЕ УЗЛЫ И СОСУДЫ ШЕИ



- 1 - лимфатические сосуды к щечным узлам;
- 2 - подподбородочные лимфатические узлы;
- 3 - поднижнечелюстные узлы;
- 4, 6, 7 - глубокие шейные узлы;
- 5 - поверхностные шейные узлы;
- 8 - околоушные узлы;
- 9 - позадиушные узлы;
- 10 - затылочные узлы

ГНОЙНЫЙ ЛИМФАДЕНИТ ШЕИ



ПОРОКИ РАЗВИТИЯ ШЕИ

- Кисты шеи:
 - Срединные (располагаются по средней линии, вне щитовидного хряща)
 - Боковые (располагаются по внутренней поверхности ключичной мышцы)
- Свищи шеи:
 - Врождённые
 - Приобретённые
- Кривошея

Локализация кист шеи

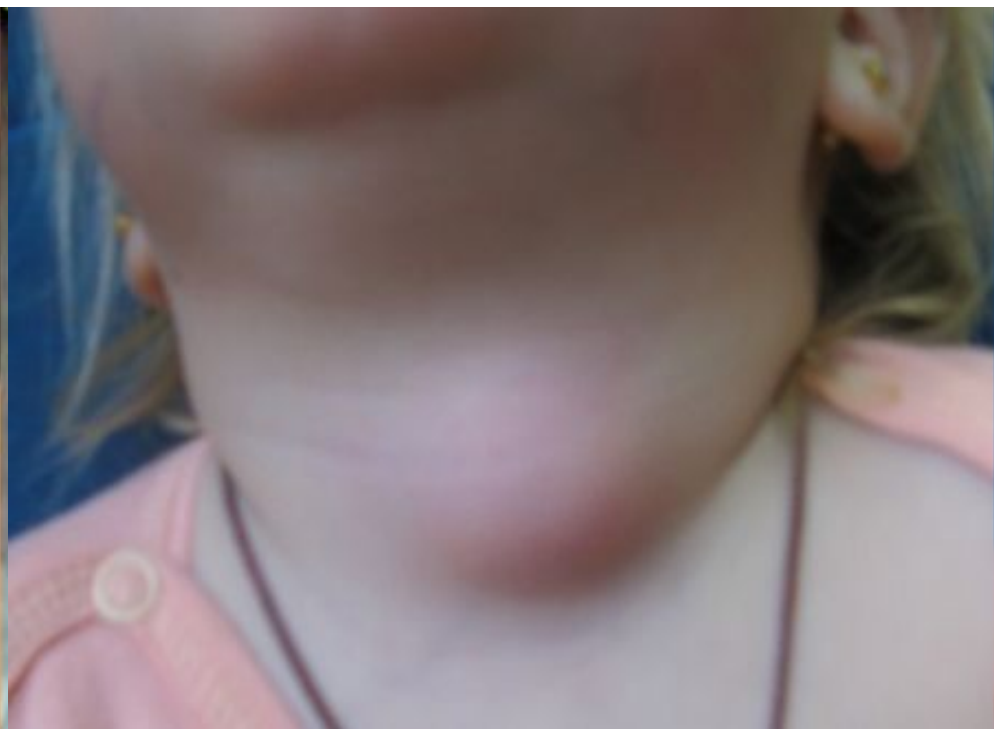
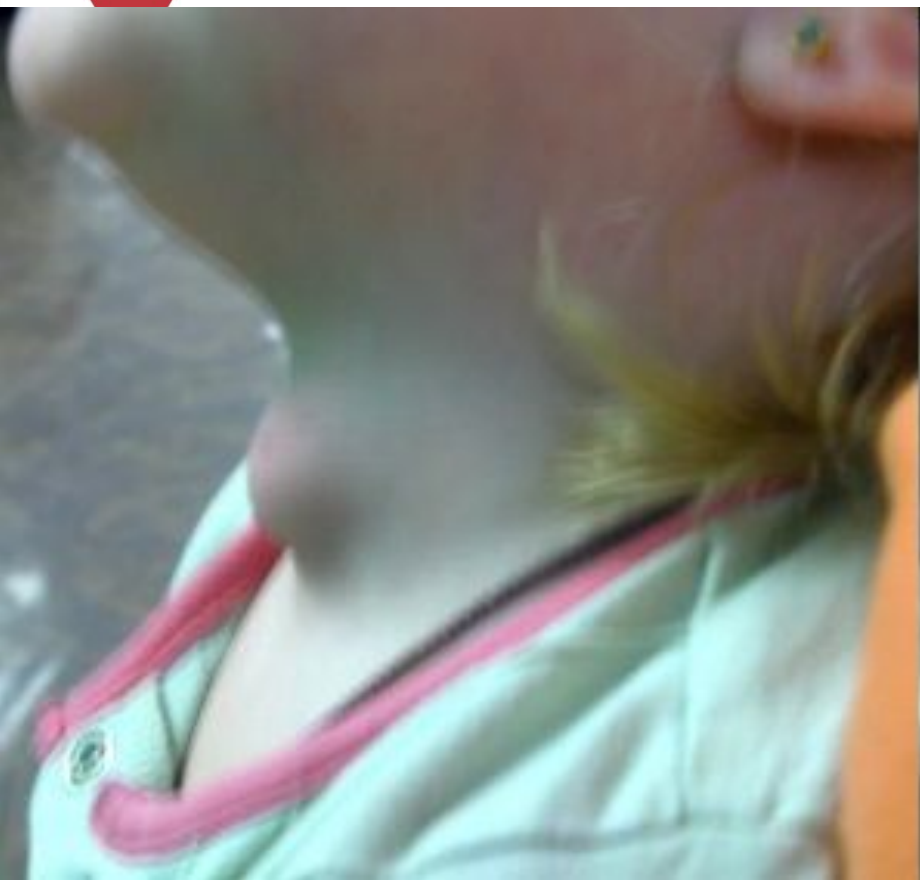


- 1, 2 — срединные кисты;
- 3 — боковая киста;
- 4 — срединная расщелина;
- 5 — дермоидная киста;
- 6 — боковой свищ;
- 7 — хрящевые остатки.

КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ КИСТ ШЕИ

- Отсутствие жалоб.
- Постепенное, медленное увеличение размеров кист с возрастом.
- Срединные кисты подтягиваются кверху при глотании.
- Консистенция – мягко-эластичная.
- Пальпация безболезненна.
- Кисты шеи могут нагнаиваться.

Кисты шеи



СВИЦ ШЕИ



КРИВОШЕЯ (TORTICOLLIS)

- Врождённая – рубцевание грудино-ключично-сосцевидной мышцы (чаще – на одной стороне)
- Приобретённая – в результате травмы в шейном отделе позвоночника, мышц шеи, рубцовых процессов кожи шеи, заболеваниях нервной системы.



АТРЕЗИЯ ПИЩЕВОДА

- На основании анатомических вариантов различают шесть типов атрезии пищевода:
- а) – полное отсутствие пищевода ; вместо него существует соединительнотканый тяж;
- б) – пищевод образует два изолированных слепых мешка;
- в) – верхний отрезок пищевода оканчивается слепо, нижний соединен свищевым ходом с трахеей выше ее бифуркации;
- г) – верхний отрезок пищевода оканчивается слепо, нижний соединен свищевым ходом с трахеей в месте ее бифуркации;
- д) – верхний отрезок пищевода соединен свищевым ходом с трахеей, а нижний отрезок заканчивается слепо;
- е) – верхний и нижний отрезки пищевода соединены с трахеей свищевым ходом.

Ранения шеи (особенности)

- Редко встречаются в мирное время.
- Обычно сильно кровоточат из-за обильного кровоснабжения шеи, могут сопровождаться аспирацией крови.
- Часто сопровождаются ранением трахеи (кашель, кровохарканье, развитие подкожной эмфиземы) и пищевода.
- Ранения вен шеи могут сопровождаться воздушной эмболией.

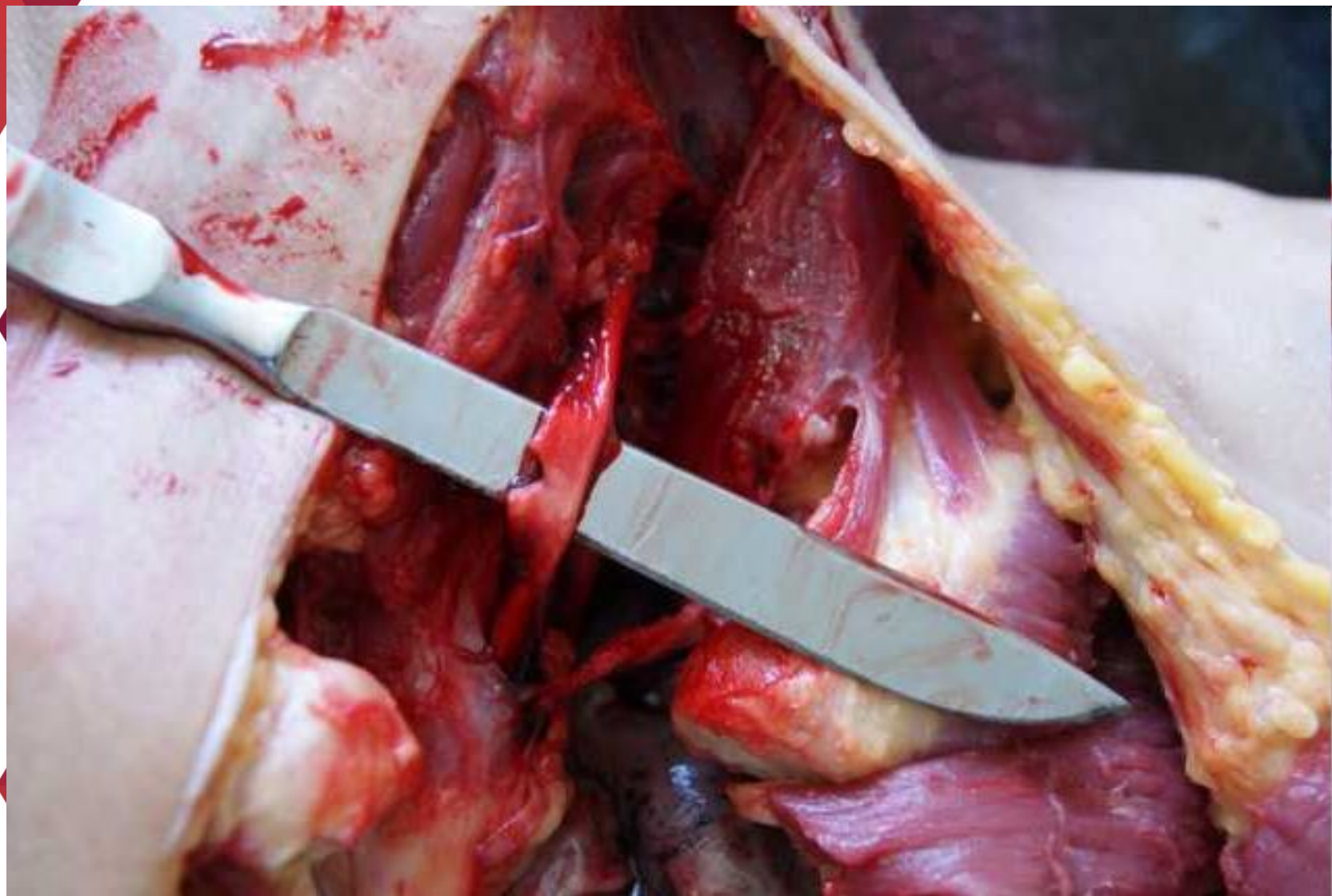
Ранения шеи (особенности)

- Ранения шеи могут сопровождаться повреждением грудного лимфатического протока с лимфореей, развитием холоторакса.
- При ранениях сосудов шеи могут формироваться их аневризмы.
- Инфицирование с образованием абсцессов, флегмон, медиастинита.

РЕЗАННЫЕ РАНЕНИЯ ШЕИ



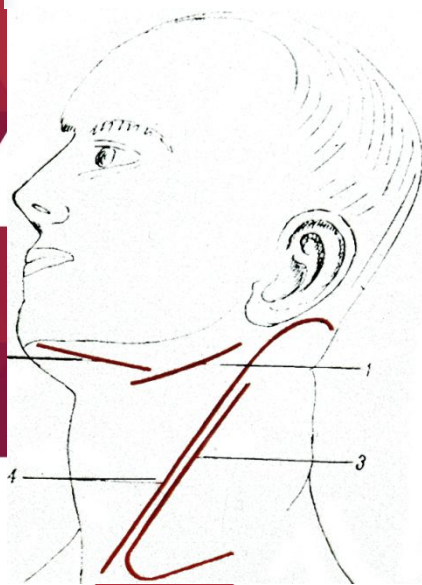
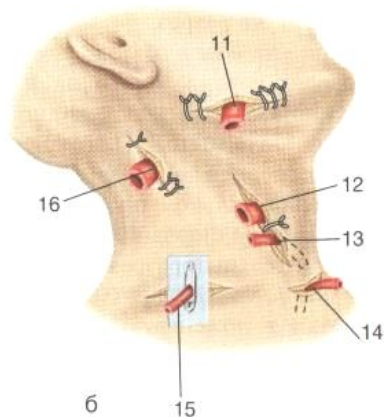
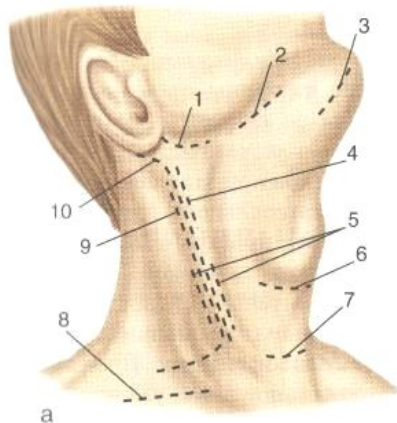
ПОВРЕЖДЕНИЕ ЛЕВОЙ ОБЩЕЙ СОННОЙ АРТЕРИИ ПРИ РАНЕНИИ



ИНТУБИРОВАНА ТРАХЕЯ ПРИ ОБШИРНОМ РАНЕНИИ ШЕИ



ОПЕРАТИВНЫЕ ДОСТУПЫ К АНАТОМИЧЕСКИМ ОБРАЗОВАНИЯМ ШЕИ



Вертикальные

- *верхний срединный*
- *нижний срединный*

Косые

- *передние*
- *задние*

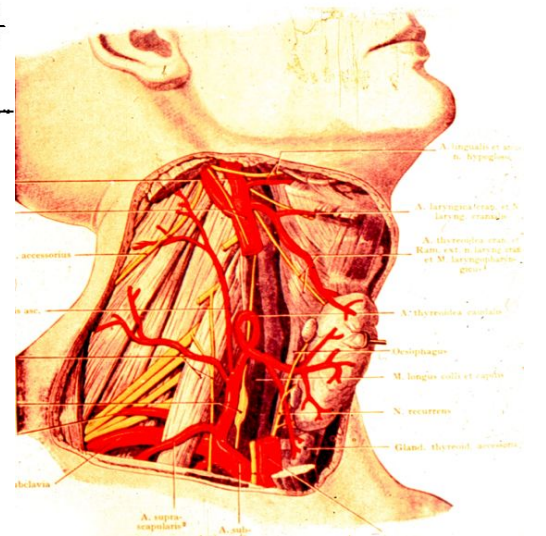
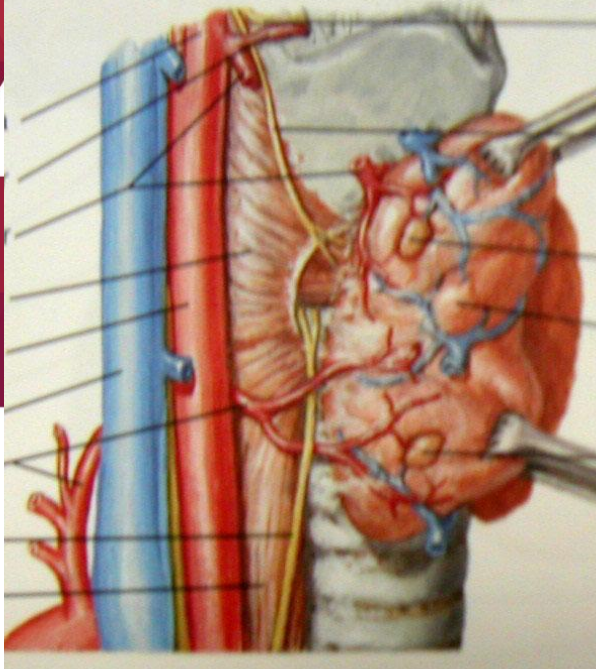
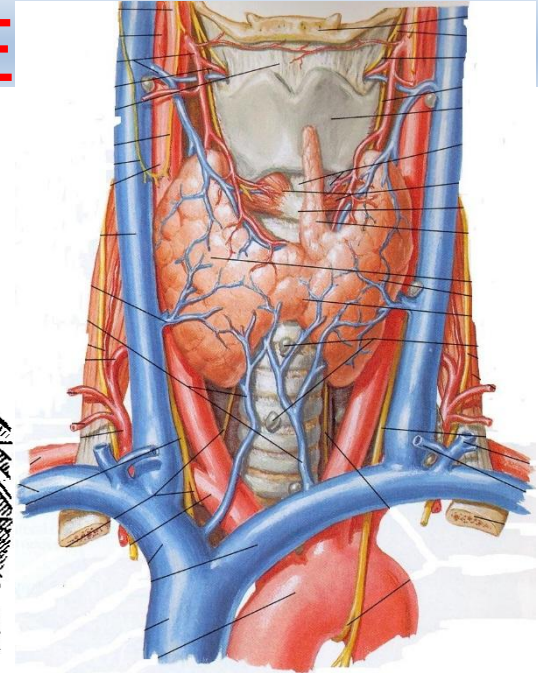
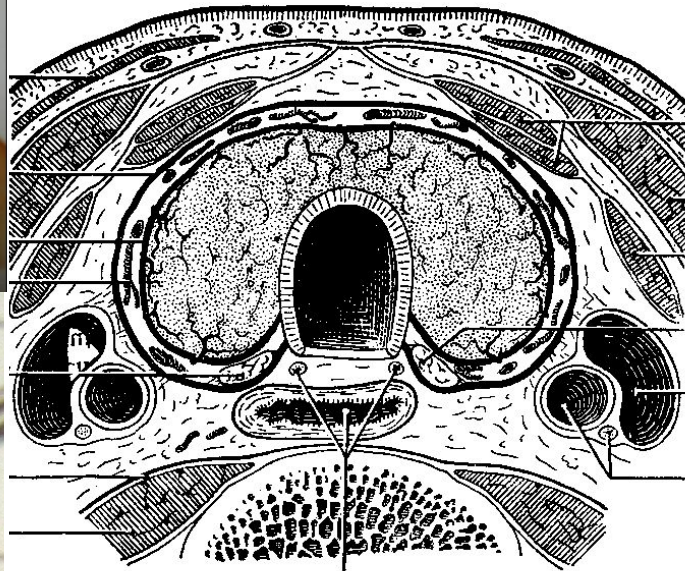
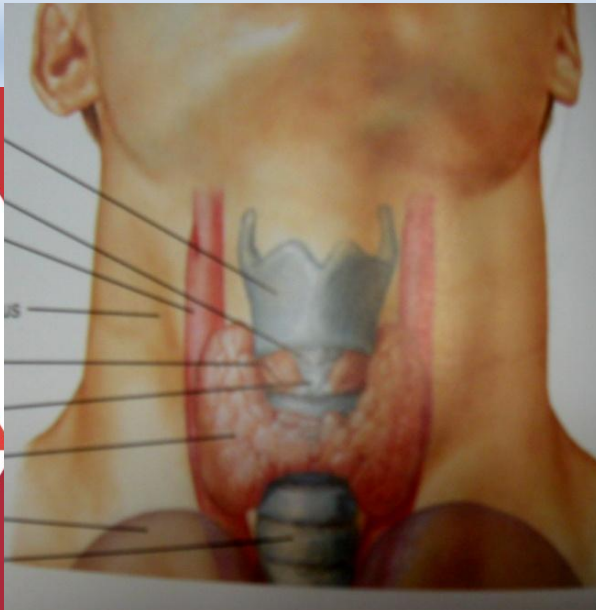
Поперечные

Комбинированные (угловые)

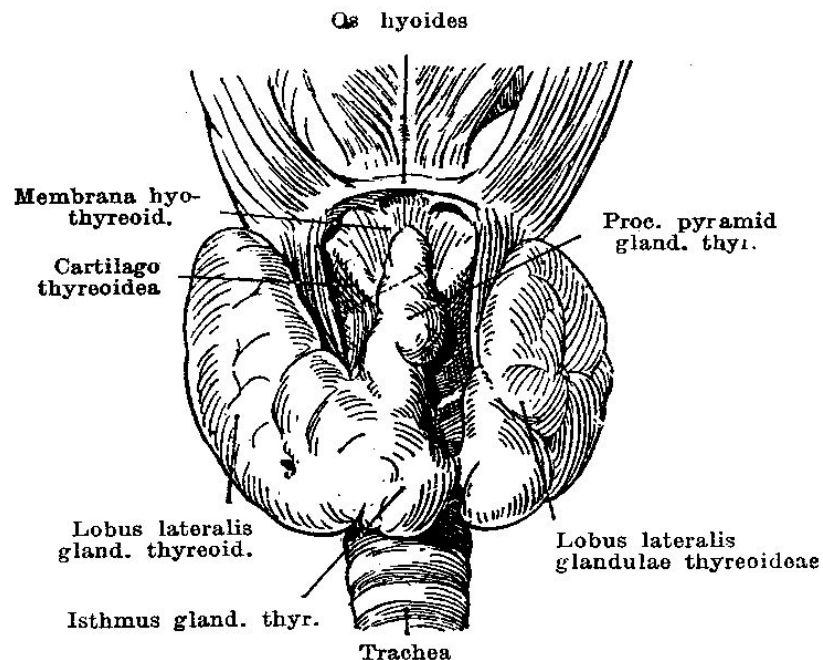
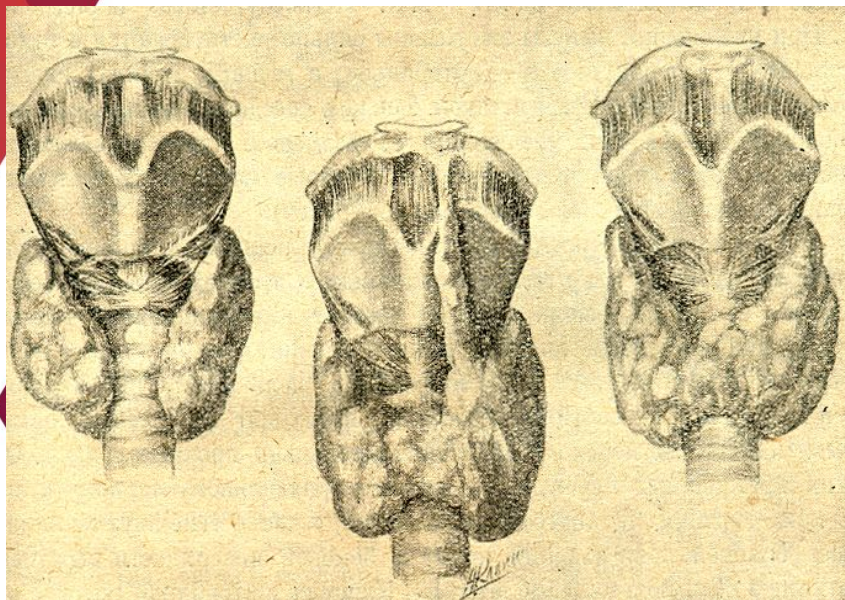
- *поперечный + косой*

ХИРУРГИЧЕСКАЯ АНАТОМИЯ

ОВИДНОЙ ЖЕЛЕ



ВАРИАНТЫ АНАТОМИЧЕСКОГО СТРОЕНИЯ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ



ОСОБЕННОСТИ ХИРУРГИЧЕСКОЙ АНАТОМИИ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

1. **Синтопия** щитовидной железы

- тесная связь с органами шеи (пищевод, трахея)
- паращитовидные железы на задней поверхности щитовидной железы
- n. laryngeus recurrens прилежит к задней поверхности железы, перекрещиваясь с a. thyroidea inferior

2. **Фасциальное влагалище щитовидной железы** имеет две соединительнотканые оболочки

- *внутренняя* - фиброзная капсула
- *наружная* - фасциальное влагалище (4 фасция шеи)

Щелевидное пространство между ними заполнено рыхлой клетчаткой - в ней ветви артерий, вен, нервов, паращитовидные железы

3. **Кровоснабжение железы**

- два источника - a. thyroidea superior (a. carotis externa) и a. thyroidea inferior (a. subclavia)
- добавочная (пятая) артерия - a. thyroidea ima (truncus brachiocephalicus или arcus aortae) - 10-12%
- взаимоотношение a. thyroidea inferior и n. laryngeus recurrens; a. thyroidea superior и n. laryngeus superior

ЗАБОЛЕВАНИЯ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

- Воспалительные и аутоиммунные заболевания щитовидной железы (острый и подострый тиреоидит, аутоиммунный тиреоидит Хашимото, хронический фиброзирующий тиреоидит)
- Зоб (struma)
- Нарушения функции щитовидной железы
 - гипертиреоз (базедова болезнь, тиреотоксикоз)
 - гипотиреоз (микседема)
- Рак щитовидной железы

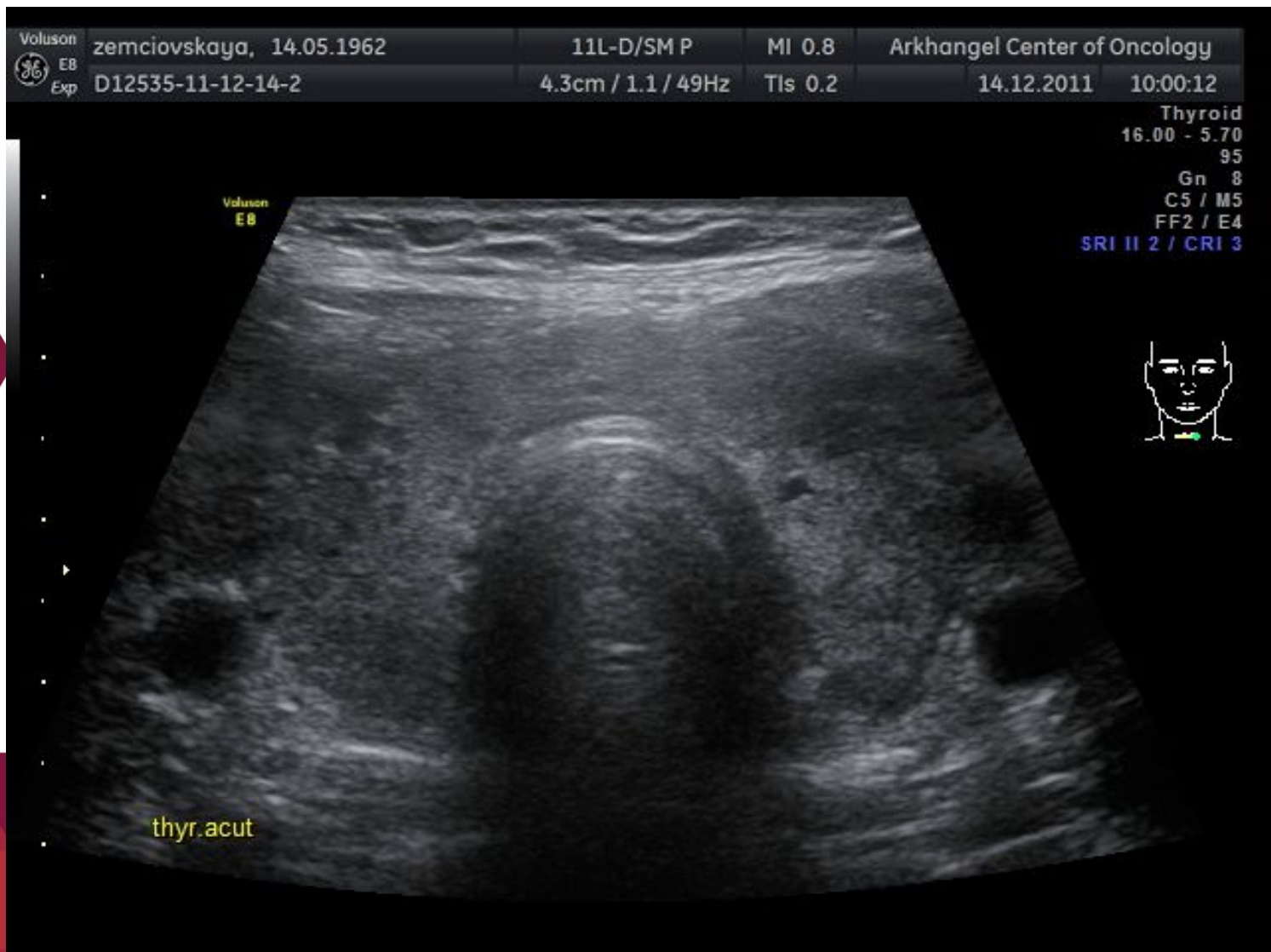
СИМПТОМЫ ТИРЕОИДИТА

- Появление болей в области щитовидной железы.
- Повышение её плотности, появление узловатости, увеличение (при гипертрофической форме) или уменьшение (при атрофической форме) её в размерах.
- Возможно нарушение глотания, дыхания (саднение, навязчивый кашель)
- Нарушение функции (тиреотоксикоз сменяется гипотиреозом по мере атрофии)
- Повышение температуры тела.

НОРМАЛЬНАЯ ЩИТОВИДНАЯ ЖЕЛЕЗА НА УЗИ



ОСТРЫЙ ТИРЕОИДИТ

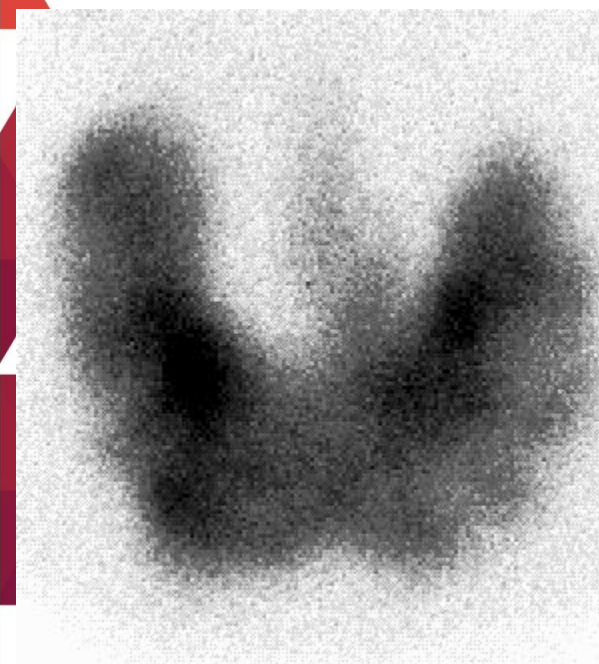


СЦИНТИГРАММЫ ПРИ АИТ

Гипотиреоидная
фаза

Норма

Гипертиреоидная
фаза



Зоб

- Диффузный
- Узловатый
- Смешанный

- Гипертиреоидный
- Гипотиреоидный
- Эутиреоидный

- Эндемический
- Спорадический

СТЕПЕНИ УВЕЛИЧЕНИЯ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПРИ ЗОБЕ

- I. – увеличен только перешеек железы, видимый при глотании.
- II. – определяются боковые доли.
- III. – железа изменяет конфигурацию шеи и видна при осмотре.
- IV. – резко изменена форма шеи.
- V. – железа достигает очень больших размеров.

СИМПТОМЫ ГИПЕРТИРЕОЗА

- Возбудимость, лабильность настроения
- Повышение температуры тела
- Повышение обмена веществ (похудание)
- Потливость
- Тремор (кистей рук, головы, век (симптом Розенбаха))
- Тахикардия, нарушения ритма сердца
- Глазные симптомы
- Гиперпигментация кожи
- У женщин – нарушение менструальной функции, у мужчин – снижение потенции

СТЕПЕНИ ТИРЕОТОКСИКОЗА

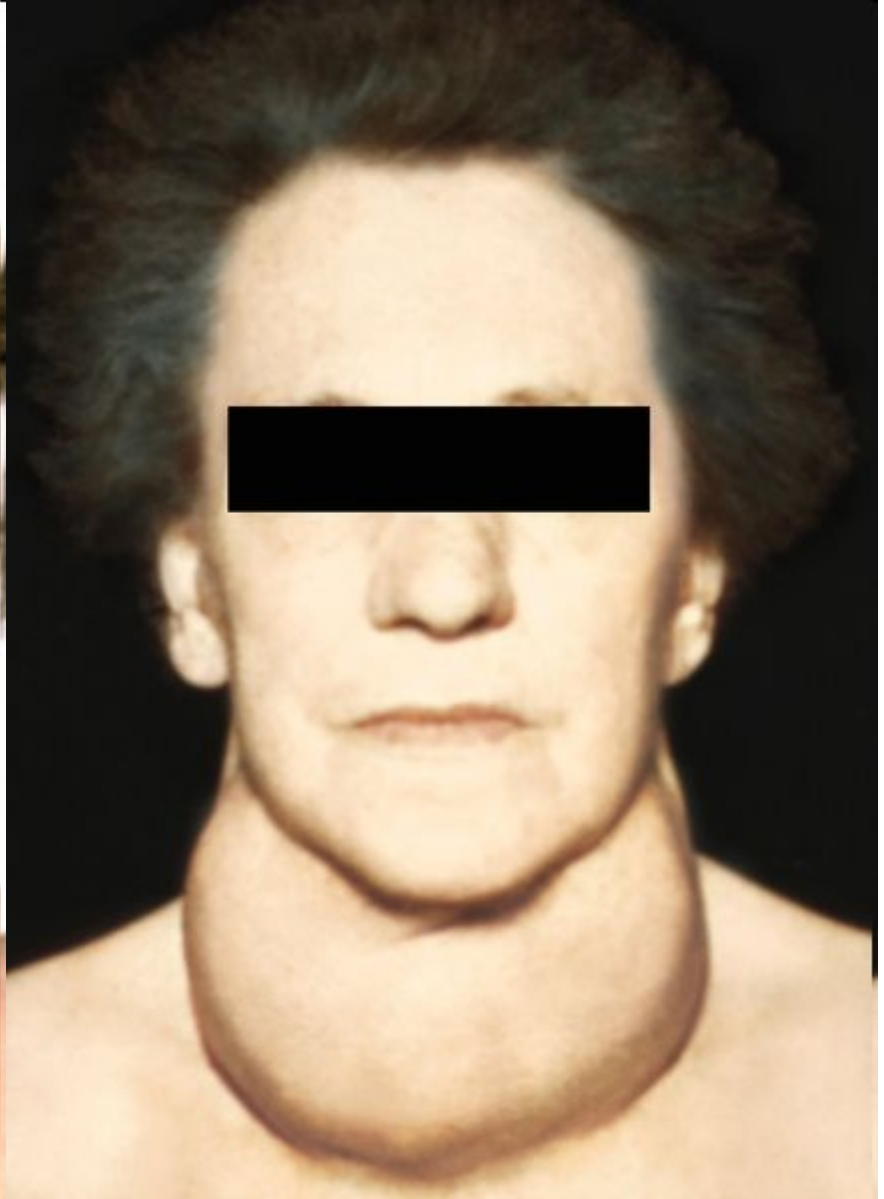
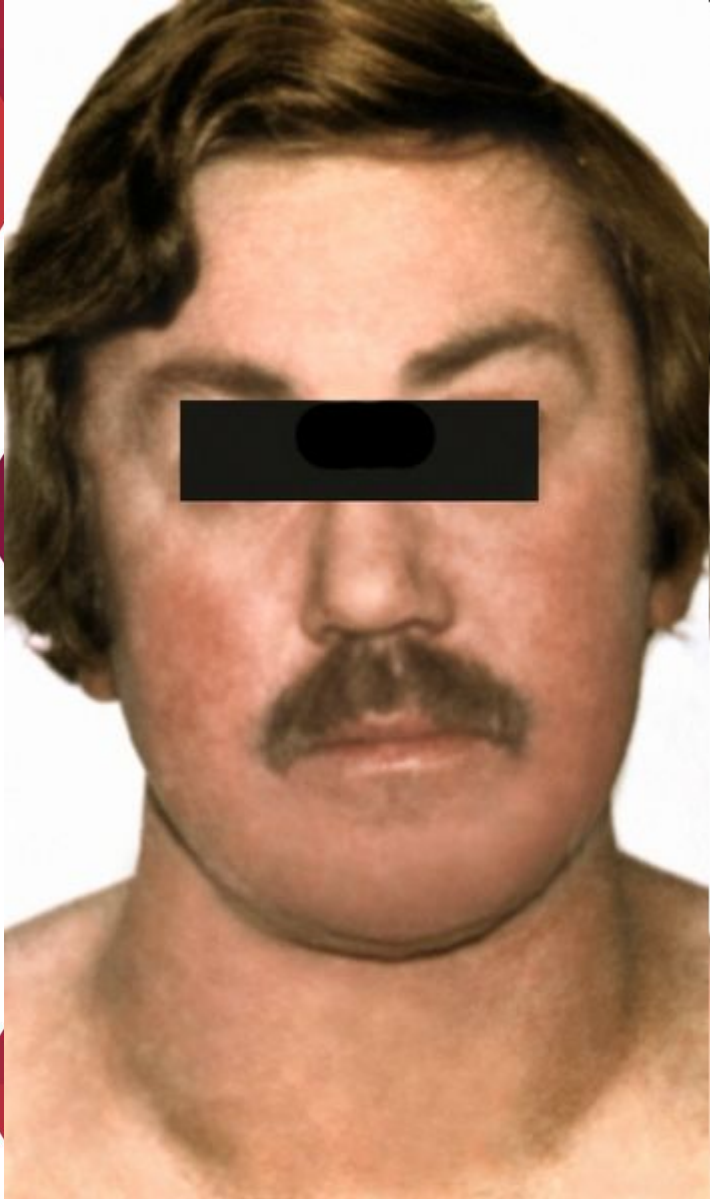
- **Легкая**
- признаки тиреотоксикоза выражены незначительно, преобладает неврозоподобная симптоматика, раздражительность;
- уменьшение массы тела не более, чем на 10%;
- тахикардия не более 100 в 1 мин, границы сердца и АД нормальны;
- симптомы офтальмопатии отсутствуют;
- **трудоспособность сохранена или ограничена незначительно.**

СТЕПЕНИ ТИРЕОТОКСИКОЗА

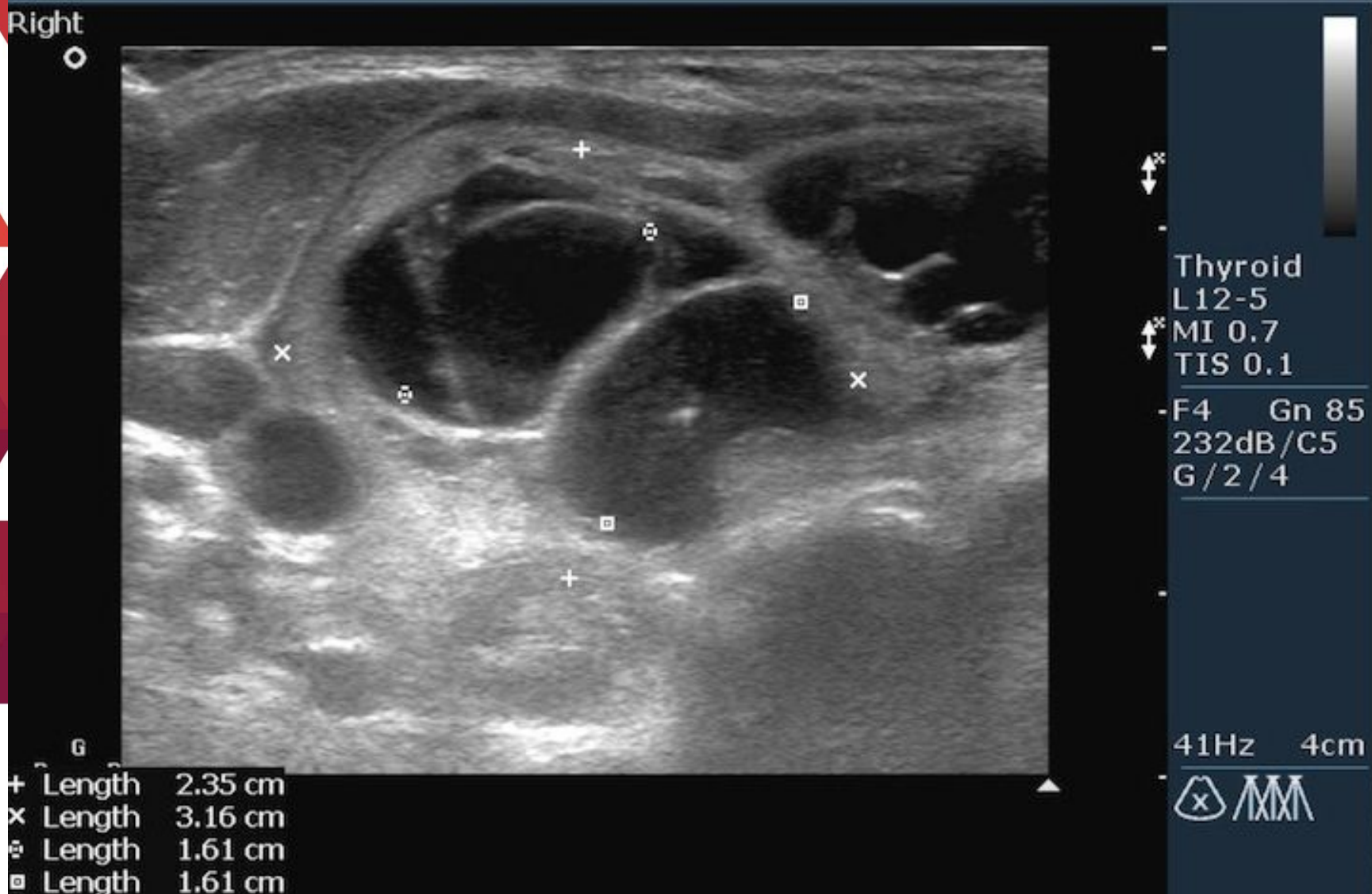
- **Средняя**
 - признаки тиреотоксикоза четко выражены;
 - снижение массы тела составляет от 10 до 20%;
 - тахикардия от 100 до 120 в 1 мин; границы сердца увеличены влево, систолическое АД повышено до 130-150 мм рт.ст.; диастолическое АД нормальное или чуть снижено;
 - выраженная офтальмопатия;
 - трудоспособность снижена.
- **Тяжелая**
 - резко выражены все симптомы тиреотоксикоза, отмечаются явления тяжелого поражения внутренних органов (печени, сердца);
 - снижение массы тела превышает 20%; кахексия;
 - тахикардия превышает 120 в 1 мин, границы сердца значительно расширены, часто имеются мерцательная аритмия и недостаточность кровообращения, систолическое АД повышено до 150-160 мм рт. ст., диастолическое АД значительно снижено;
 - значительно выражена офтальмопатия;
 - выраженные нарушения со стороны нервной системы; полная утрата трудоспособности.

ГЛАЗНЫЕ СИМПТОМЫ ПРИ ГИПЕРТИРЕОЗЕ

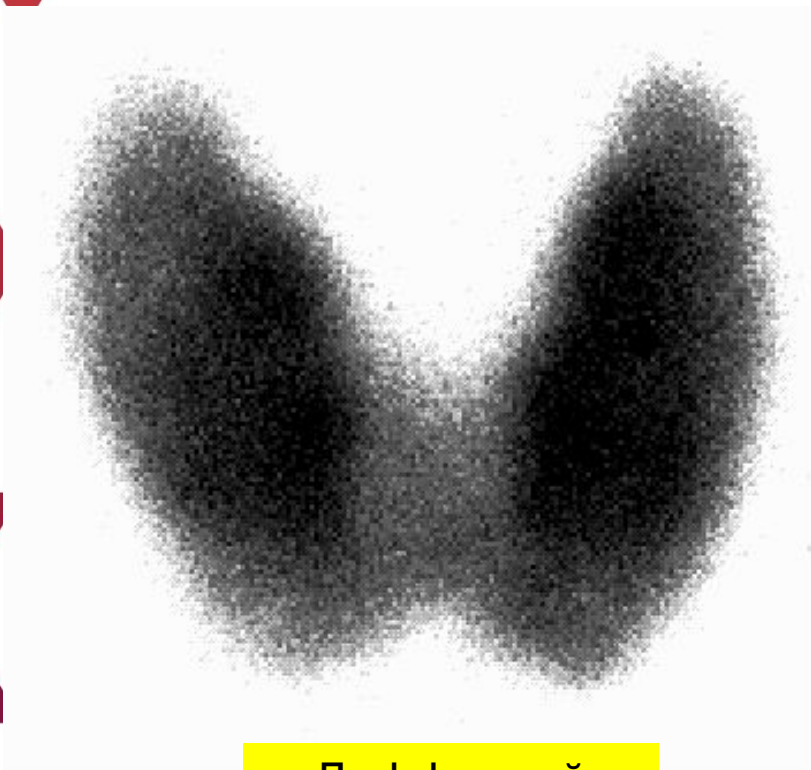
- Экзофтальм
- Симптом Мёбиуса - нарушение конвергенции
- Симптом Грефе – отставание верхнего века от края роговицы при опускании глазного яблока
- Симптом Штельвага – редкое мигание
- Симптом Дальримпля – обнажение полоски склеры над радужной оболочкой («гневный взгляд»)
- Отставание глазного яблока от верхнего века при взгляде вверх (симптом Кохера)



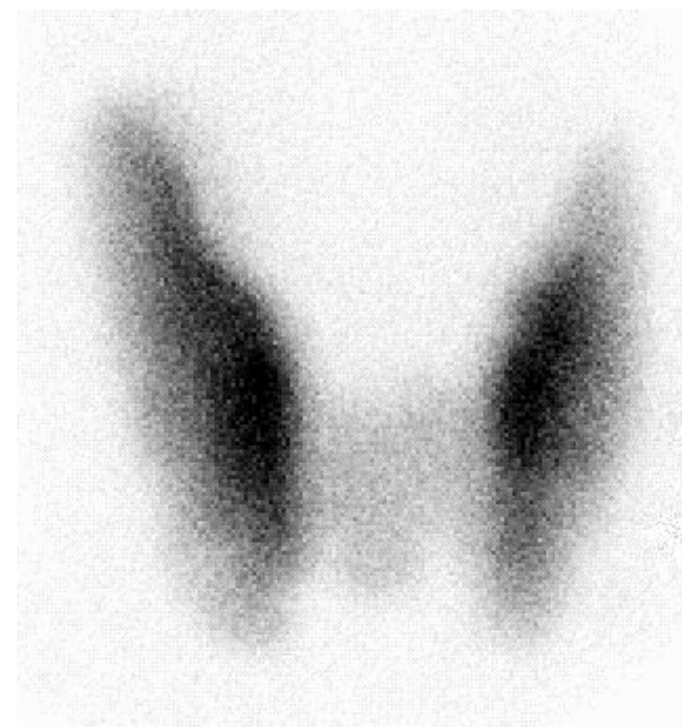
МНОГОУЗЛОВОЙ ЗОБ



СЦИНТИГРАФИЯ ПРИ ДТЗ

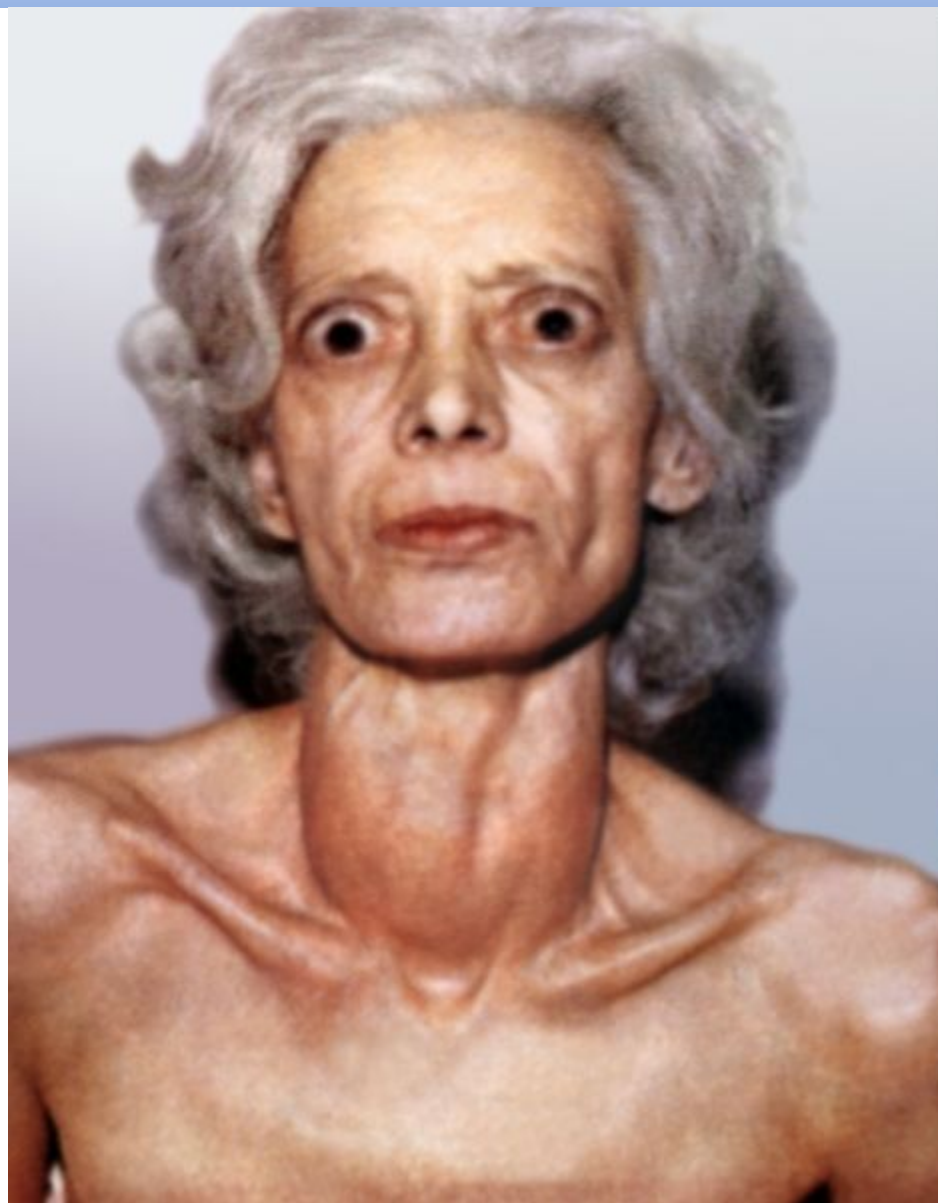


Диффузный
токсический зоб



Норма

БОЛЬНАЯ ДИФFUЗНЫМ ТОКСИЧЕСКИМ ЗОБОМ



БОЛЬНАЯ ДИФFUЗНЫМ ТОКСИЧЕСКИМ ЗОБОМ



Симптомы гипотиреоза

- Повышенная сонливость, апатия
- Сухость кожи
- Плохая переносимость холода (зябкость)
- Запоры
- Диффузные (равномерно распределяющиеся) плотные отёки тела (лица, шеи, конечностей)
- Брадикардия
- Снижение обмена веществ

Микседема

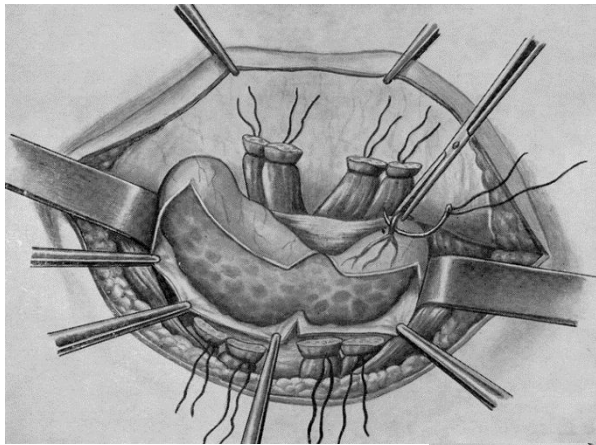
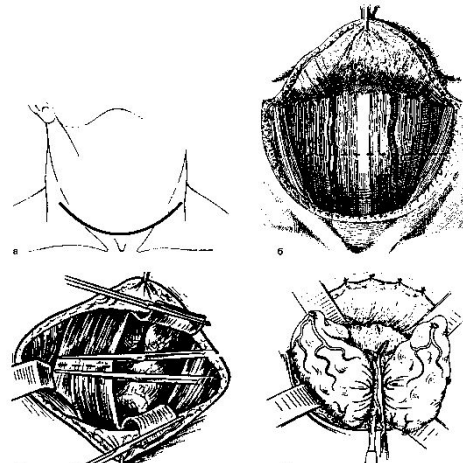
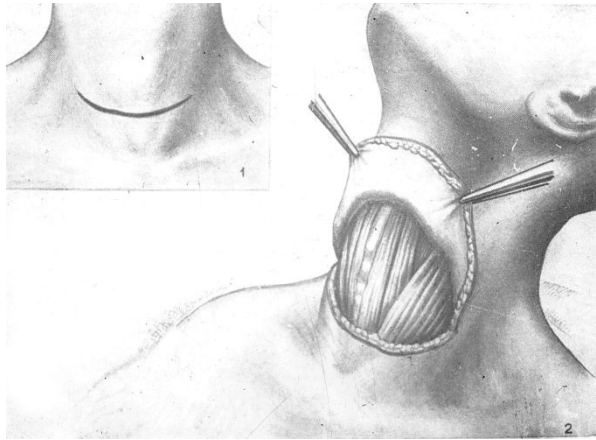


ЛАБОРАТОРНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ ОБМЕНА ТИРЕОИДНЫХ ГОРМОНОВ

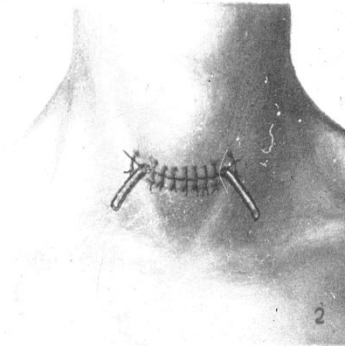
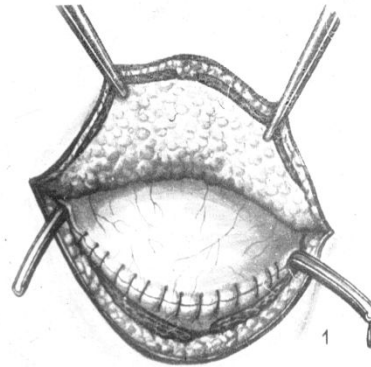
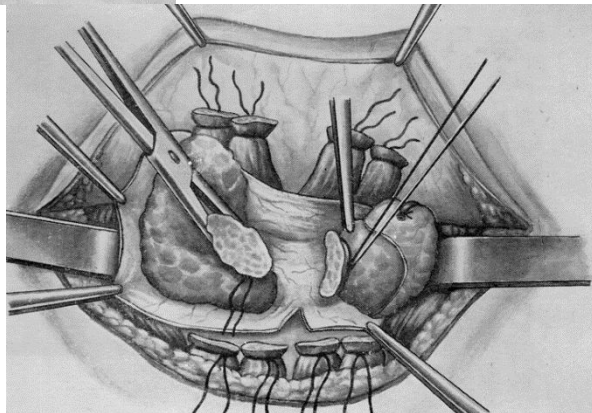
Связанный йод сыворотки	315-640 нмоль/л (40-80мкг/л)
Трийодтиронин (Т ₃)	1,2-3,1 нмоль/л (80-200 нг%)
Тироксин (Т ₄) общий	39-155 нмоль/л (3-12 мкг%)
Тироксин свободный	13-30 пмоль/л (1,0-2,3 нг%)
Тиреотропный гормон (ТТГ)	0,45-6,2 мкМЕ/мл

ОПЕРАТИВНЫЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВА НА ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЕ

- Энуклеация одиночного узла
- Резекция щитовидной железы (доброкачественные опухоли железы)
 - - Резекция перешейка и медиальных частей боковых долей (для устранения сдавления трахеи при тиреоидите, врожденном зобе)
 - - Субтотальная резекция с оставлением 1-5 г паренхимы (диффузный и многоузловой токсический зоб)
 - - Субтотальная субкапсулярная (внутрикапсулярная) резекция щитовидной железы по О.В.Николаеву
- Гемитиреоидэктомия – удаление одной из долей с перешейком и пирамидальным отростком (токсическая аденома; рак щитовидной железы I стадии)
- Тиреоидэктомия (струмэктомия) – полное удаление щитовидной железы (злокачественные новообразования; тотальное поражение железы доброкачественным процессом)

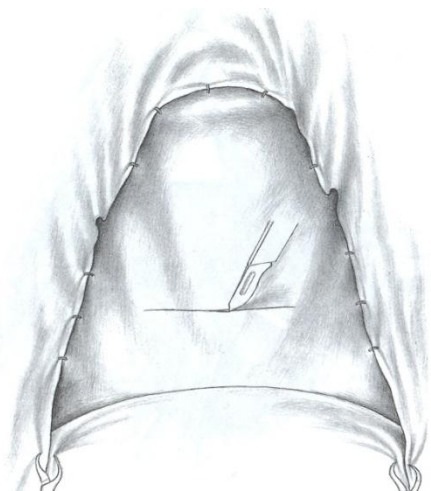


**Субтотальная субкапсулярная
резекция щитовидной железы
(по О.В.Николаеву)**



Резекция щитовидной железы

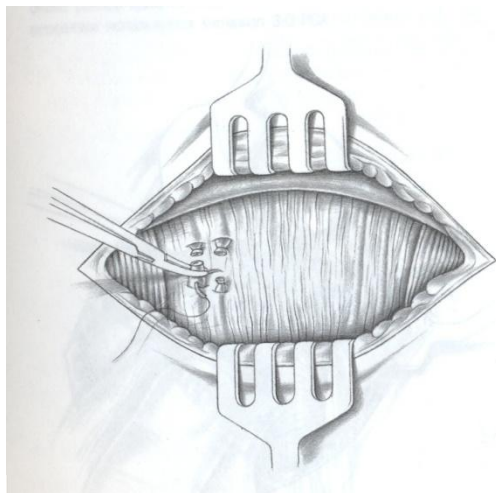
Оперативный доступ



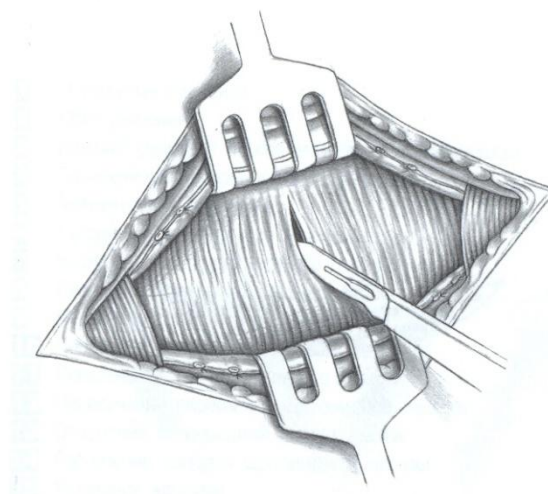
Кожный разрез



Пересечение подкожной мышцы



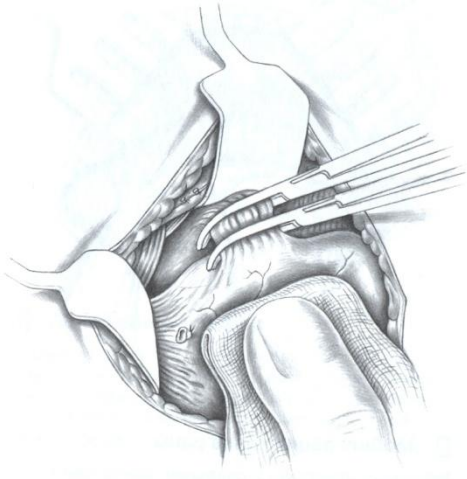
Пересечение поверхностных вен шеи



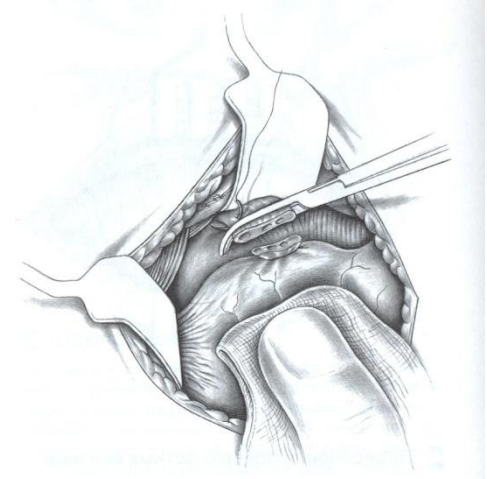
Рассечение подподъязычных мышц

Резекция щитовидной железы

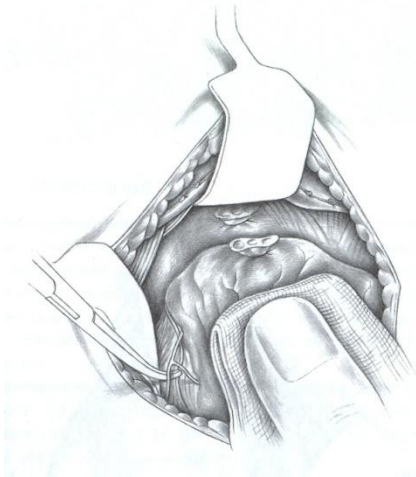
Оперативный прием



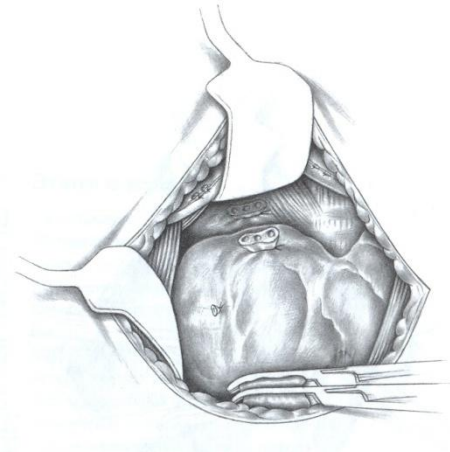
**Пересечение сосудов
верхнего полюса железы**



**Перевязка сосудов
верхнего полюса железы**



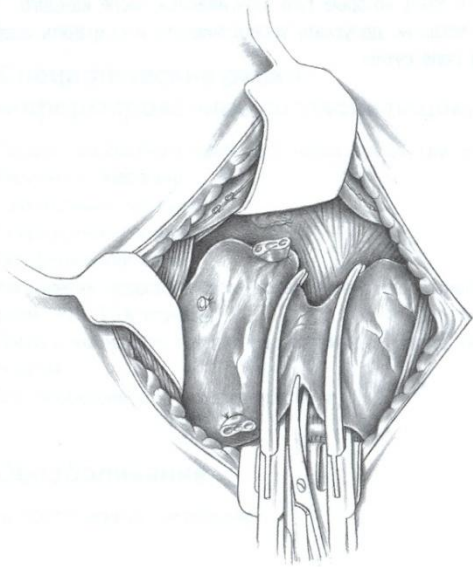
**Пересечение сосудов
нижнего полюса железы**



**Перевязка нижней
щитовидной артерии**

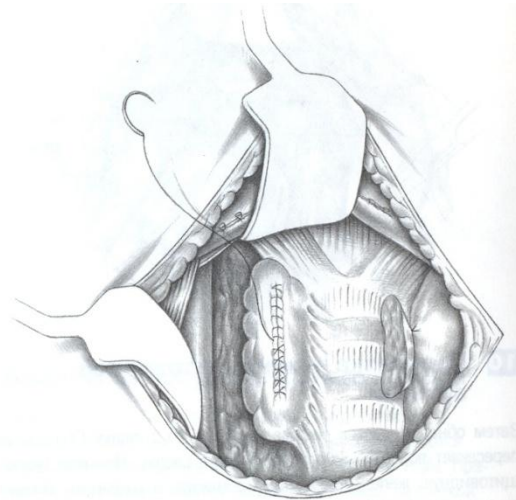
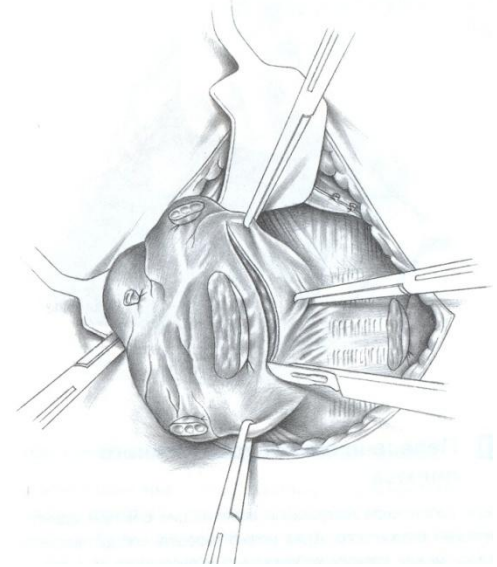
Резекция щитовидной железы

Оперативный прием



Пересечение перешейка щитовидной железы

Рассечение капсулы щитовидной железы



Шов капсулы щитовидной железы

ПРЕИМУЩЕСТВА ОПЕРАЦИИ РЕЗЕКЦИИ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ (ПО О.В. НИКОЛАЕВУ)

1. Щитовидные артерии не перевязываются на протяжении:
 - хорошее кровоснабжение оставшейся ткани щитовидной железы и паращитовидных желез;
 - исключается риск повреждения n. laryngeus recurrens
2. Оставляется минимальное количество ткани щитовидной железы (1-3 г в каждой доле), физиологически необходимое организму
3. Минимальная кровопотеря вследствие последовательного субфасциального (субкапсулярного) захвата ветвей артерий и вен железы

Малоинвазивная хирургия щитовидной железы

- деструкция узловых образований
 - с помощью лазера
 - с применением ультразвуковой энергии
 - чрескожное введение этанола в ткань узла
 - диатермокоагуляция и криодеструкция ткани узла
- эндоскопические и видеоассистированные вмешательства

Преимущества малоинвазивной хирургии щитовидной железы

- Сокращение продолжительности операционного вмешательства
- Снижение интраоперационной кровопотери
- Возможность работы в труднодоступных областях
- Меньшая травматизация тканей может обеспечить быстрое заживление
- Меньшие сроки нетрудоспособности и количество осложнений
- Лучший косметический эффект

ТРАХЕОСТОМИЯ

вскрытие трахеи с последующим введением в ее просвет канюли (создание сообщения между просветом трахеи и атмосферой через рану с помощью специальной трубки или иным способом на более или менее длительный срок)

Цель операции – дать немедленный доступ воздуха в легкие при непроходимости вышележащих отделов дыхательных путей.

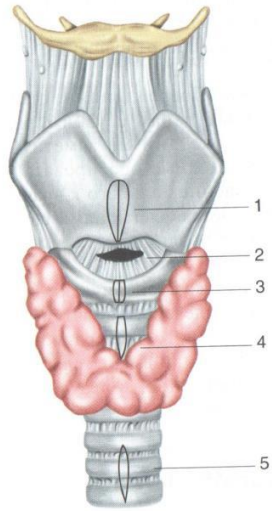
Показания:

- - инородные тела дыхательных путей; ранения и закрытые травмы гортани и трахеи;
- - остро возникший или хронически прогрессирующий стеноз (обструкция) гортани (инфекционные заболевания, ложный круп, опухоли, ожоги трахеи и др.);
- - необходимость подключения аппарата искусственного дыхания при тяжелой черепно-мозговой травме;
- - при операциях на сердце, легких (для постоянной санации трахеи и бронхов) и др.

Трахеостомия, своевременно и технически правильно выполненная,

- - обеспечивает свободное дыхание при механической непроходимости на уровне гортани и выше нее;
- - на 2/3 уменьшает «мертвое» дыхательное пространство и на 50% снижает сопротивление дыханию;
- - позволяет активно дренировать бронхиальное дерево и систематически вводить в него лекарственные препараты;
- - позволяет длительное время осуществлять искусственное дыхание с помощью аппаратов.

ТРАХЕОСТОМИЯ



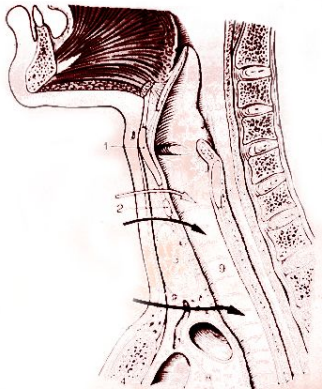
Верхняя - рассекают 2-е и 3-е кольца трахеи выше перешейка щитовидной железы

Средняя – рассекают 3-е и 4-е кольца трахеи на уровне перешейка щитовидной железы после его пересечения и разведения культей в стороны

Нижняя - рассекают 4-е и 5-е кольца трахеи ниже перешейка щитовидной железы

Чрескожная пункционная микротрахеостомия (трахеоцентез) – пункция трахеи через кожу толстой хирургической иглой по срединной линии шеи под щитовидным хрящом

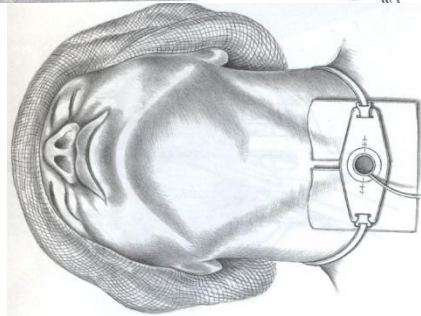
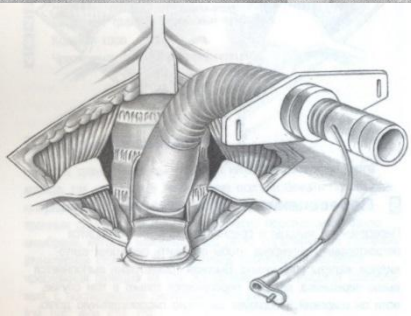
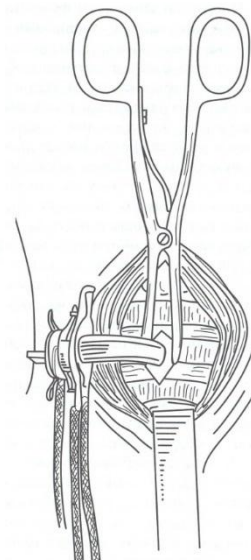
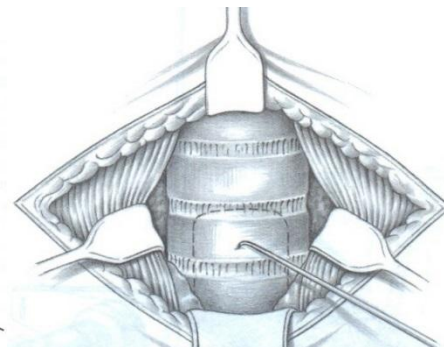
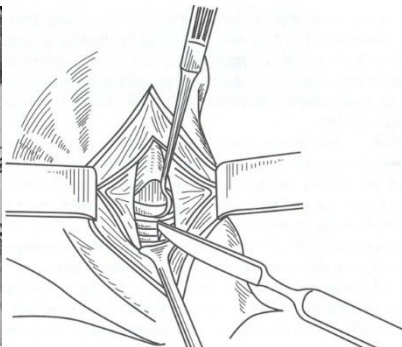
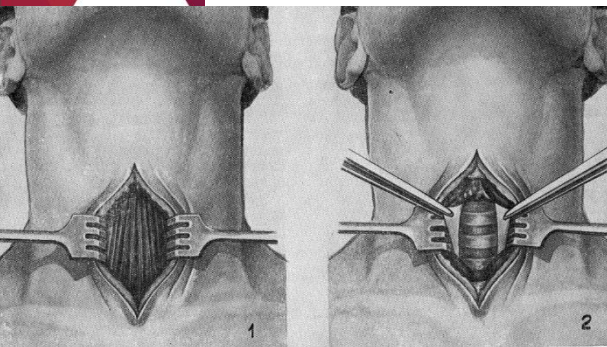
Крикотиротомия (крикокониотомия, коникотомия) – рассечение срединной перстнещитовидной связки (lig.cricothyroideum medianum)



ТРАХЕОСТОМИЯ

Этапы операции

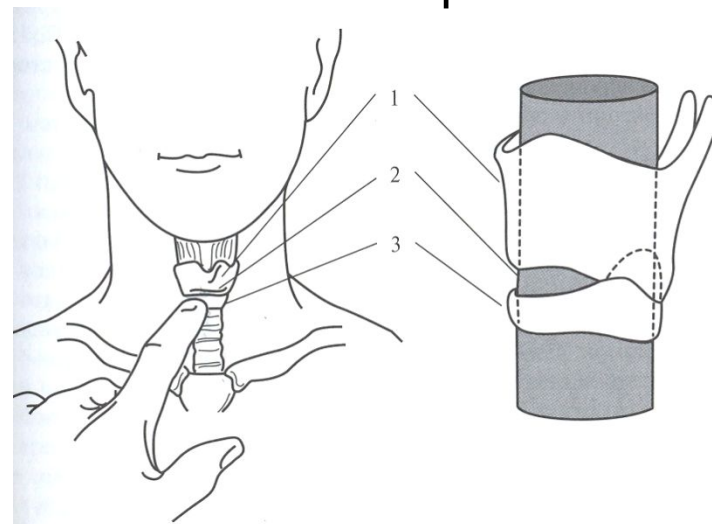
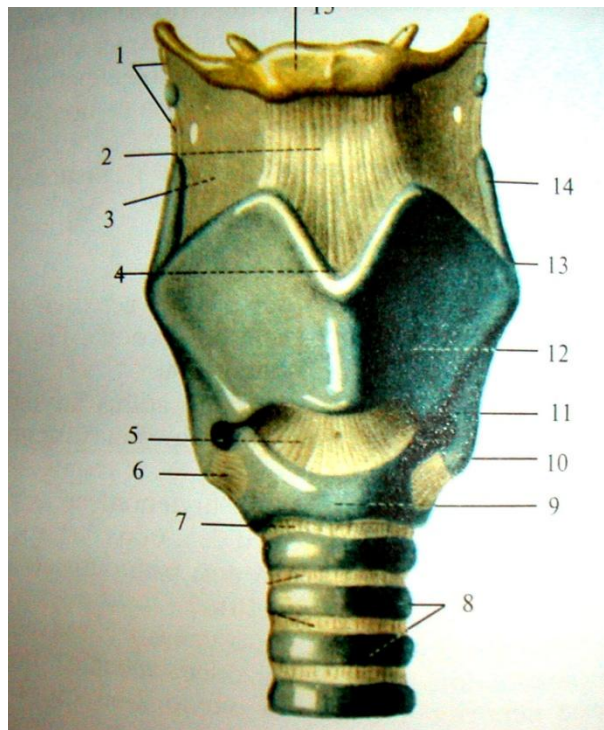
1. Разрез мягких тканей по средней линии шеи
2. Обнажение трахеи и отведение перешейка щитовидной железы
3. Фиксация трахеи
4. Вскрытие трахеи и введение трахеостомической трубки
5. Зашивание операционной раны
6. Фиксация трахеостомической трубки



Крикотиротомия (коникотомия) –

рассечение срединной перстнещитовидной связки

(lig.cricothyroideum medianum) и слизистой оболочки гортани

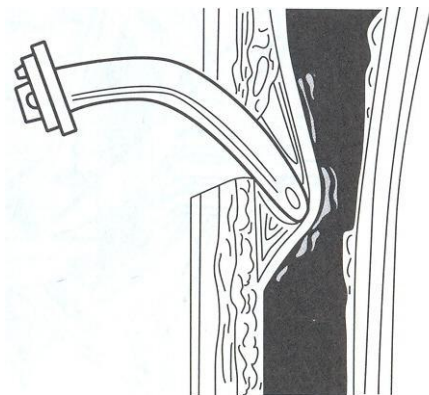


Пункционная коникотомия

Осложнения при трахеостомии

(технические «погрешности» при выполнении операции)

1. Кровотечение из нижних щитовидных вен, перешейка или самой щитовидной железы при их случайных ранениях, из сонных артерий или их ветвей и др.
2. Неполное рассечение слизистой оболочки и насильственное введение канюли может привести к отслаиванию слизистой оболочки - (полная обтурация просвета трахеи)



Осложнения при трахеостомии

(технические погрешности при выполнении операции)

3. «Проваливание» скальпеля и ранение задней стенки трахеи и пищевода – (возможность возникновения трахео-пищеводного свища)
4. Несоответствие длины разреза трахеи диаметру трубки
 - диаметр трубки больше разреза - некроз хрящей трахеи
 - диаметр трубки меньше разреза - подкожная эмфизема
5. Повреждение возвратных нервов при рассечении трахеи в поперечном направлении (не следует рассекать трахею более чем на $\frac{1}{2}$ ее окружности)
6. Описаны случаи повреждения купола плевры с возникновением пневмоторакса, ошибочного вскрытия пищевода вместо просвета трахеи, полного разрыва трахеи при грубом введении трахеостомической трубки в отверстие недостаточного диаметра.

Опухоли шеи

- Доброкачественные
 - лимфангиомы
 - липомы
- Злокачественные
 - лимфогрануломатоз (болезнь Ходжкина)
 - лимфосаркома
 - метастатические опухоли шеи

Лимфангиомы и липомы

- Мягкие, эластичные
- Подвижные при пальпации
- Не спаянные с окружающими тканями
- Безболезненные
- С чёткими границами
- Могут достигать значительных размеров

ЛИПОМА ЗАДНЕЙ ПОВЕРХНОСТИ ШЕИ И СПИНЫ



Лимфогранулематоз (болезнь Ходжкина)

- Увеличение отдельных лимфоузлов, затем – формирование пакетов лимфоузлов.
- Опухоль принимает значительные размеры.
- В дальнейшем увеличиваются и другие лимфоузлы (подмышечные, паховые)
- Появляется кожный зуд, температура, повышенное потоотделение.
- В дальнейшем увеличивается селезёнка, появляется асцит.

ЛИМФОГРАНУЛЕМАТОЗ



ЛИМФОСАРКОМА

- злокачественная опухоль, развивающаяся из лимфатических узлов и состоящая из элементов лимфоидной и ретикулярной тканей.
- Быстро развивается.
- Спаяна с окружающими тканями, сосудами, мышцами.
- Кожные покровы над опухолью подвергаются язвообразованию.
- Опухоль имеет неравномерноплотную консистенцию, бугристую поверхность, неровные очертания.

ЛИМФОСАРКОМА БЕРКИТТА



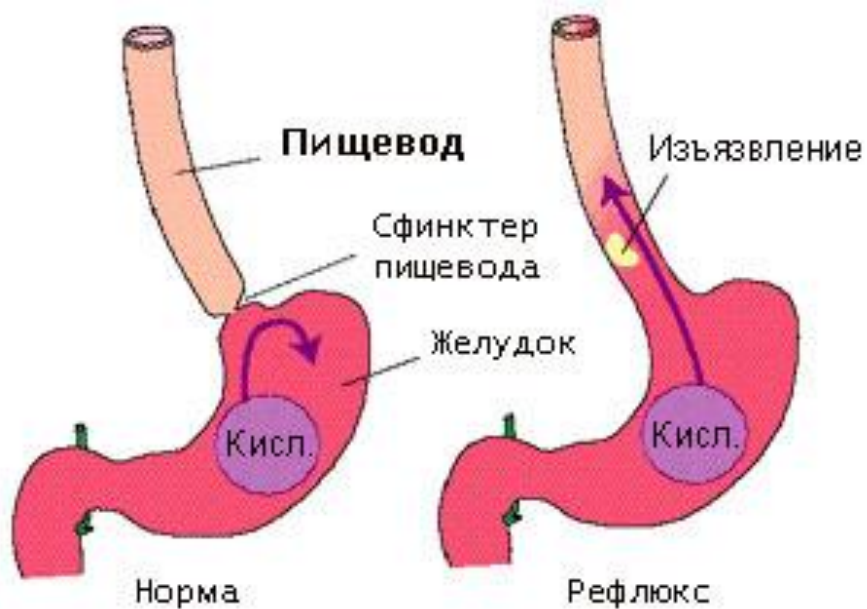
Фолликулярный РАК



ЗАБОЛЕВАНИЯ ПИЩЕВОДА

- Эзофагит, дивертикулы пищевода, ожог пищевода.
- ГЭРБ
- Грыжа пищеводного отверстия диафрагмы
- Ахалазия кардии, кардиоспазм
- Опухоли пищевода

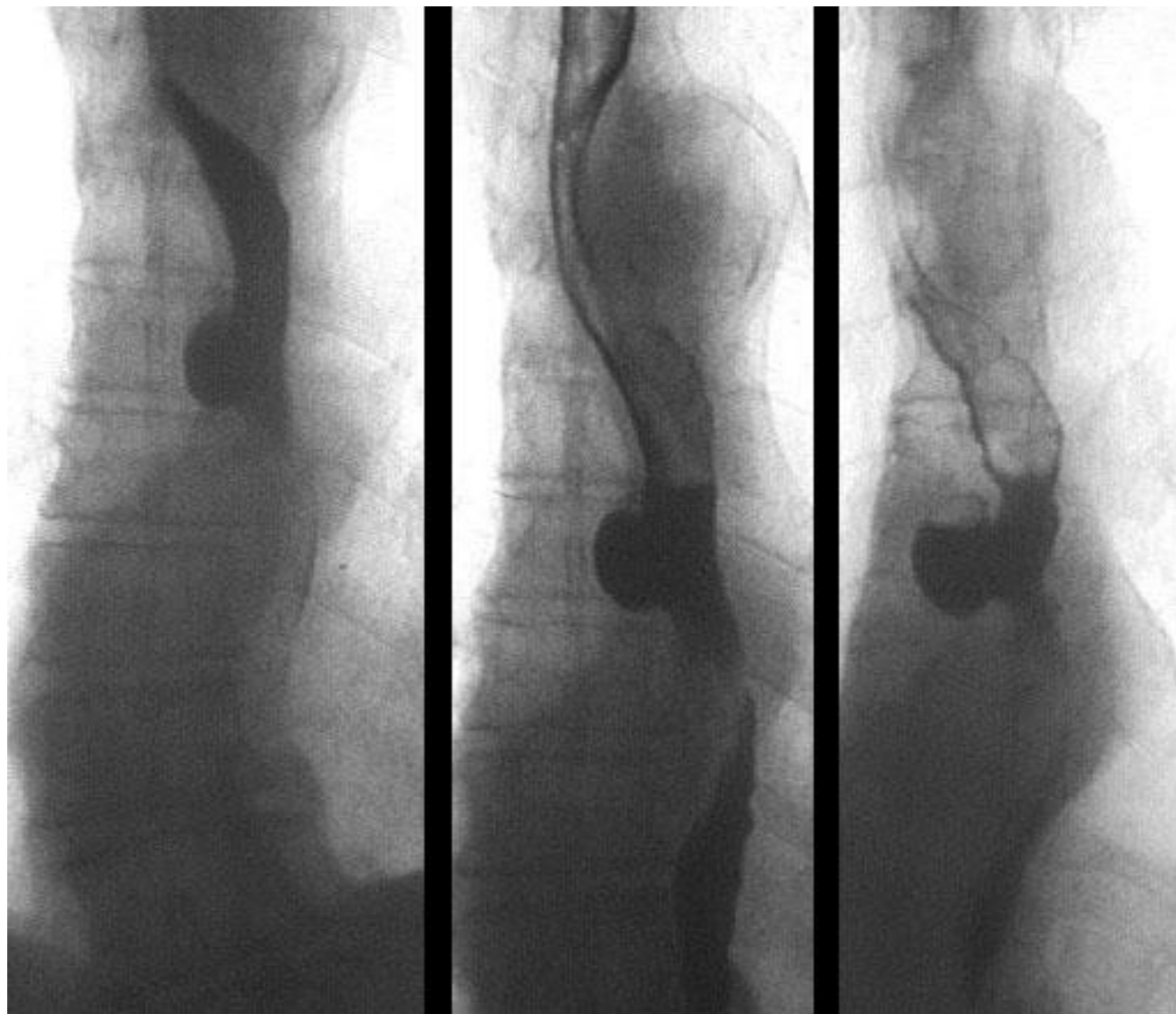
Эзофагит



Эндоскопическая картина рефлюкс-эзофагита



Дивертикул пищевода и дивертикулит



ОЖОГИ И РУБЦОВЫЕ СТРИКТУРЫ ПИЩЕВОДА

- Редко – термические (при приёме очень горячей жидкости, пищи). Чаще – химические (приём кислот, щелочей или окислителей).
- Наиболее часто развиваются в местах физиологических сужений.
- Зависят от характера и концентрации вещества, длительности экспозиции, рвоты и т.д.
- Некроз слизистых оболочек формируется в первые 4 дня. С третьей недели начинается рубцевание.

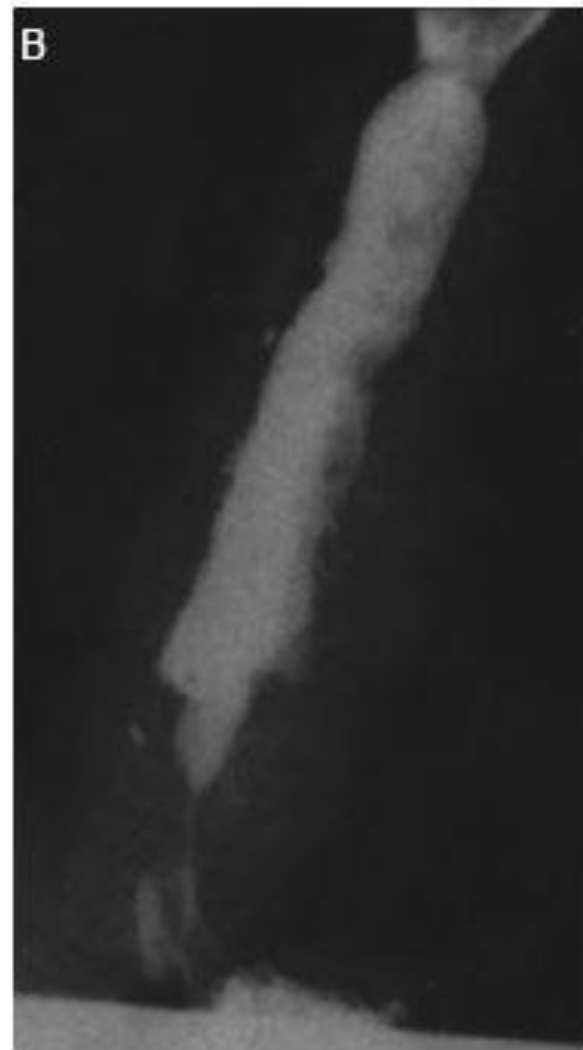
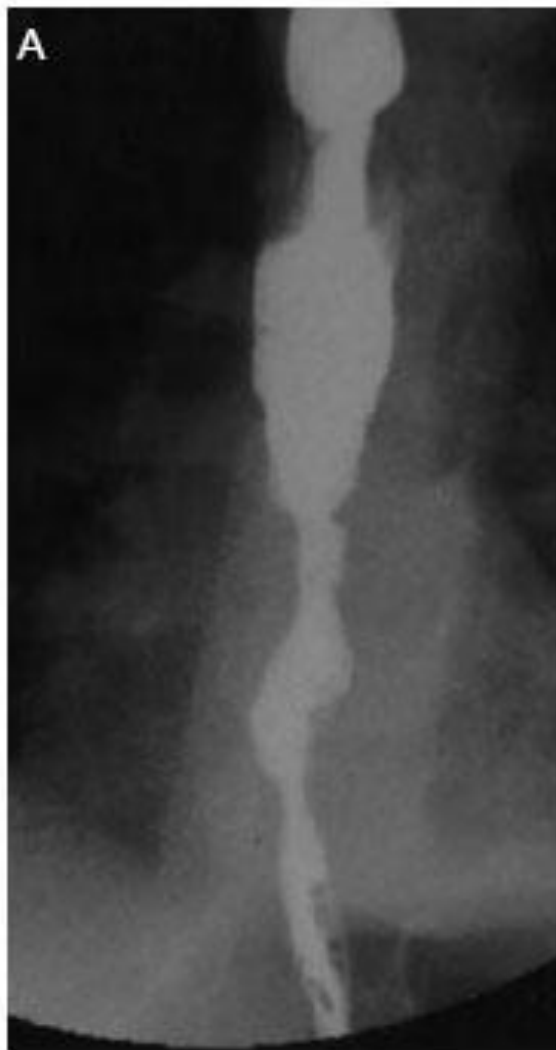
КЛИНИКА В ОСТРОМ ПЕРИОДЕ

- Интенсивная жгучая боль в полости рта, глотке, за грудиной, в эпигастрии.
- При обширных повреждениях – картина шока.
- Следы ожогов в полости рта, на коже вокруг рта.
- Развивается дисфагия.
- Возможно резорбтивное действие веществ, с развитием метаболического ацидоза или алкалоза, гемолиза.

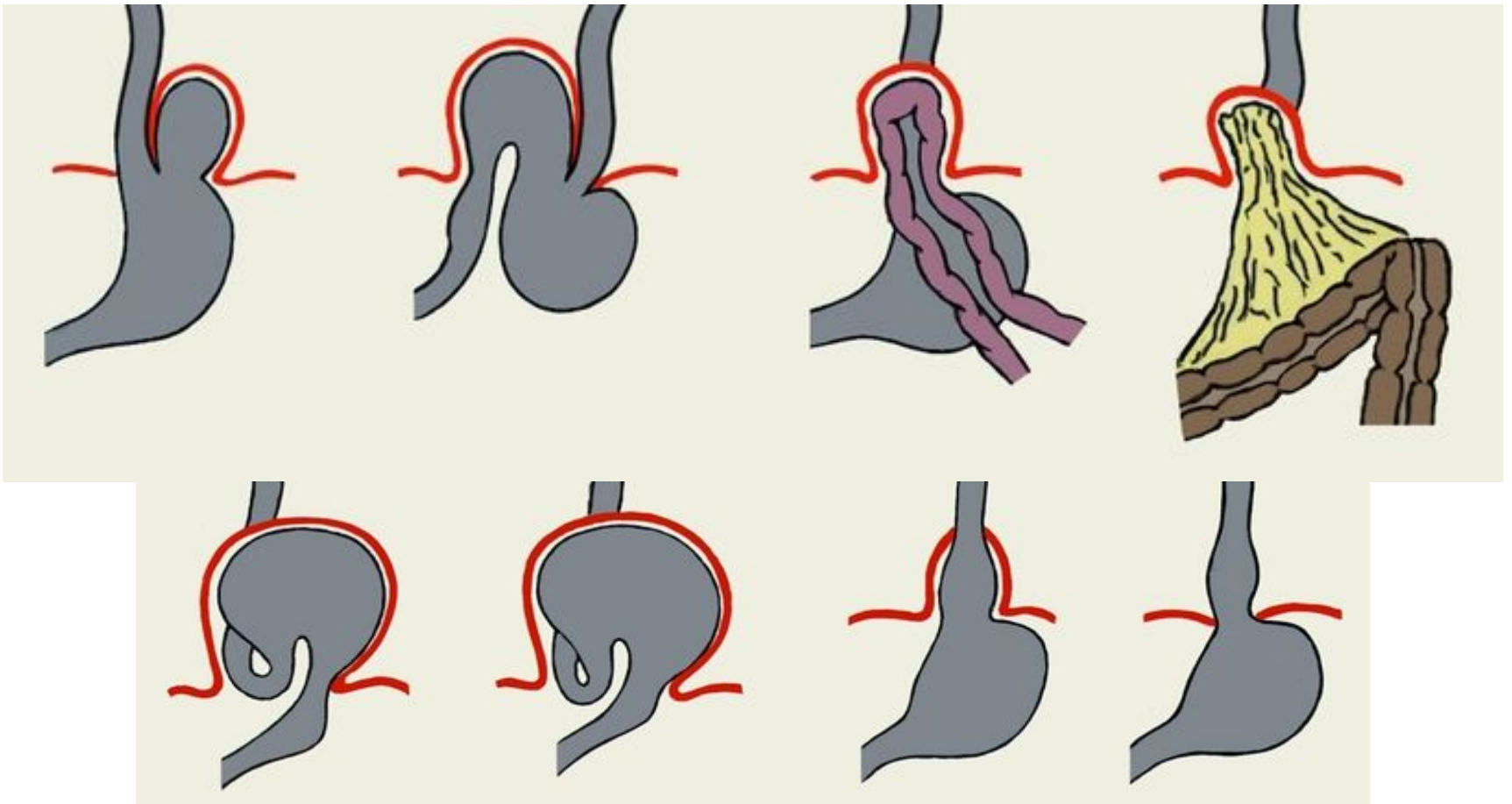
Клиника СТРИКТУРЫ (СУЖЕНИЯ) ПИЩЕВОДА

- На 3-4 неделе после ожога развивается постепенно нарастающая дисфагия.
- Пища может застаиваться выше места сужения, что приводит к её гниению, развитию воспалительных процессов, изжоги, отрыжки, гиперсаливации.
- Развивается чувство тяжести, боли за грудиной
- Периодически возникает регургитация.
- Отмечается снижение массы тела.

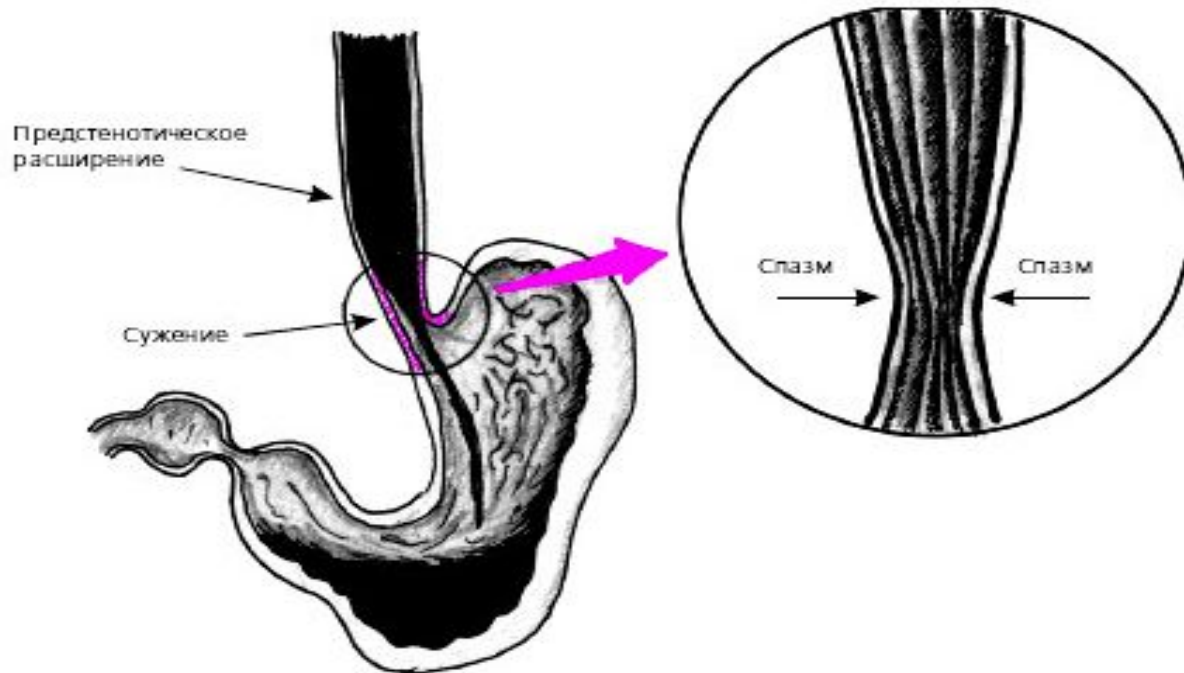
ОЖОГ ПИЩЕВОДА ДО СТЕНТИРОВАНИЯ И ПОСЛЕ.



ГРЫЖА ПИЩЕВОДНОГО ОТВЕРСТИЯ ДИАФРАГМЫ



Кардиоспазм и ахалазия кардии



Пищеводная дисфагия

от приема

Твердой пищи

Характер дисфагии

Периодическая, т.е.
не постоянная

Грыжа
пищеводного
отверстия
диафрагмы

Рефлюкс-
эзофагит

Постоянная и
прогрессирующая

Изжога?

Да

Рак пищевода
или желудка

Нет

Жидкой пищи

Характер дисфагии

Периодическая с
болями в затрудненном
пространстве

Диффузный
спазм
пищевода

Склеродермия
и другие
склерозирующие
процессы

Постоянная и
прогрессирующая

Изжога?

Да

Имеются
жалобы в
ночное
время

Ахалазия

Нет

Причины дисфагии

- Заболевания и травмы глотки (паратонзиллярный абсцесс, ангины, аллергический отёк, перелом подъязычной кости)
- Поражение нервной системы и мышц, участвующих в глотании (бульбарный паралич, бешенство, ботулизм, функциональные нарушения)
- Сдавление извне (опухоли, аневризмы, медиастинит, и т.п.)
- Заболевания и травмы самого пищевода (ахалазия кардии, кардиоспазм, стенозы и стриктуры)

КЛИНИКА ИНОРОДНОГО ТЕЛА ТРАХЕИ

- После аспирации инородного тела – приступ удушья, кашель, позывы на рвоту.
- Отмечается цианоз лица, кожа покрывается липким потом.
- Появляется осиплость голоса или афония.
- Возможно развитие ателектаза лёгкого со стороны закупоренного бронха.

КЛИНИКА ИНОРОДНОГО ТЕЛА ТРАХЕИ И БРОНХОВ

- При длительном нахождении инородного тела развивается пролежень, воспаление и инфицирование слизистой и прилегающих тканей.
- Гортань при пальпации болезненна.
- Диагноз подтверждается рентгенографией (если инородное тело рентгеноконтрастно), ларингоскопией, бронхоскопией.

ИНОРОДНЫЕ ТЕЛА ПИЩЕВОДА

- Боль при глотании, неприятное ощущение инородного тела.
- Регургитация пищи.
- Возможно развитие кровотечения из пищевода, перфорация его стенки с развитием медиастинита, флегмоны.
- Диагноз подтверждается рентгенографически, при помощи ФЭГДС.



СПАСИБО ЗА ВНИМАНИЕ!