ПРАВИТЕЛЬСТВО САНКТ-ПЕТЕРБУРГА

КОМИТЕТ ПО ЗДРАВООХРАНЕНИЮ

САНКТ-ПЕТЕРБУРГСКОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ

СРЕДНЕГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ

«МЕДИЦИНСКИЙ КОЛЛЕДЖ № 2»

**Н. Н. Сафонова**

**ТЕМА: «Хирургические заболевания органов шеи»**

Методическая разработка лекции

По дисциплине: «Хирургия»

Специальность 060101 Лечебное дело

Санкт-Петербург

2012 год

|  |  |
| --- | --- |
| УТВЕРЖДАЮ | Рассмотрено на заседании |
| Зам. директора о УР | хирургической ЦМК |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ И. Г. Максимова | Протокол №\_\_ от \_\_\_\_\_\_\_ 201\_\_г. |
|  | Председатель ЦМК \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ О. Б. Чеснокова |
|  |  |
|  |  |
| СОГЛАСОВАНО |  |
| Методист |  |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ О. А. Дятковская |  |

**Пояснительная записка.**

Методическая разработка составлена в соответствии с требованиями ФГОС и соответствует уровню подготовки по специальности «Лечебное дело» 060101 по дисциплине «Хирургия».

В методической разработке лекции по теме «Хирургические заболевания органов шеи» представлены все элементы проведения занятия: обоснование темы, цель, задачи занятия, вопросы теоретического и практического освоения материала, оснащение, схема интегральных связей, план проведения занятия, словарь терминов, конспект лекции, список литературы, а также контролирующие задания: вопросы для устного опроса, тесты.

В методической разработке использованы современные педагогические приемы и методики, стимулирующие критическое мышление, память, внимание, навыки работы в команде, а именно: кластеры, дерево предсказаний, инсерт, взаимоопрос.

**ГОУ СПО “Санкт-Петербургский медицинский колледж №2»**

**Предмет**: Хирургия

**Специальность:**  лечебное дело 060101

**Курс:** 2 курс

**ТЕМА:** «Хирургические заболевания органов шеи»

**Продолжительность**: 180 мин.

**Место проведения**: лекционный зал колледжа.

**Необходимое оснащение**: - методическое (схемы, наглядные пособия, фотографии)

- материальное (компьютер, мультимедийный проигрыватель)

**Вид занятия**: лекция.

**Цель занятия**: Сформировать теоретические знания по вопросам хирургических заболеваний органов шеи.

**Задачи:**

1. Учебная: обобщить и систематизировать имеющиеся знания об анатомических особенностях органов шеи. Дать основные понятия о методах обследования больных с хирургической органов шеи; видах врожденной патологии органов шеи и методах ее коррекции; травмах, деформациях, воспалительных заболеваниях области шеи, методах их лечения.
2. Развивающая: на основе знания клинических признаков заболеваний органов шеи и оценки общего состояния развивать подготовительное логическое мышление и умение ориентироваться в различных ситуациях.
3. Воспитательная: Воспитывать чувство профессионального долга, ответственности и сострадания у пациентов с заболеваниями органов шеи. Воспитание вежливости, культуры общения, терпения, тактичности.

**Студенты должны знать:**

1. Анатомические особенности органов шеи.
2. Методы обследования больного с хирургическими заболеваниями шеи, трахеи, пищевода.
3. Виды врожденной хирургической патологии шеи, трахеи, пищевода и методы её коррекции.
4. Острые воспалительные заболевания шеи: причины, особенности диагностики, течения, лечения, возможные осложнения.
5. Заболевания щитовидной железы: причины, течение, лечение, возможные осложнения.
6. Заболевания пищевода: ожог и рубцовый стеноз, особенности течения, лечения, возможные осложнения.
7. Инородные тела трахеи и пищевода: клинику, диагностику, неотложную помощь.
8. Уход за больными с хирургической патологией шеи, трахеи, пищевода

**План лекции.**

1. Введение. Обоснование актуальности темы. Особенности анатомии шеи, трахеи, пищевода.
2. Основная часть:
* врожденные заболевания шеи, пищевода;
* острые воспалительные заболевания шеи;
* ранения шеи;
* ожоги, стриктуры пищевода;
* заболевания щитовидной железы.
1. Обобщение темы.
2. Выборочный контроль.
3. Подведение итогов.

**Обоснование темы.**

Несмотря на успехи в диагностике и лечении, проблема хирургических заболеваний органов шеи не утратила своей актуальности. В настоящее время заболевания щитовидной железы являются одними из самых распространенных в мире. В Великобритании гормоны щитовидной железы получает более 1% населения страны. Большая распространенность болезней щитовидной железы ставит их в один ряд с такими заболеваниями, как сахарный диабет и болезни сердечно-сосудистой системы. По некоторым данным, распространенность заболеваний щитовидной железы еще выше, чем известно на сегодняшний день. Это связано с частым бессимптомным течением многих ее болезней. Именно этот факт, возможно, является основным в том, что пациентами с патологией щитовидной железы все чаще занимаются хирурги. Нередки случаи ожогов пищевода, чаще химических, приводящих к рубцовому сужению. Технический прогресс и несоблюдение мер безопасности приводят к травмам органов шеи, что может привести к фатальным последствиям.

Поэтому медицинский работник должен владеть научно-обоснованной информацией в этой области для оказания неотложной помощи, осуществления лечебной деятельности и для проведения просветительской и профилактической работы среди населения.

**Схема интегральных связей.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Истоки | Тема | Вход  |
| Основы латинского языка с медицинской терминологией | Хирургические заболевания органов шеи | Болезни зубов и полости рта |
| Анатомия и физиология человека | Основы реаниматологии |
| Основы патологии | Медицина катастроф |
| Основы сестринского дела | Основы реабилитации |
| Гигиена и экология человека | Педиатрия |
| Фармакология | Учебная практика |
|  | Профессиональная деятельность |

**План проведения лекции.**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| №п/п | Этап занятия | Цель этапа | Содержание и метод проведения | Время | Обеспечение этапа |
| 1. | Организация занятия | Сконцентрировать внимание студентов, мобилизовать их на работу | Проверка присутствующих, установка общей дисциплины, проверка внешнего вида. | 5 мин. | Групповой журнал, рабочие тетради |
| 2. | Формулирование темы и ее обоснование | Создать положительную мотивацию познавательной деятельности | Беседа. Смотри обоснование темы | 5 мин. | Мультимедийная аппаратура |
| 3. | Определение целей занятия | Сформулировать конечные цели | Беседа. Смотри учебные и воспитательные цели. | 5 мин. |  |
| 4. | Предварительный контроль знаний | Выявить исходный контроль знаний студентов по этой теме | Блиц-опрос | 15 мин. | Приложение 1 |
| 5. | Изложение нового материала | Реализация целей занятия | Преподаватель читает лекцию с осуществлением обратной связи и с использованием технического и методического оснащения | 120 мин. | Мультимедийная аппаратура |
| 6. | Закрепление нового материала | Контроль выполнения целей занятия | Закрепление материала путем демонстрации снимков с ответом на вопросы | 10 мин. | Мультимедийная аппаратура |
| 7. | Контроль усвоения лекционного материала | Реализация целей занятия | Решение тестов по теме лекции | 15 мин. | Приложение 2 |
| 8. | Подведение итогов.Домашнее задание. | Сформулировать конечные результаты на занятии | Преподаватель оценивает дисциплину на лекции, познавательную работу группы в целом. Объявляет тему следующего занятия. | 5мин. |  |

**Приложение.**

1. Вопросы блиц-опроса. Приложение 1.
2. Конспект лекции. Приложение 2.
3. Тесты для контроля усвоения материала лекции. Приложение 3.
4. Обеспечение лекции. Приложение 4. (Презентация на диске)

Приложение 1.

**Блиц-опрос.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| №п/п | Вопросы | Ответы |
| 1. | Какие анатомические сужения пищевода вы знаете? | Фарингеальное, бронхиальное, диафрагмальное |
| 3. | Каким нервом осуществляется чувствительная иннервация лица? | Тройничным нервом |
| 4. | Сколько гиалиновых хрящей образуют гортань? | 9 |
| 5. | Как называется место деления трахеи? | Bifurcatio tracheae  |
| 6. | Из каких частей состоит щитовидная железа? | Правая и левая доли и перешеек между ними |
| 7. | Назовите основные методы обследования пациентов с хирургическими заболеваниями органов шеи. | * выяснение жалоб
* анамнез заболевания
* анамнез жизни
* объективное исследование (осмотр, пальпация)
* лабораторные методы (клинический анализ крови, общий анализ мочи)
* рентгенологические методы (КТ, рентгенография)
* УЗИ мягких тканей шеи
* МРТ
 |

**Словарь терминов.**

**Зоб** - патологическое увеличение щитовидной железы вследствие гиперплазии ее ткани, накопления коллоида или разрастания соединительной ткани.

**Атрезия** - полное отсутствие просвета или естественного отверстия в органе, имеющем строение трубки.

**Тиреотоксикоз**  – заболевание, обусловленное повышенной функцией щитовидной железы.

**Ларингомаляция**  - Недоразвитие гортани - наиболее частая причина стридора у младенцев.

**Стридор** – шумное дыхание, обусловленное значительным сужением просвета гортани или трахеи.

**Трхеостомия**  – горлосечение, неотложная операция при нарушениях дыхания; метод реанимации.

**Стриктура**  – органическое сужение полого органа, сосуда, протока или канала, сопровождающееся частичным или полным нарушением его проходимости.

**Свищ** – отсутствующий в норме капал, выстланный грануляционной тканью или эпителием и соединяющий полости тела

**Киста** – патологическая полость в органах и тканях, имеющая стенку и содержимое.

Приложение 2.

**Конспект лекции.**

**Хирургические заболевания органов шеи.**

Введение. Обоснование актуальности темы. Особенности анатомии челюстно-лицевой области.

Несмотря на успехи в диагностике и лечении, проблема хирургических заболеваний органов шеи не утратила своей актуальности. В настоящее время заболевания щитовидной железы являются одними из самых распространенных в мире. В Великобритании гормоны щитовидной железы получает более 1% населения страны. Большая распространенность болезней щитовидной железы ставит их в один ряд с такими заболеваниями, как сахарный диабет и болезни сердечно-сосудистой системы. По некоторым данным, распространенность заболеваний щитовидной железы еще выше, чем известно на сегодняшний день. Это связано с частым бессимптомным течением многих ее болезней. Именно этот факт, возможно, является основным в том, что пациентами с патологией щитовидной железы все чаще занимаются хирурги. Нередки случаи ожогов пищевода, чаще химических, приводящих к рубцовому сужению. Технический прогресс и несоблюдение мер безопасности приводят к травмам органов шеи, что может привести к фатальным последствиям.

Прежде, чем говорить о заболеваниях, немного об анатомических особенностях шеи.

**Esophagus, пищевод,** представляет узкую и длинную активно действующую трубку, вставленную между глоткой и желудком и способствующую продвижению пищи в желудок. Он начинается на уровне VI шейного позвонка, что соответствует нижнему краю перстневидного хряща гортани, и оканчивается на уровне XI грудного позвонка. В нем различают части: partes cervicalis, thoracica et abdominalis. Длина пищевода 23-25 см.

Шейная часть пищевода проецируется в пределах от VI шейного до II грудного позвонка. Спереди от него лежит трахея, сбоку проходят возвратные нервы и общие сонные артерии верхняя треть грудного отдела пищевода лежит позади и левее трахеи, спереди к ней прилежат левый возвратный нерв и левая a. carotis communis, сзади - позвоночный столб, справа - медиастинальная плевра. В средней трети к пищеводу прилежит спереди и слева на уровне IV грудного позвонка дуга аорты, несколько ниже (V грудной позвонок) - бифуркация трахеи и левый бронх; сзади от пищевода лежит грудной проток; слева и несколько кзади к пищеводу примыкает нисходящая часть аорты, справа - правый блуждающий нерв, справа и сзади - v. azygos. В нижней трети грудного отдела пищевода сзади и справа от него лежит аорта, кпереди - перикард и левый блуждающий нерв, справа - правый блуждающий нерв, который внизу смещается на заднюю поверхность; несколько кзади лежит v. azygos; слева - левая медиастинальная плевра.

Брюшная часть пищевода спереди и с боков покрыта брюшиной; спереди и справа к нему прилежит левая доля печени, слева - верхний полюс селезенки, у места перехода пищевода в желудок располагается группа лимфатических узлов.

Стенка пищевода состоит из следующих слоев: самый внутренний - слизистая оболочка, tunica mucosa, средний - tunica muscularis и наружный - соединительнотканного характера - tunica adventiti

Просвет пищевода имеет ряд сужений и расширений, имеющих значение при диагностике патологических процессов:

1. фарингеальное (у начала пищевода),
2. бронхиальное (на уровне бифуркации трахеи)
3. диафрагмальное (при прохождении пищевода сквозь диафрагму).

Имеются еще два сужения - аортальное (у начала аорты) и кардиальное (при переходе пищевода в желудок), которые бывают выражены только у живого человека. Выше и ниже диафрагмального сужения имеются два расширения. Нижнее расширение можно рассматривать как своего рода преддверие желудка.

**Гортань, larynx,** помещается на уровне IV, V и VI шейных позвонков, тотчас ниже подъязычной кости, на передней стороне шеи, образуя здесь ясно заметное через наружные покровы возвышение. Сзади нее лежит глотка, с которой гортань находится в непосредственном сообщении при помощи отверстия, называемого входом в гортань, aditus laryngis. По бокам гортани проходят крупные кровеносные сосуды шеи, а спереди гортань покрыта мышцами, находящимися ниже подъязычной кости (mm. sternohyoidei, sternothyroidei, omohyoidei), шейной фасцией и верхними частями боковых долей щитовидной железы. Внизу гортань переходит в трахею. Хрящевой каркас гортани образован девятью гиалиновыми хрящами, 3 из которых непарные (надгортанный, перстневидный и щитовидный) и 3 парные (клиновидный, рожковидный, черпаловидный).

**Трахея, trachea** (от греч. trachus - шероховатый), являясь продолжением гортани, начинается на уровне нижнего края VI шейного позвонка и оканчивается на уровне верхнего края V грудного позвонка, где она делится на два бронха - правый и левый. Место деления трахеи носит название bifurcatio tracheae. Длина трахеи колеблется от 9 до 11 см, поперечный диаметр в среднем 15-18 мм.

Шейный отдел охватывается вверху щитовидной железой, сзади trachea прилежит к пищеводу, а по бокам от нее располагаются общие сонные артерии. Кроме перешейка щитовидной железы, спереди трахею прикрывают также mm. sternohyoideus и sternothyroideus, за исключением срединной линии, где внутренние края этих мышц расходятся. Пространство между задней поверхностью названных мышц с прикрывающей их фасцией и передней поверхностью трахеи, spatium pretracheale, заполнено рыхлой клетчаткой и кровеносными сосудами щитовидной железы (a. thyroidea ima и венозное сплетение). Грудной отдел трахеи прикрыт спереди рукояткой грудины, вилочковой железой, сосудами.

Стенка трахеи состоит из 16-20 неполных хрящевых колец, cartilagines tracheales, соединенных фиброзными связками - ligg. annularia; каждое кольцо простирается лишь на две трети окружности. Задняя перепончатая стенка трахеи, paries membranaceus, уплощена и содержит пучки неисчерченной мышечной ткани, идущие поперечно и продольно и обеспечивающие активные движения трахеи при дыхании, кашле и т. п. Слизистая оболочка гортани и трахеи покрыта мерцательным эпителием (за исключением голосовых связок и части надгортанника) и богата лимфоидной тканью и слизистыми железами.

**Щитовидная железа, анатомическое строение** - Щитовидная железа (glandula thyroidea) - непарный эндокринный орган, функция которого регулируется центральной нервной системой и тиреотропным гормоном передней доли гипофиза.

Железа располагается в области переднего треугольника шеи (trigonum cervicale anterius), ограниченного сверху основанием нижней челюсти, снизу - яремной вырезкой грудины, по бокам - передними краями правой и левой грудино-ключично-сосцевидных мышц. Щитовидная железа состоит из двух долей (lobus dexter et sinister) и перешейка (isthmus glandulae thyroidei) между ними. В 30-35% случаев наблюдается добавочная пирамидальная доля, lobus pyramidalis. Щитовидная железа в норме красновато-серого, иногда темного цвета, что зависит от степени её кровенаполнения. При пальпации - плотная и упругая. Размеры и масса щитовидной железы варьируют. Вес щитовидной железы в возрасте 20-60 лет колеблется от 17 до 40 г. Вертикальный размер долей 50-80 мм, перешейка - 5-15 мм. В поперечнике железа имеет размер около 50-60 мм, в передне-заднем направлении в области долей толщина 15-20 мм, на уровне перешейка 6-8 мм. Объём и вес щитовидной железы у женщин относительно больше, чем у мужчин.

Щитовидная железа окружена прозрачной, прочной фиброзной капсулой, от которой внутрь органа отходят соединительнотканные трабекулы, разделяющие железу на дольки и формирующие для паренхимы органа мягкий опорный скелет.

# Методы обследования органов шеи

Методы клинического исследования разделяют на основные и дополнительные. Основные состоят из выяснения жалоб, тщательного сбора анамнеза, в том числе развития заболевания, проводимого ранее лечения, его эффекта. Важны все данные анамнеза жизни, перенесенных и сопутствующих болезней. Объективное обследование больного включает наружный осмотр шеи*,* пальпаторное исследование мягких тканей. К дополнительным относятся различные инструментальные (рентгенологический, КТ, МРТ, электромиография, ангиография, стробоскопия, фиброларинготрахеоскопия) и лабораторные методы исследования (клинический, биохимический гормональный анализ крови, общий анализ мочи).

**Врожденные заболевания органов шеи.**

**Срединная киста шеи** принадлежит к аномалиям развития жаберных дуг и их производных (щитовидная и вилочковая железы). Обычно родители замечают такую кисту в возрасте 4-7 лет или позже – в 10-14 лет, что вероятно связано с гормональной перестройкой организма.

Срединный свищ шеи – это следствие незаращения щито-язычного протока, о чем свидетельствует его связь с подъязычной костью и слепым отверстием языка (в области корня языка). Такой свищ – первичный. Свищ, сформировавшийся в результате нагноения срединной кисты – вторичный. Необходимо знать, что свищ может открыться не только на коже, но и в области корня языка или глотки и «сброс» гнойного содержимого происходить в глотку.

Срединная киста шеи в спокойном состоянии определяется в верхней трети передней поверхности шеи (иногда в месте перехода шеи в область дна полости рта) как округлое образование. Границы его четкие, консистенция плотноэластическая или тестообразная. Образование смещается при пальпации и при акте глотания вместе подъязычной костью за счет тяжа, соединяющего кость с кистой.

Киста может открываться свищом на поверхность кожи отверстием незначительных размеров или в полость глотки. Из отверстия отделяется прозрачное слизистое содержимое. При этом может происходить периодическое уменьшение ее размеров в результате частичного опорожнения кисты через свищ.

Достаточно часто срединные кисты могут нагнаиваться и воспаляться. Это может проявляться воспалительными явлениями на передней поверхности шеи с гиперемией кожи над кистой, инфильтрацией тканей, болью при глотании. Такие кисты по клиническому течению напоминают абсцесс.

Из свища на коже (при его наличии) – гнойное отделяемое. При закрытии отверстия свища формируется абсцесса, который требует немедленного оперативного лечения и антибактериальной терапии по общим принципам лечения абсцессов

Для диагностики срединных кист шеи применяют:

- УЗИ;

- компьютерную или магнитно-резонансную томографию;

- зондирование или фистулографию с рентгеноконтрастированием;

- диагностическую пункцию кисты.

Лечение срединных кист хирургическое – удаление кисты (цистэктомия).

Проводится под наркозом.

Для предотвращения рецидива кисты после операции удаляется часть подъязычной кости.

**Боковая киста шеи**. Боковые кисты шеи  являются отшнуровавшимися в процессе развития ребенка остатками шейных карманов и располагаются в верхне-боковом отделе шеи по переднему краю кивательной мышцы между внутренней и наружной ветвями сонной артерии. Боковые свищи бывают полными и неполными (наружными и внутренними).

В области верхне-бокового отдела шеи определяется округлое образование, безболезненное при пальпации, достаточно подвижное, консистенция мягкоэластическая. Кожа над образованием не изменена. Если киста воспаляется или нагнаивается, то появляются все клинические признаки воспалительного инфильтрата или абсцесса соответственно

Боковых свищи шеи проявляются небольшими точками на коже по переднему краю кивательной мышцы, со скудным слизистым прозрачным отделяемым, которое может становиться гнойным при закупорке свища или нагноении кисты.

Лечение боковых кист и свищей шеи также хирургическое.

Проводится под наркозом.

**Врожденная кривошея** -  достаточно редко встречающаяся патология. Она бывает мышечной и костной.

**Врожденная мышечная кривошея** является следствием порока развития грудинно-ключично-сосцевидная мышцы, мышца при этом короткая, плотная, недоразвитая. Обычно на неправильное положение головы у ребенка обращают внимание уже в роддоме и обязательно начинают лечение. Ткани у младенца очень растяжимы. Специальные  процедуры и корригирующие воротнички позволяют эту мышцу растянуть. Лечение необходимо проводить в первый месяц жизни. Если этот момент упустить, то консервативными методами лечения патологически измененную мышцу не удастся вытянуть и ребенка придется оперировать после первого года жизни. Во время операции мышцу рассекают и удлиняют, а после операции назначают специальное лечение. Если кривошею не лечить, она постепенно прогрессирует, и у ребенка начинаются вторичные изменения, которые затрагивают, например, мышцы лица. Из-за того, что голова ребенка довольно долго находится в определенном положении, появляется асимметрия лица, черепа. Асимметрию практически невозможно убрать никакими процедурами.

**Врожденная костная кривошея** является следствием различных аномалий развития шейного отдела позвоночника (например сращение позвонков, добавочные позвонки, добавочные шейные ребра и т.д.). Это тяжелый врожденный порок развития и довольно редкий. Лечится консервативно, определенных улучшений можно добиться, но вылечить невозможно. Оперативное лечение показано только при сопутствующей тяжелой неврологической патологии. Кривошея опасна, прежде всего, своими осложнениями, развитием вторичных изменений:

* Может развиться деформация позвоночника, сколиоз с переходом в тяжелых случаях в кифосколиоз.
* Часто кривошея провоцирует лор-заболевания, заболевания глаз.
* Сопровождаться кривошея может головными болями, повышенной утомляемостью.

**Атрезия пищевода.** На основании анатомических вариантов различают шесть типов атрезии пищевода:

а) – полное отсутствие пищевода ; вместо него существует соединительнотканный 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.

Во рту новорожденного собирается пенисто-слизистая материя и секрет. Дыхание хрипящее, сопровождается кашлем и приступами удушья. Еще при первом кормлении грудью и при первой попытке напоить ребенка через соску или с ложечки после 2-3-х жадных глотков начинается [рвота](http://www.blackpantera.ru/useful/health/sickness/6646/) и часть рвотных масс выходит через нос. Ребенок оставляет грудь, нервничает, кашляет, синеет, задыхается, появляются приступы асфиксии. После кашля ребенок приходит в себя и снова становится розовым и бодрым. Каждая новая попытка кормления вызывает те же симптомы (рвоты, цианоз, удушье). "Ребенок глотает в легкие и дышит в желудок" (Февр). При рвоте часто аспирируется слюна и пр., в результате чего развивается аспирационная [пневмония](http://www.blackpantera.ru/useful/health/sickness/5839/). Такая пневмония сопровождается температурой, тахипноэ и цианозом. Постоянные рвоты быстро приводят к [эксикозу](http://www.blackpantera.ru/pediatrics/23409/). Чтобы предупредить повторные аспирации, которые могут очень плохо отразиться на результатах оперативного лечения, до операции ребенка не следует ни поить, ни кормить.

**Лечение**. Раньше лечение состояло только в наложении гастростомы. Сейчас при атрезии пищевода, если расхождение между выделенными концами его не превышает 1,5 см, накладывают анастомоз конец в конец. При значительном расхождении концов пищевода проксимальную часть его выводят на шею в виде эзофагостомы, накладывают гастростому для пита­ния ребенка, в последующем производят эзофагопластику.

При врожденном стенозе пищевода протяженностью до 1 , 5 см произ­водят продольное рассечение стенки его с поперечным сшиванием краев раны над катетером. Если участок сужения не превышает 2,5 см, то воз­можна резекция пищевода с анастомозом конец в конец; если протяжен­ность сужения более 2,5 см, показана эзофагопластика. При локализации сужения в области нижнего пищеводного сфинктера производят экстра-мукозную миотомию (кардиомиотомия Геллера) с фундопликацией по Ниссену.

При пищеводно-трахеальных и бронхопищеводных свищах производят пересечение свищевого хода и ушивание образовавшихся дефектов в обоих органах.

**Травмы шеи.**

**Ожоги пищевода** бывают **химическими, термическими и лучевыми**. Самыми частым видом ожогов пищевода следует считать химические. Они приводят к развитию острого ожогового эзофагита. У детей моложе 10 лет — после случайного приема неправильно хранимых едких веществ. У взрослых ожоги обычно возникают в результате приема вместо алкоголя химически агрессивных веществ либо суицидальной попытки. Частые в прошлом отравления каустической содой в наше время сменились более частыми отравлениями уксусной кислотой (эссенцией).

Едкие вещества (**кислоты, щелочи**) поражают обычно пищевод в области физиологических сужений и слизистую оболочку желудка до привратника. Наиболее опасными считаются ожоги пищевода щелочными растворами, поскольку при них не создается «защитный» струп, т. е. корочки из мертвых тканей, покрывающие поверхность ожога. Тяжесть ожога зависит от количества п концентрации химического яда (едкой щелочи, эссенции, раствора йода, фенола, сулемы и др.). Несмотря на рефлекторную рвоту, небольшого количества яда бывает достаточно для глубокого некроза и прободения стенки. Концентрированные растворы вызывают распад стенок пищевода и клетчатки средостения, следствием чего являются гнойный медиастинит, плеврит, абсцесс, интоксикации, заканчивающиеся смертью больного нередко в течение 2 — 3 сут.

Принято различать 3 степени ожога пищевода: **I** — поражение слизистой оболочки (поверхностный ожог);**II** — поражение пищевода до мышечной оболочки включительно (глубокий ожог); **III** — поражение всех оболочек и пара-эзофагеальной клетчатки (ранний перфоративный ожог).

**Клиника и диагностика.** различают **3 клинических периода ожога** пищевода: **острый**— во время развития отека, гиперемии, некроза и изъязвления стенок (глотание в этот период крайне болезненно, вызывает страх, больной отказывается от приема пищи); **подострый** — во время развития грануляций в области ожога (в этот период больной способен питаться «через силу», что сопровождается эзофагодинией, которая постепенно стихает, — ложная ремиссия и сменяется дисфагией); **хронический** — в период формирования рубцовых стенозов (дисфагия становится постоянной, прогрессирует, сопровождается рвотой, гиперсаливацией, вынужденным голоданием, исхуданием вплоть до алиментарного истощения).

Пострадавшего необходимо срочно госпитализировать в хирургическое отделение. Неотложная помощь заключается в нейтрализации кислот 2 — 3% раствором соды, мелом, жженой магнезией, щелочей — 1% раствором уксусной кислоты или растительным маслом. В неясных случаях показано обильное питье или промывание молоком. Промывание желудка через зонд считается целесообразным только в течение 6 ч после ожога пищевода. С первых же дней назначают рациональную антибиотикотерапию (парентерально), дезпптоксикационную терапию (реополигюкин, плазма, и др.) противошоковые мероприятия, нейролептические анальгетики (2,5 — 5 мг дроперидола с 0,05 — 1 мг фентанила), препараты фенотиазиновой группы (аминазин, промазин, френолон), местную анестезию рта и глотки (новокаин, дикаин), электролиты и витамины. При ожоге I степени можно со 2 — 3-го дня пробовать кормление молоком, сливками, сметаной, сырыми яйцами. При ожоге II степени питание лучше начинать с 10-го дня, после стихания острых воспалительных явлений. Никогда не следует забывать о возможности внезапной поздней перфорации пищевода вследствие изъязвления или отторжения глубокого гангренозного струпа. Спорной и рискованной остается все же нередко оправдывающая себя терапия глюкокортикостероидами, как одновременная профилактика рубцового стеноза. С целью профилактики стриктур применяются раннее (с 7— 10-го дня) бужирование пищевода под рентгенологическим контролем. При правильном лечении острой стадии ожога пищевода благоприятные результаты достигаются у 90% больных. В случаях неудач консервативного лечения и бужирования применяется оперативное лечение — пластика пищевода. Суицидальные мотивы ожога пищевода входят в компетенцию психиатра.

Повреждения органов шеи происходят при ушибах, различных авариях, огнестрельных и других ранениях. Резаные раны часто наносят с целью самоубийства. Различают поверхностные ранения мягких тканей и глубокие ранения с повреждением крупных сосудов и органов (гортани и трахеи, пищевода).

Клиническая картина. Главным признаком ранения артерий является кровь, которая изливается наружу струей алого цвета. В некоторых случаях при ранении артерий кровотечение может отсутствовать благодаря возникающему спазму, вворачиванию интимы и образованию тромба. Главными симптомами при повреждении крупных артерий (сонной артерии) являются кровотечения (первичные и вторичные), нарушения кровообращения (бледность кожных покровов, тахикардия, снижение АД и т.д.), гнойные осложнения. Травмы артерий могут приводить к образованию пульсирующей гематомы, которая проявляется пульсирующей припухлостью в области шеи.

Повреждение вен шеи встречаются реже, чем артерий. Основным признаком является сильное венозное кровотечение. Ранения вен шеи (особенно внутренней яремной и подключичной) могут сопровождаться опасным осложнением — воздушной эмболией, при которой засасывается воздух вследствие отрицательного давления в грудной клетке. Кроме того, вены шеи не спадаются, так как сращены плотными фасциями. При этом может возникнуть тампонада правых отделов сердца воздухом с последующей асистолией и остановкой дыхания.

При ранениях трахеи и гортани появляются приступообразный кашель, резкая одышка и цианоз. Через рану всасывается и выходит воздух с пенистой кровью. Затруднение дыхания может усиливаться за счет затекания в просвет гортани и трахеи крови, что часто приводит к асфиксии и смерти. Как правило, отмечается подкожная эмфизема шеи, лица, грудной клетки. При этих ранениях часто травмируются щитовидная железа, сосудистый пучок, пищевод. Признаками повреждения пищевода являются боль при глотании, истечение из раны слюны.

Тактика. При ранении артерии проводят экстренную остановку кровотечения методом пальцевого прижатия артерии в ране или на протяжении к поперечному отростку VI шейного позвонка, затем накладывают кровоостанавливающий зажим на сосуд или приводят тампонаду раны. При неэффективности этих мероприятий необходимо наложить кровоостанавливающий жгут. Для этого на рану накладывают асептическую повязку, тугой марлевый валик, на здоровую сторону (голова, шея, надплечье) накладывают шину Крамера или забрасывают за голову руку пострадавшего. Затем накладывают туры жгута вокруг шеи над шиной (рукой) и валиком.

При ранении вен необходимо наклонить голову вперед, прижав подбородок к груди. Методом пальцевого прижатия к VI шейному позвонку проводят временную остановку кровотечения и накладывают давящую повязку, вводят обезболивающие средства.

При ранении трахеи нужно срочно уложить больного на спину с валиком в области лопаток, голову запрокинуть. С помощью резиновой груши следует отсосать слизь и кровь из трахеи. Далее проводят больному обезболивание и вводят в трахею трахеостомическую трубку или любую пластмассовую или металлическую трубку. Убеждаются в восстановлении дыхания. Затем трубку нужно зафиксировать перевязочным материалом.
 При необходимости можно выполнить пункционную трахеостомию толстыми инъекционными иглами Дюфо. Для этого на 2 — 3 см ниже щитовидного хряща делают 6 — 8 проколов трахеи.

При всех ранениях шеи больного экстренно госпитализируют в хирургический стационар. Транспортировку осуществляют в положении больного лежа на спине на носилках (при артериальном кровотечении с опущенным головным концом). Необходимо следить за дыханием, пульсом и АД.

Лечение. В стационаре при ранениях сосудов шеи проводят окончательную остановку кровотечения.

При ранениях пищевода и трахеи проводят первичную хирургическую обработку, ушивание стенок с последующим дренированием.

**Заболевания щитовидной железы.**

**ЗОБ** – стойкое увеличение ЩЖ, не связанное ни с воспалением, ни с опухолевым процессом.

1. Эндемический
2. Эпидемический
3. Спорадический
4. Узловой
5. Диффузный
6. Смешанный
7. Эутиреоиный
8. Гипотиреоидный
9. Гипертиреоидный

Степень 0 — зоба нет, железа слабо пальпируется

Степень I — Железа пальпируется.

Степень II — Железа видна.

Степень III — «Толстая шея».

Степень IV — Форма шеи изменена.

Степень V — Гигантский зоб.

Диффузный токсический зоб характеризуется триадой — гипертиреоидизм, зоб и экзофтальм (выпученные глаза)

**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**.**

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.

Лечение тиреотоксикоза

* **Консервативное фармакологическое лечение** (препараты мерказолил и метилтиоурацил, В дополнение к антитиреоидным средствам применяются b-адреноблокаторы, глюкокортикоиды, седативные средства, препараты калия).
* **Радиойодтерапия** Радиоактивный йод, накапливающийся в клетках щитовидной железы, подвергает бета- и гамма- излучению всю железу. При этом уничтожаются клетки железы и опухолевые клетки, распространившиеся за её пределы.

**Хирургический.** Резекция щитовидной железы, струмэктомия.

**Экстренная помощь при инородных телах дыхательных путей**

1. **Прием Хаймлиха.**
2. **Трахеостома.**
3. **Коникотомия**

**Экстренная помощь при инородных телах пищевода.**

1. **Госпитализация в стационар.**
2. **Удаление инородного тела.**

Приложение 3

**Тесты.**

Выберите один правильный ответ

1. Доврачебная помощь при ранении шеи:

 а) асептическая повязка

 б) жгут

 в) давящая повязка

 г) профилактика столбняка

2. Осложнения при ранениях крупных вен шеи:

 а) массивная кровопотеря

 б) воздушная эмболия

 в) инфицирование

 г) подкожная эмфизема

3. Доврачебная помощь при химических ожогах пищевода:

 а) нейтрализация химического реагента, обильное промывание

 пищевода и желудка

 б) введение сердечно-сосудистых средств

 в) обработка ожоговых ран на слизистой рта

 г) пузырь со льдом на эпигастральную область

4. Осложнения, развивающиеся у пациента после химических ожогов пищевода:

 а) язва желудка

 б) рубцовый стеноз пищевода

 в) желудочный свищ

 г) кровотечение

5. Способ временной остановки кровотечения из сонной артерии при ранении шеи:

 а) пальцевое прижатие на протяжении

 б) наложение тугой повязки

 в) дробное переливание крови

 г) применение фибринной пленки

6. Назовите признаки нахождения инородных тел в пищеводе:

 а) боли в ротовой полости и по ходу пищевода

 б) дисфагия, похудание

 в) боли при глотании, нарушение проходимости пищи

 г) одышка, кашель, цианоз

7. Назовите признаки нахождения инородных тел в дыхательных путях:

 а) боли в ротовой полости

 б) дисфагия, похудание

 в) боли при глотании, нарушение проходимости пищи

 г) одышка, кашель, цианоз

8. Показание к проведению трахеостомии:

 а) инородное тело пищевода

 б) инородное тело гортани или трахеи

 в) рак пищевода

 г) ранение пищевода

9. Профилактика эндемического зоба:

 а) применение йода, калия йодида

 б) применение тиреоидина

 в) прием доброкачественной питьевой воды

 г) употребление йодированной соли

10. Тактика фельдшера при обнаружении у пациента «узла» в области щитовидной железы:

 а) взять на диспансерный учет

 б) пунктировать узел

 в) наложить полуспиртовой компресс

 г) направить к хирургу для уточнения диагноза

**Ответы:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| № задания | Ответ  | № задания | Ответ  |
| 1. | а | 6. | в |
| 2. | б | 7. | г |
| 3. | а | 8. | б |
| 4. | б | 9. | г |
| 5. | а | 10. | г |

**Литература для преподавателей.**

1. Хирургическая стоматология: Учебник Автор: под ред. T.Г. Робустовой Издательство: Медицина Год: 1996 Страниц: 688
2. Хирургическая стоматология Автор: В.А.Дунаевский (ред.) Издательство: Медицина Год издания: 1979
3. Клиническая оперативная челюстно-лицевая хирургия Автор: Александров Н.М. Издательство: Ленинград: «МЕДИЦИНА» Год: 1985
4. Хирургия: Учебник автор: под ред. Жукова Б. Н. Издательский центр «Академия», 2008. – 384 стр.

**Литература для студентов.**

1. Хирургия: Учебник автор: под ред. Жукова Б. Н. Издательский центр «Академия», 2008. – 384 стр.