

# Заболевания шеи, гортани, пищевода

- ▣ *Анатомо- топографическое строение:*
- ▣ Пищевод – орган, который лежит в средостении, не покрыт серозной оболочкой.
- ▣ Отделы пищевода:
  - ▣ Шейный отдел
  - ▣ Грудной отдел
    - ▣ - верхнегрудной
    - ▣ -среднегрудной
    - ▣ -нижнегрудной
  - ▣ 3.Абдоминальный отдел
  - ▣ 4.Кардиальный («кардиальная розетка») отдел



▣ *Заболевания пищевода:*

▣ Рак пищевода

▣ Рубцовая стриктура (сужение пищевода после ожога)

▣ *Рак пищевода*

▣ *Этиология рака пищевода:*

▣ 80 % встречается в нашем крае

▣ Чаще болеют мужчины, чем женщины

▣ Возраст 19 – 35 и старше

▣ Локализация н/3, реже в с/3, редко в/3

▣ Характер опухоли

▣ - плоскоклеточный

▣ -ороговевающий или неороговевающий

▣ - аденокарцинома



▣ Патологоанатомическое строение рака пищевода:

▣ Опухолевый узел растёт в просвет пищевода с эндофитным ростом

▣ Язвенный характер поражения

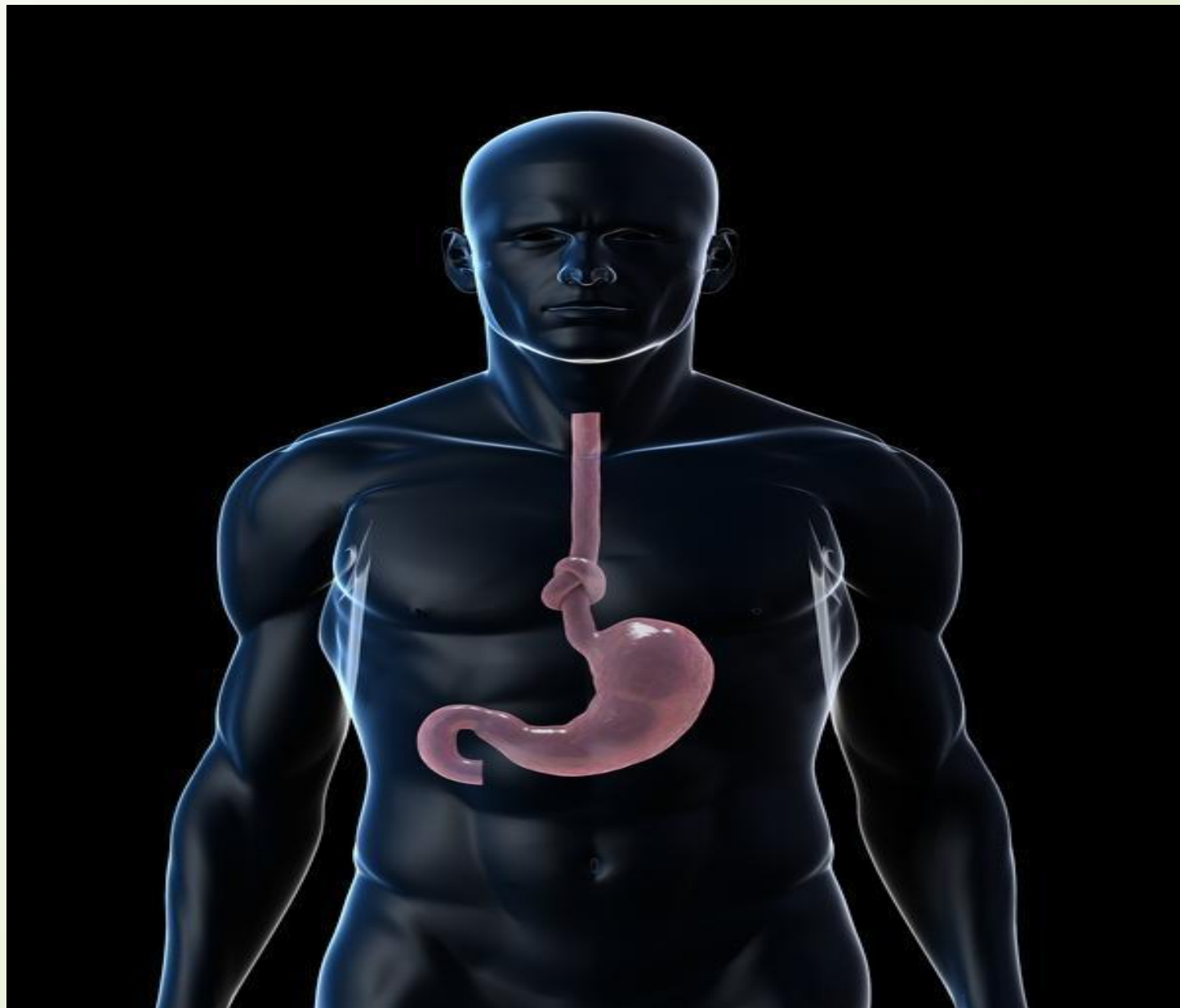
▣ - туберкулёзная язва

▣ - сифилитическая язва



# Клинические проявления рака пищевода

- Дисфагия (затруднение глотания пищи)
- - проходящая дисфагия
- 2.боль
- - вследствие того, что опухоль вышла за пределы пищевода, прорастает в серозные оболочки
- -эзофагит – проходящая боль
- 3. - пищеводная рвота – кислым содержимым
- - желудочная рвота
- 5. слюна не проходит через узкое отверстие
- 6. кровотечения (анемия)
- 7. слабость, головокружение
- 8. похудание (кахексия)





*□ Методы диагностика рака пищевода:*

*□ Рентгеноскопия с барием*

*□ ЭФГДС*

*□ Эндоскопический с биопсией*


*□ Метастазы в печень, подключичные лимфоузлы*

*□ Лечение рака пищевода:*

*□ Оперативное*

*□ Лучевая терапия*

*□ Химиотерапия*



□ Рубцовая стриктура – сужение просвета пищевода, в результате действия какого-либо химического, термического повреждения.

□ *Этиология рубцовой стриктуры:*

□ Химический ожог

□ Термический ожог

□ *Клиника рубцовой стриктуры:*

□ Дисфагия

□ Боль в области грудины

□ Ощущение «жжения» в области грудины

□ Рвота, кровохарканье

□ Слабость, недомогание

□ Слюнотечение



□ *Диагностика рубцовой стриктуры:*

□ - Осмотр, опрос анамнеза

□ *Лечение рубцовой стриктуры:*

□ Слепое бужирование (ретроградное)

□ Полое бужирование

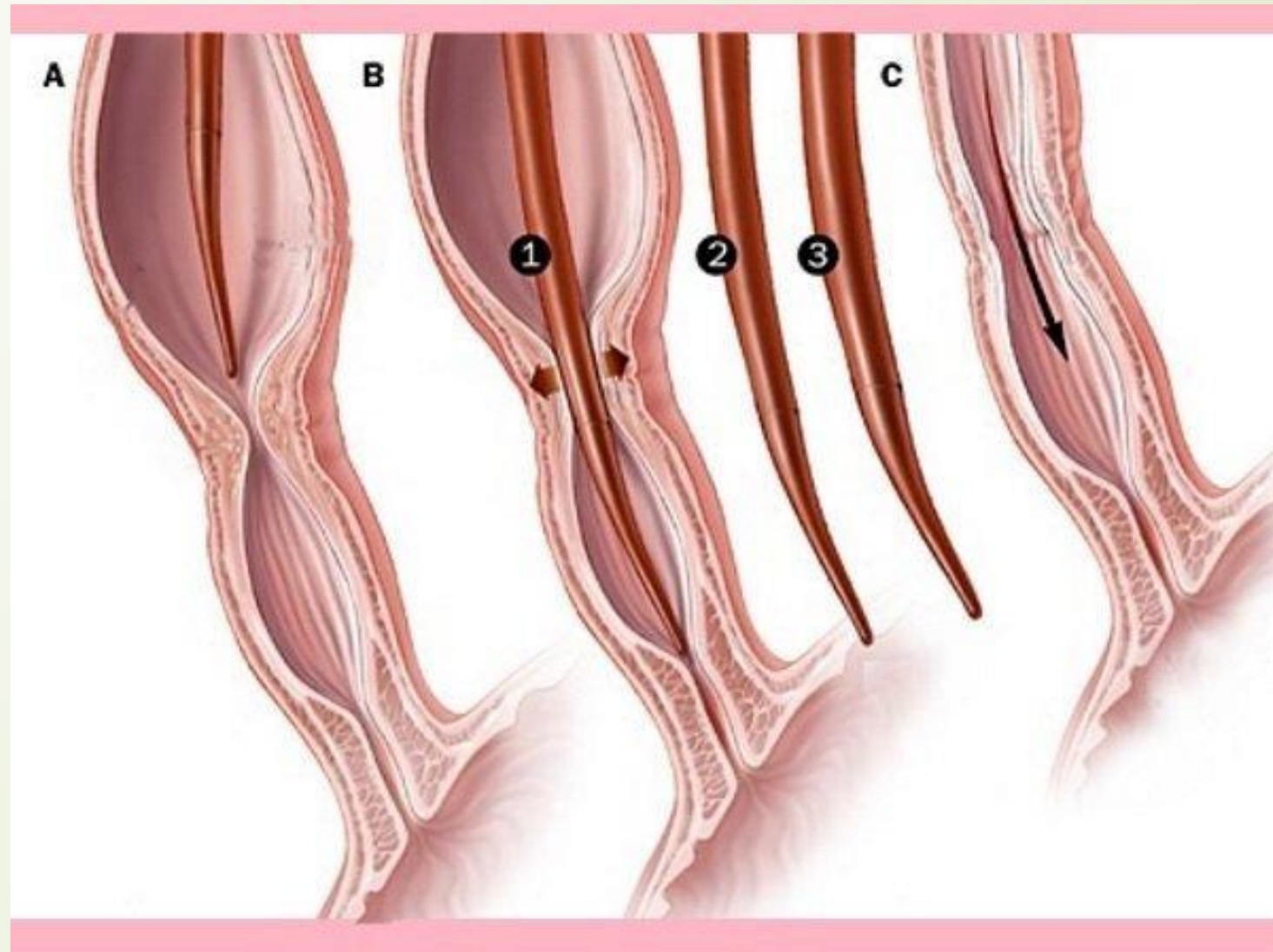
□ Инфузионная терапия


□ Детоксикационная терапия

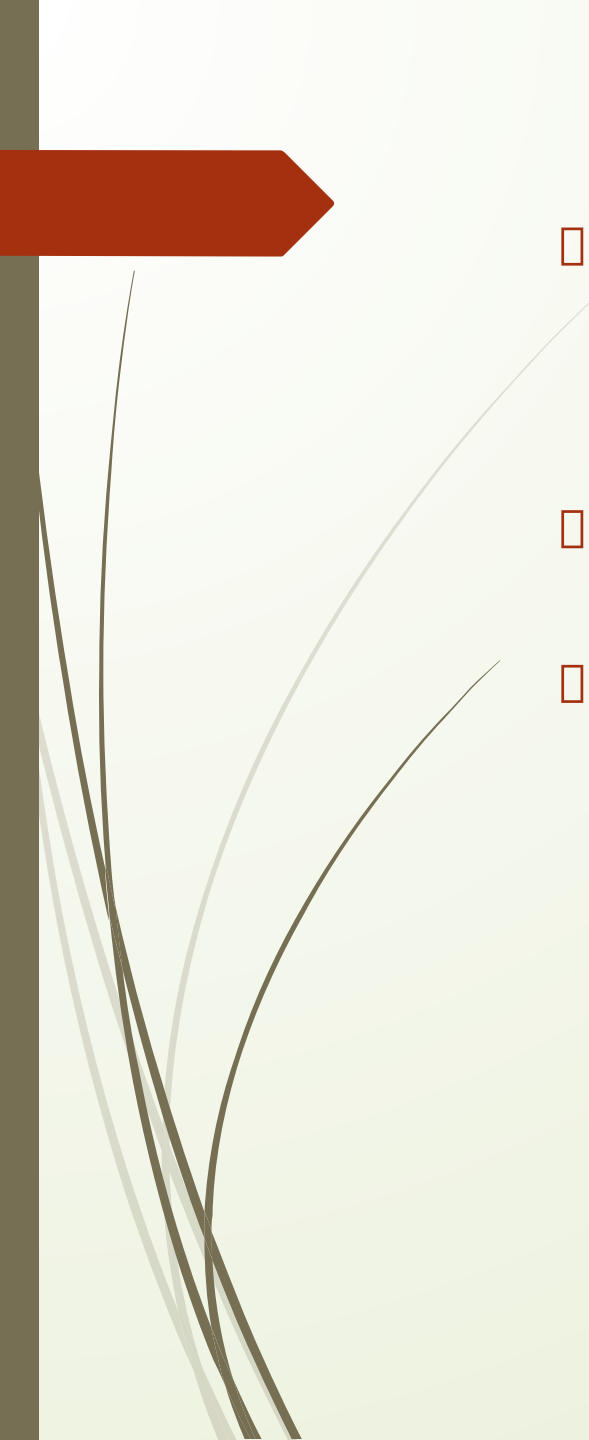
□ Симптоматическая терапия


□ Обезболивающая терапия






- 
- **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).


- 
- 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.




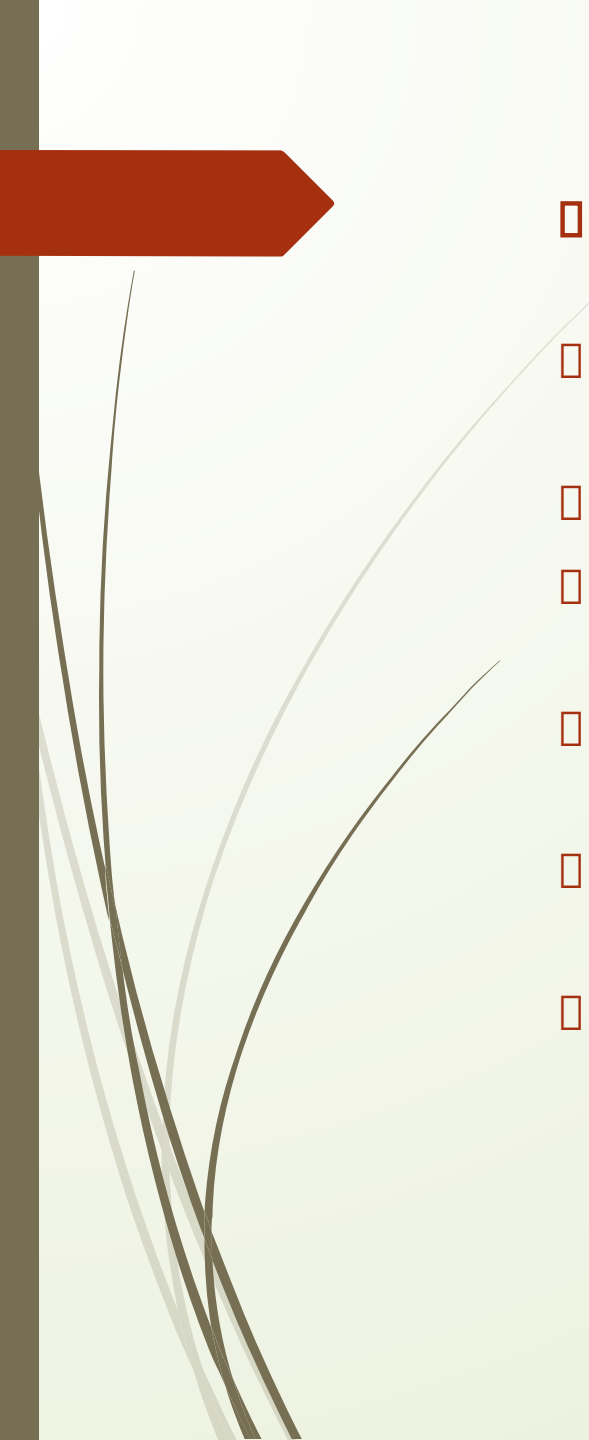
Для диагностики срединных кист шеи применяют:

- - 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.
  - **Врожденная костная кривошея** является следствием различных аномалий развития шейного отдела позвоночника (например сращение позвонков, добавочные позвонки, добавочные шейные ребра и т.д.).


- 
- **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.

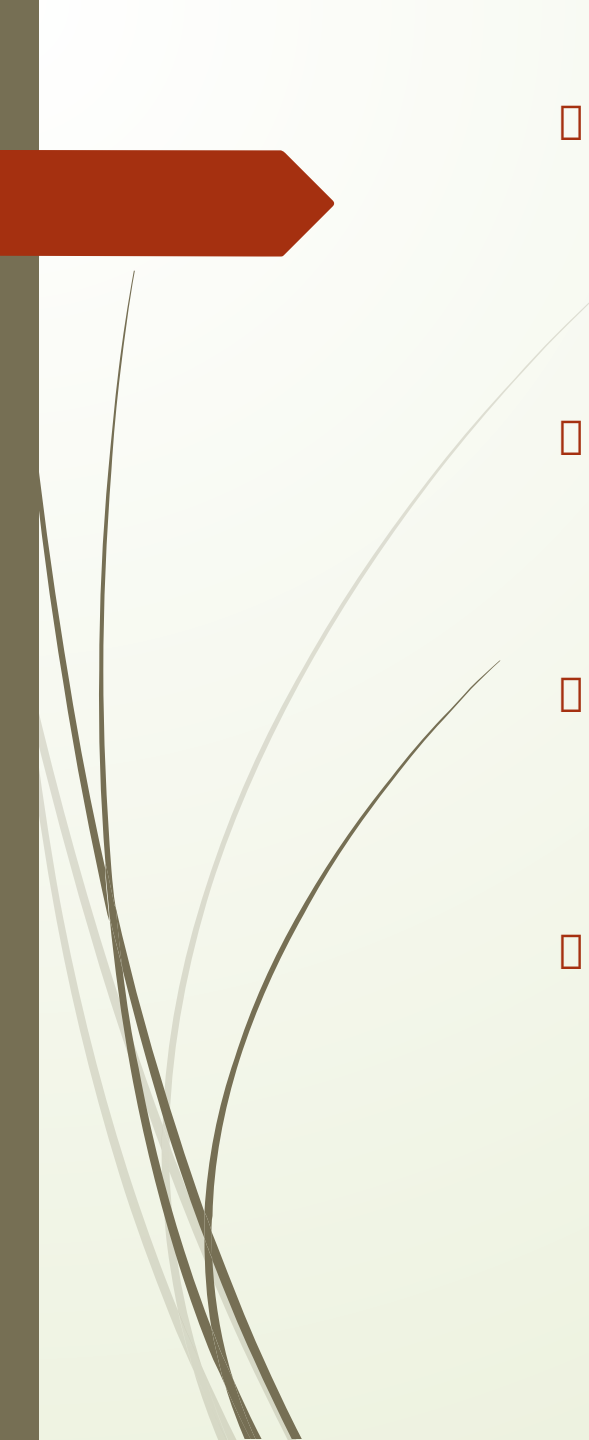


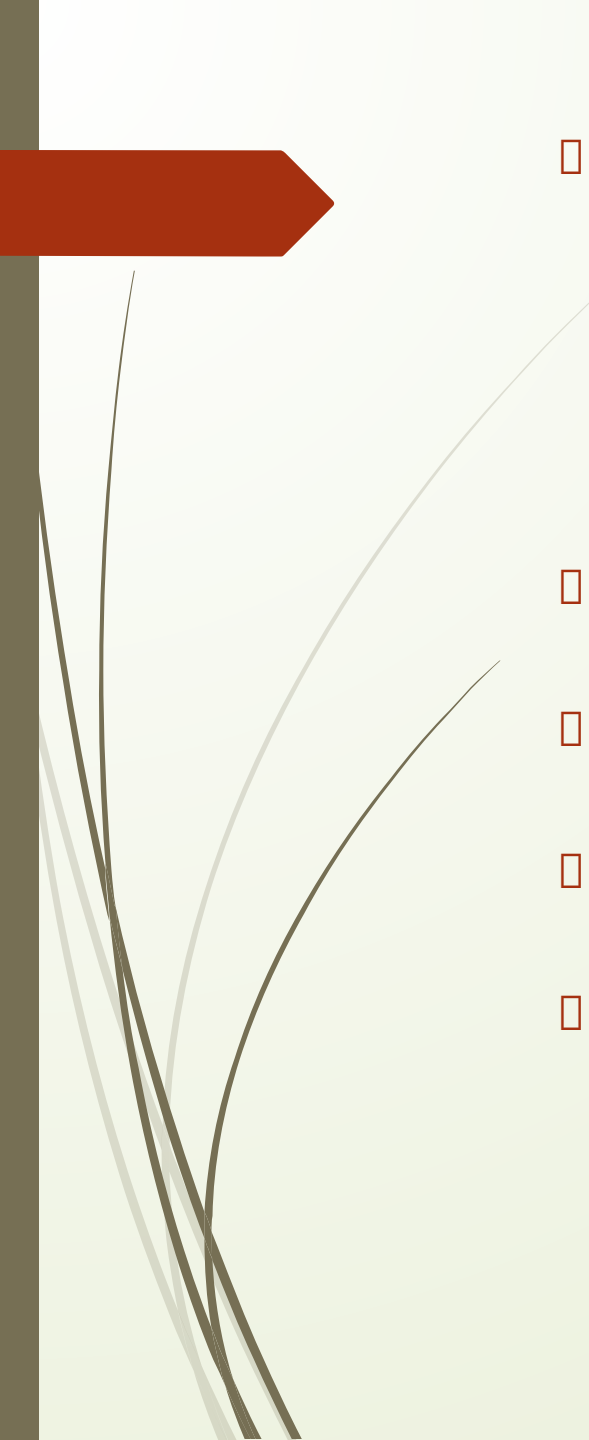


## □ Травмы шеи.

- 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 и 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),
  - дезинтоксикационную 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.



- **Заболевания щитовидной железы.**

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

- Эндемический
- Эпидемический
- Спорадический
- Узловой
- Диффузный
- Смешанный
- Эутиреоидный
- Гипотиреоидный
- 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 — гипертиреозидизм, зоб и экзофтальм (выпученные глаза)



## □ Степени тиреотоксикоза

□ Легкая

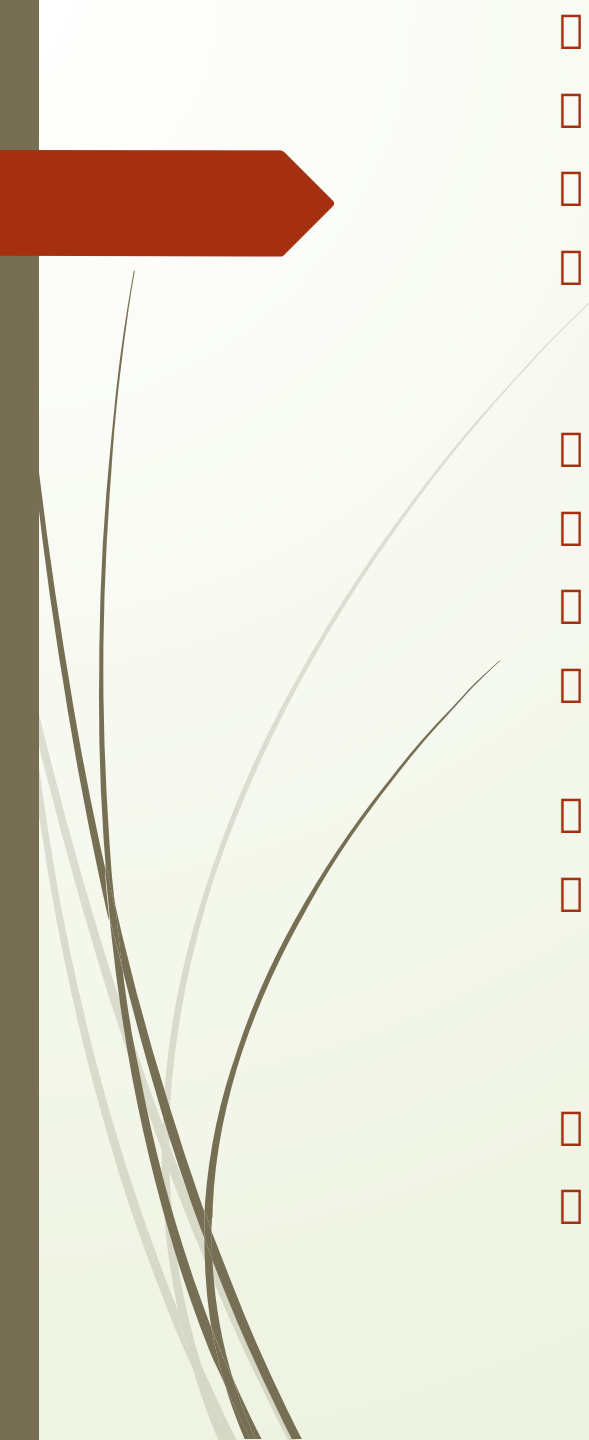
□ признаки тиреотоксикоза выражены незначительно, преобладает невротоподобная симптоматика, раздражительность;

□ 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.