

ХИРУРГИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ШЕИ, ТРАХЕИ, ПИЩЕВОДА

13.1. Методы обследования

Объективные методы. *Опрос.* При воспалительно-гнойных процессах больные жалуются на боли в области воспаления, повышение температуры тела; при ожогах пищевода — на жгучие боли в области рта; при инородных телах дыхательных путей — на приступообразный кашель.

Осмотр. Анатомическим ориентиром на шею является кивательная мышца, которая в виде валика проходит по передней поверхности шеи, между грудным концом ключицы и сосцевидным отростком височной кости. Пульс на сонной артерии, как правило, определяют в области средней трети мышцы по ее переднему краю. Резкое повышение внутригрудного давления при травматической асфиксии, опухолях средостения приводит к равномерному увеличению размеров шеи с нарушением кровообращения (хомутобразная шея). Нарушение кровотока по верхней полой вене и ее основным стволам (тромбоз, сдавление извне опухолью) приводит к расширению и пульсации вен шеи и цианозу кожи лица и шеи. При осмотре и пальпации может быть обнаружено неравномерное увеличение подчелюстной области и боковых отделов шеи в результате поражения лимфатических узлов опухолевым или воспалительным процессом (туберкулез, гнойная инфекция).

При обнаружении на передней и боковых поверхностях шеи свищевых отверстий необходимо обратить внимание на характер отделяемого и грануляций вокруг них. Густой сливкообразный гной с неприятным запахом характерен для гнойной инфекции. Жидкий водянистый гной без запаха специфичен для туберкулезного процесса.

Слизистое отделяемое характерно для врожденных свищей. Припухлость передней поверхности шеи типична для увеличения щитовидной железы. Размеры припухлости, ее распространение зависят от степени увеличения щитовидной железы и ее отделов. В момент акта глотания припухлость, связанная со щитовидной железой, вместе с гортанью движется вверх, а затем вниз (симптом глотка воды). При аневризме сонной артерии на шею отчетливо видна пульсация.

Пальпация. Ощупывание позволяет определить границы, консистенцию, подвижность, болезненность образований в области

шеи, смещаемость, связь с трахеей. Больного следует посадить спинной к проводящему исследованию со слегка наклоненной вперед головой. Четыре пальца каждой руки располагаются на железе, а большие пальцы должны охватывать шею. Во время пальпации больного просят делать глотательные движения. Иногда следует проводить пальпацию в положении больного на спине с валиком, подложенным под плечи. Верхние доли щитовидной железы определяются легко, нижние стараются прощупать в момент глотания. Если нижние границы прощупать не удается, следует предположить, что зоб распространяется загрудно.

Аускультация. Сосудистые шумы хорошо выслушиваются при аускультации шеи.

Дополнительные методы. Методы включают в себя рентгенографию шеи, эзофагографию, УЗИ щитовидной железы, скинтиграфию щитовидной железы, пункционную биопсию щитовидной железы.

13.2. Врожденные пороки развития

Кисты. Врожденные кисты подразделяют на срединные и боковые (встречаются значительно реже). Кисты растут медленно и долго не беспокоят больного. За медицинской помощью больные обращаются в случаях воспаления кисты или если она является косметическим дефектом.

Клиническая картина. При пальпации на шее определяется безболезненное, мягкое эластичное образование с четкими контурами, диаметр которого может варьировать от 2—3 см и более. Кожа над ним не изменена. При срединных кистах образование смещается при глотании. При нагноении кисты развивается клиника абсцесса шеи.

Лечение. Выполняют операцию иссечения кисты.

Свищи. Свищи могут быть врожденными или следствием нагноения кисты.

Клиническая картина. Врожденные свищи имеют длинный ход и открываются на кожу шеи. Из свища выделяется слизистое отделяемое. В случаях воспаления свища появляются признаки местной воспалительной реакции.

Лечение. Свищи лечатся оперативно иссечением.

Кривошея. Это врожденное заболевание связано с укорочением кивательной мышцы.

Клиническая картина. У больных голова повернута и наклонена.

Лечение. Консервативное лечение включает массаж, гипсовую повязку. Возможно и оперативное лечение, если причина кривошеи в рубцовой деформации.

Атрезия пищевода. При этом тяжелом пороке развития перший отрезок пищевода заканчивается слепом, нижний чаще всего сообщается с трахеей.

Клиническая картина. Признаки атрезии пищевода отчетливо проявляются в первые часы после рождения ребенка. Верхний слепой отрезок пищевода и носоглотка переполняются слюной, у ребенка появляются обильные пенистые выделения изо рта. Часть слизи новорожденный аспирирует, поэтому у него возникают приступы цианоза. После отсасывания содержимого носоглотки оно вскоре появляется вновь. Очень быстро в легких начинаются прослушиваться хрипы, нарастает одышка.

Тактика. Диагноз уточняют путем катетеризации пищевода тонким уретральным катетером с закругленным концом. Катетер вводят через нос. Пройдя на глубину 6—8 см, катетер упирается в слепой конец пищевода либо, заворачиваясь, выходит через рот ребенка. Проводят отсасывание слизи. Воздух, введенный в слепой конец пищевода, с шумом выделяется из носоглотки.

Учитывая огромную важность ранней диагностики атрезии — до возникновения аспирационной пневмонии, зондирование пищевода целесообразно проводить всем младенцам с синдромом дыхательных расстройств сразу после рождения. Ребенка с подозрением на атрезию необходимо срочно госпитализировать в отделение хирургии новорожденных.

Окончательный диагноз ставят после рентгенологического исследования. Катетер вводят в пищевод до упора, после чего выполняют обзорную рентгенограмму грудной клетки и органов брюшной полости. При атрезии рентгеноконтрастный катетер отчетливо виден в слепом отрезке пищевода.

Лечение. Только раннее оперативное вмешательство может спасти жизнь ребенку с атрезией пищевода.

13.3. Острые воспалительные заболевания

В зависимости от локализации абсцессы и флегмоны шеи могут быть поверхностными, расположенными в подкожной клетчатке, и глубокими, поражающими клетчатку или межфасциальные пространства.

Основная причина возникновения абсцессов и флегмон — попадание гноеродных микробов в подкожную клетчатку извне (ссадины, ранения, фурункулы), их перенос гематогенным путем при сепсисе (пиемии). Источником инфекции часто служат лимфатические узлы, которые поражаются при воспалительных процессах в полости рта, носоглотки, волосистой части головы, лица, поэтому на шее наиболее частой формой флегмоны является аденонфлегмона.

Клиническая картина. Возникновение абсцессов и флегмон шеи сопровождается местными и общими симптомами, свойственными острой гнойной патологии любой локализации: это головная боль, озноб, повышение температуры, тахикардия, учащение дыхания, тошнота, изменение состава крови. При гнойном расплавлении лимфатических узлов аденонфлегмона ограничивается фасциальным футляром. Флюктуация, как правило, не наблюдается. С начала заболевания отмечаются боли, вынужденное положение головы, затруднение и даже отсутствие движения головы из-за болезненности. При расположении абсцесса или флегмоны вблизи гортани, трахеи, глотки с пищеводом и крупных сосудов иногда появляются опасные симптомы затруднения дыхания или глотания, аррозийного кровотечения и тромбоза флебита. Для поверхностных флегмон характерны болезненность в области воспаления; быстро распространяющаяся разлитая припухлость, гиперемия кожи без четких границ, местное повышение температуры и нарушение функции пораженной части тела. Первоначально в этом месте имеется плотный воспалительный инфильтрат, который постепенно становится все более мягким. Нередко отмечаются лимфангоит и лимфаденит.

При глубоких флегмонах гиперемия кожи обычно отсутствует, а припухлость или отек бывают малозаметными. Однако характерны резкая и разлитая болезненность в области шеи, высокая температура тела и другие симптомы, свойственные воспалительному процессу (возможно развитие септического состояния). Иногда вследствие сдавления плотным воспалительным инфильтратом возникают нарушения функции органов шеи (гортани, пищевода). При прорыве гноя в средостение развивается острый медиастинит, который часто заканчивается летальным исходом.

Тактика. Необходимо экстренно госпитализировать больного в гнойный хирургический стационар в удобном для него положении.

Лечение. При подозрении на глубоко расположенный абсцесс проводят диагностическую пункцию. В этих случаях при получении гноя игла может явиться и «проводником», по которому делаются разрез, санация, дренирование. В стадии воспалительного инфильтрата назначают покой, местные тепловые, физиотерапевтические процедуры, антибиотики, инфузионную терапию.

13.4. Ранения шеи

Повреждения органов шеи происходят при ушибах, различных авариях, огнестрельных и других ранениях. Резаные раны часто наносят с целью самоубийства. Различают поверхностные ране-

ния 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 образующей припухлости 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 проводят тампонаду раны. При неэффективности этих мероприятий необходимо наложить кровоостанавливающий жгут. Для этого на рану накладывают асептическую повязку, тугой марлевый валик, на затылок 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 в наклон 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.

13.5. Ожоги и рубцовые сужения пищевода

Ожоги и рубцовые сужения пищевода часто встречаются у детей в возрасте от 2 до 6 лет. У взрослых они возникают в результате случайного (или с целью суицида) приема кислот (чаще уксусной), щелочей (нашатырный спирт, каустическая сода), силикатного клея и других контактно-действующих ядов.

В зависимости от глубины поражения тканей различают три стадии ожога:

- I — повреждение поверхностного слоя эпителия;
- II — поражение и омертвление более глубоких слоев слизистой оболочки;
- III — некроз всей слизистой, подслизистой оболочки и мышечного слоя пищевода.

Ожог щелочью вызывает более глубокие повреждения (колликционный некроз), чем ожог кислотой (коагуляционный некроз). Некроз слизистой оболочки формируется в течение первых 4 сут, затем омертвевшие ткани отторгаются и образуются язвы. С 3-й недели идет процесс рубцевания с формированием сужения пищевода.

Клиническая картина. Сразу после проглатывания у больного возникают жгучие боли в полости рта, по ходу пищевода и в подложечной области, сильное слюнотечение, рвота, дисфагия вследствие спазма пищевода и отека слизистой оболочки. Кожные

покровы бледные, дыхание учащено, наблюдается тахикардия, иногда — проявления шока. Через несколько часов появляются симптомы ожоговой токсемии (повышение температуры до 39 °С, возможны бред, мышечные подергивания, тахикардия, снижение АД, жажда). В тяжелых случаях возникает токсическое поражение паренхиматозных органов (почечная и печеночно-почечная недостаточность).

Различают четыре стадии клинических проявлений ожога пищевода:

- I — острая (период острого коррозионного эзофагита);
- II — хронического эзофагита (мнимого благополучия) — длится от 7 до 30 сут. В этот период происходит постепенное отторжение некротизированной слизистой оболочки и уменьшение дисфагии. При глубоких ожогах в этот период могут возникнуть перфорации пищевода с развитием медиастинита;
- III — образование стриктуры, длится от 2 мес до нескольких лет; характеризуется формированием рубца, проявляется постепенно нарастающим затруднением при глотании пищи;
- IV — поздним осложнением (развитие рака и пр.).

Тактика. Первая помощь заключается во введении наркотических обезболивающих, спазмолитиков (папаверин, но-шпа) и средств, уменьшающих сливающуюся (атропин), и удалении и нейтрализации проглоченных едких веществ. При необходимости вводят сердечно-сосудистые средства. Больного должен прополоскать полость рта водой, затем с целью местного обезбоживания выпить 100 мл раствора новокаина. Затем промывают пищевод и желудок через толстый резиновый зонд большим количеством воды (до 10 л), а после этого слабым раствором нейтрализующего вещества. Если пищевод поврежден щелочами, его промывают 1—2 % раствором лимонной или уксусной кислоты или водой, в которую выжат сок лимона. Для нейтрализации кислот используют 1—2 % раствор пищевой соды (гидрокарбоната натрия).

При невозможности промывания желудка большим дают пить молоко, растительное масло, яичные белки, крахмал, 0,25 % раствор новокаина.

При подозрении на перфорацию пищевода нельзя промывать желудок и давать пить. Больного немедленно госпитализируют в токсикологическое отделение.

Лечение. Пациентам проводят протившоковую и дезинтоксикационную терапию (растворы реополиглюкина, гемодеза, альбумина, желатина, плазмы, растворов электролитов и др.). Для нормализации деятельности сердечно-сосудистой системы назначают сердечные гликозиды, кортикостероиды. В первые 3—4 сут пациентам проводят парентеральное питание. Для профилактики вторичной инфекции и пневмонии назначают антибиотик широкого спектра действия.

Для предупреждения развития рубцового сужения пищевода пациентам с первых суток дают через каждые 30—40 мин микстуру, содержащую анестезин, антибиотик, подсолнечное масло, 5 % раствор новокаина по одному-двум глоткам, а с 3-х суток их кормят охлажденной пищей.

Назначение кортикостероидов также препятствует формированию рубцов.

С 9—11-х суток проводят бужирование пищевода. Если образовалось его рубцовое сужение, пациенту накладывают гастростому для кормления, а затем проводят пластику пищевода.

13.6. Заболевания щитовидной железы

Зоб. Зоб наблюдается у большинства жителей районов, где почва, вода и пищевые продукты содержат недостаточное количество йода (Северный Кавказ, Урал, Якутия, Прибайкалье). Зоб может развиваться в любом возрасте. В начальных стадиях заболевания в щитовидной железе определяется гиперплазия, ее функция повышается, затем в растянутых фолликулах накапливается коллоид, увеличиваются размеры железы.

Клиническая картина. Величина и функциональное состояние щитовидной железы обуславливает клиническую картину. Различают шесть степеней увеличения щитовидной железы:

- 0 — железа не прощупывается или слабо прощупывается;
- I — прощупывается перешеек щитовидной железы и небольшие боковые доли;
- II — щитовидная железа легко прощупывается, заметна при глотании;
- III — «толстая шея»;
- IV — выраженный зоб, изменяющий конфигурацию шеи;
- V — зоб очень больших размеров.

Зобом принято считать увеличение щитовидной железы III—V степени. Различают *диффузные*, *узловые* (чаще односторонние) и *смешанные* формы зоба. У детей наблюдается преимущественно диффузный зоб. В зависимости от функции щитовидной железы различают: эутиреозный зоб без признаков нарушения функции щитовидной железы (часто встречающаяся форма); гипотиреозный зоб с различной степенью гипотиреоза; гипертиреозный зоб с симптомами тиреотоксикоза. При большом зобе наблюдаются признаки сдавления трахеи, пищевода, крупных кровеносных сосудов. При узловых формах возможно злокачественное перерождение.

Лечение. При эутиреозном диффузном зобе небольших размеров проводят консервативное лечение. Назначать микродозы йода противопоказано при эутиреозном диффузном и узловом зобе ввиду опасности развития тиреотоксикоза. При узловых формах

зоба, особенно с прогрессирующим ростом или симптомами сдавления соседних органов, показано хирургическое вмешательство — резекция щитовидной железы.

Для предупреждения развития зоба необходимо обеспечить население в эндемичных районах йодированной солью, препаратами йода.

Тиреотоксикоз (диффузный токсический зоб, базедова болезнь). Тиреотоксикоз обусловлен токсическим действием избыточно вырабатываемого гормона тироксина на организм. При тиреотоксикозе ткань щитовидной железы диффузно гиперплазирована, реже в ней образуются гормонально активные узлы — аденомы.

Клиническая картина. Начало заболевания может быть постепенным и острым. Различают легкую, среднетяжелую и тяжелую форму тиреотоксикоза. Характерными симптомами являются зоб, тахикардия, пучеглазие. Щитовидная железа увеличивается, имеет мягкую или плотную консистенцию, располагается на обычном месте, реже за грудиной. Величина зоба не всегда соответствует тяжести тиреотоксикоза. У пациентов обнаруживается повышенная лабильность, возбудимость, отмечаются тревожный сон, быстрая утомляемость, мышечная слабость. Мышцы кистей, лопаток атрофируются. Над областью сердца прослушивается выраженный систолический шум, связанный с дистрофическими изменениями в миокарде и гемодинамическими расстройствами.

Иногда отмечается увеличение размеров печени. Стул кашицеобразный, до 3—5 раз в сутки, без патологических примесей. Субфебрилитет постоянный. Дрожание пальцев, рук, век, хореоформные подергивания появляются на ранних стадиях заболевания. В анализах крови отмечают лимфоцитоз, реже лейкопению, СОЭ умеренно увеличена, увеличено количество йода, связанного с белком. Определяется наклонность к гипергликемии, непостоянной глюкозурии. Поглощение радиоактивного йода щитовидной железой повышено.

Лечение. Начинают с консервативных мероприятий — максимальной диеты с консервативным содержанием покоя, высококалорийной консервативной терапии, хирургического лечения. Применяются активным йодом, рентгеновским облучением. Хирургическое лечение — субтотальная тиреоидэктомия — рекомендуется при прогрессировании симптомов тиреотоксикоза на фоне длительной консервативной терапии, при наличии узлов в железе.

13.7. Инородные тела дыхательных путей и пищевода

Инородные тела дыхательных путей. Инородные тела в гортань, трахею, бронхи попадают чаще всего из полости рта во время

последней еды, разговоре, при держании во рту каких-либо предметов, во время неожиданного глубокого вдоха, громкого смеха, всхлипывающего плача, крика, при испуге, неожиданном толчке и других обстоятельствах. Предрасполагающими причинами служат опьянение, функциональные или органические заболевания.

Клиническая картина. При попадании инородного тела у больного сразу появляется приступообразный кашель, часто сопровождающийся цианозом лица, охриплостью, иногда афонией, выделением мокроты (иногда кровавистой), рвотой. При инородных телах, фиксированных в трахее или бронхах, кашель молниеносно сопровождается болью в глубине грудной клетки, что заставляет больного принимать вынужденное положение, затрудняет дыхание вплоть до удушья по типу инспираторной одышки.

Тактика. Необходимо быстро обследовать ротоглотку и попытаться удалить инородное тело при его пальпаторном или визуальном обнаружении. Если пациент в сознании, можно начать с нескольких коротких, но сильных ударов в межлопаточную область. Если инородное тело после этого не эвакуируется, необходимо использовать прием Хеймлиха — обхватить пациента зади и установить кулак левой руки в области желудка, плотно захватив его правой кистью (рис. 13.1). Далее резкими толчкообразными движениями обеих рук сдавливают область желудка несколько раз подряд. Если прием эффективен и инородное тело продвинулось в ротовую полость, следует немедленно удалить его рукой из рта пациента. Глубокий вдох и судорожный кашель свидетельствует об успешности приема.

Если несмотря на попытки пациент синееет и теряет сознание, необходимо немедленно перевернуть его через свое согнутое колено лицом вниз и несколько раз сильно ударить ладонью в межлопаточную область. При асфиксии или нарастающих признаках удушья выполняют коникотомию (пункционную трахеостомию, коникотомию пятью-шестью толстыми иглами) и по показаниям проводят ИВЛ. Выполняется оксигенотерапия, при психоэмоциональном возбуждении внутривенно вводится 1 % раствор димедрола с 1 мл 0,1 % раствора атропина. Больного необходимо экстренно доставить в ближайший стационар с реанимационным и эндоскопическим отделением. При конста-



Рис. 13.1. Освобождение дыхательных путей с помощью приема Хеймлиха

тении биологической смерти посмертное извлечение инородного тела не проводят. При прижизненном извлечении инородного тела необходимо доставить этот предмет вместе с больным в приемное отделение стационара.

Лечение. Инородные тела гортани удаляют с помощью прямой ларингоскопии. В лечебном учреждении с помощью бронхоскопии удаляют инородные тела дыхательных путей.

Инородные тела пищевода. Попадающие в пищевод инородные тела чаще всего задерживаются у входа в него, где имеется первое физическое сужение. Иногда инородные тела задерживаются у второго физиологического сужения.

Тонкие селёдочные или рыбные кости часто застревают в миндалинах. Нередко глотают монеты, пуговицы, ручные часы, вилки и др.

Клиническая картина. Клиническая картина характеризуется страдальческим, испуганным выражением, болезненностью при глотании. Боль постоянная, ощущается чаще всего в подключичной ямке или в межлопаточной области. Характерными признаками наличия инородных тел в нижнем отделе пищевода считаются рвота или срыгивание проглоченной пищи или жидкости, повышение слюноотделения и частое заглатывание слюны. К вышеперечисленным симптомам можно добавить ощущение боли при легком поколачивании по позвоночнику на уровне того места, где находится инородное тело.

Инородные тела пищевода могут вызвать разные осложнения: прободение стенки пищевода с развитием флегмоны, медиастенит и др.

Тактика. Больному запрещают прием жидкости, вводят литическую смесь (атропин, анальгин, димедрол) и экстренно транспортируют в стационар.

Лечение. Удаление инородных тел глотки проводится пинцетом или щипцами под контролем зрения. В стационаре инородные тела пищевода удаляют с помощью эзофагоскопии.

13.8. Особенности ухода за пациентами

Особенности ухода за трахеостомой. К трахеостомии прибегают при непроницаемости верхних дыхательных путей, нарушении глотания, вынужденной длительной ИВЛ. Предварительно фельдшеру необходимо проверить манжету на герметичность и уточнить ее емкость. Перед трахеостомией не рекомендуется применять атропин, чтобы мокрота не была слишком вязкой, и наркотики, угнетающие дыхательный центр. Предварительно нужно отсосать слизь из верхних дыхательных путей и ротовой полости, обеспечить ингаляцию кислорода. За трахеостомой необходим строгий

уход. Нужно строго соблюдать правила асептики, систематически проводить трахеобронхиальную аспирацию, так как большой с трахеостомой теряет способность кашлять и говорить.

Для эвакуации слизи из трахеи и бронхов используются мягкие резиновые катетеры Тимана. Перед каждым отсасыванием в течение 5 мин проводят вибрационный массаж грудной клетки и выводят в трахею 10 мл физиологического раствора. Чтобы катетер попал в левый бронх, его клюв поворачивают влево, а голову больного вправо. При введении в правый бронх поступают наоборот. Следует напомнить, что нельзя отсасывать мокроту во время введения катетера. Во время аспирации целесообразно использовать приемы вспомогательного кашля. Такие отсасывания производят через каждые 30—40 мин. При бессознательном состоянии больного манжету держат постоянно раздутой. В других случаях воздух из манжеты рекомендуется на некоторое время выпускать. Если рана защиты слишком плотно, а манжета раздута недостаточно, иногда появляется подкожная эмфизема. В подобных случаях рекомендуется снять один-два шва с кожи около канюли.

Салфетка под щитком канюли должна систематически меняться (5—6 раз в сутки), а кожа вокруг обрабатываться настойкой йода.

При использовании металлической канюли внутреннюю трубку извлекают не реже 2 раз в сутки; она должна быть промыта, стерилизована и только после этого поставлена вновь. Если используют однослойные резиновые или пластмассовые канюли, их следует ежедневно заменять.

У больных с трахеостомой возможны осложнения, требующие немедленных действий. Если возникает обтурация канюли густой слизью, появляется бурное, хриплое дыхание с участием вспомогательных мышц. В таких случаях нужно срочно выпустить воздух из манжеты и заменить канюлю. Когда внезапно перестает дышать одно легкое, что может произойти при использовании слишком длинной трубки за счет обтурации одного из главных бронхов, следует немедленно подтянуть канюлю. При возникновении кровотечения из раны немедленно вызывают врача. При внезапном появлении у больного голоса, дыхания через рот или нос нужно думать о выпадении канюли из трахеи.

Трахеостома устраняет такие важные функции верхних дыхательных путей, как согревание и очищение вдыхаемого воздуха, его увлажнение. Возникающие вследствие этого подсыхание слизистой трахеи и бронхов и снижение температуры поступающего воздуха с 37 до 20 °С резко замедляют движение ресничек поверхностного эпителия. Кроме того, значительно возрастает потеря воды с выдыхаемым через трахеостому воздухом. Для предотвращения всего этого применяют «искусственный нос», представляющий собой разборную камеру из органического стекла с имеющейся

внутри спиралью из полосок алюминиевой фольги. «Искусственный нос» позволяет согреть и увлажнить вдыхаемый воздух.

При нарушении правил асептики, неправильной технике отсасывания, аспирации рвотных масс иногда развивается фибринозно-некротический трахеобронхит. При этом появляется вязкая гноинная зеленоватая мокрота. Назначают антибиототики как внутримышечно, так и капельно в трахею (на изотоническом растворе хлорида натрия) со скоростью 5—6 капель в 1 мин. Особое внимание при этом уделяют дренажу трахеобронхиального дерева.

Когда надобность в трахеостоме исчезает, канюлю удаляют. После деканюлирования кожу вокруг раны нужно обработать спиртовым раствором йода, наложить стерильную салфетку, а края кожи поверх салфетки стянуть лейкопластырем. Больному надо разъяснить, что в первое время при разговоре и кашле он должен придавливать повязку рукой. В течение нескольких дней после деканюлирования повязка быстро намокает, и ее необходимо часто заменять, обрабатывая каждый раз кожу вокруг раны раствором антисептика. Однако по мере заживления количество отделяемого из раны постепенно уменьшается и дефект на шее полностью закрывается.

Уход за пациентами с заболеваниями пищевода. Пациенты с заболеваниями пищевода должны быть тщательно подготовлены к операции, так как они часто бывают обезвожены и истощены. Фельдшер проводит инфузионную терапию. Перед операцией делают промывание антисептическими растворами расширения пищевода над местом сужения для удаления остатков пищи. После операции пациента помещают в палату интенсивной терапии или в реанимационное отделение до выхода из наркоза.

Фельдшер обеспечивает подачу увлажненного кислорода, заполняет и подключает систему для капельного введения жидкостей, проводит контроль за состоянием гемодинамики (измеряет АД, определяет частоту, наполнение и напряжение пульса, следит за окраской кожных покровов и слизистых, состоянием повязки, контролирует положение дренажа в плевральной полости, подсоединяет открытый конец дренажа к аппарату Боброва (пассивное дренирование) или периодически проводит вместе с врачом активное дренирование с помощью электроотсоса.

После выхода из наркоза пациенту придают полусидячее положение, проводят комплекс профилактических мероприятий для улучшения дыхательной функции и предупреждения осложнений со стороны легких: вдыхание увлажненного кислорода в течение первых часов после операции (по показаниям больше); комплекс физических упражнений, направленных на удаление секрета из трахеобронхиального дерева и направление легочной ткани, проводимых через 2—3 ч в течение 1-х суток, затем через 4—6 ч, а

начиная с 3-х суток 1—2 раза в день; аэрозольная терапия через 1—4 ч с использованием протеолитических ферментов, которые не влияют на слизистую оболочку, но разжижают мокроту.

Пациенту нельзя пить до 4-х суток после операции. Фельдшер должен быть особенно внимательным в эти дни, объяснить пациенту необходимость такого воздержания. Для уменьшения слюноотделения назначают атропин, слюну пациент должен сплевывать (необходимо обеспечить его специальной емкостью), а не глотать в течение суток после операции. Принимать жидкостью через рот пациент начинает с 4—5 сут после операции небольшими глотками до одного стакана воды в день. Через неделю после операции разрешают жидкую пищу (бульон, кисель, сметану) 5—6 раз в день по 40—50 мл пищи за один прием. Постепенно диету расширяют и через 2 недели переводят пациента на диету № 1.

Часто пациент поступает из операционной с назогастральным зондом. В этом случае его кормят через зонд. Если пациенту была наложена гастростома, кормление проводят через нее.

Уход за пациентом с заболеваниями шитовидной железы. При повреждении обоих возвратных нервов у пациента наступает острая асфиксия. Спасти его может только немедленная интубация трахеи или трахеостомия.

В послеоперационном периоде наиболее опасное осложнение — развитие *тиреотоксического криза*, который клинически выражается в резком обострении всех тиреотоксических признаков. У пациентов отмечаются резкая тахикардия, нередко мерцательная аритмия, повышается АД, появляются рвота, психические расстройства, повышается температура, может наступить смерть.

За пациентом после операции устанавливают динамическое наблюдение, контролируют частоту пульса и АД через 1 ч, температуру — через 2 ч. Больному придают возвышенное положение в постели с наклоном головы вперед, обеспечивают подачу увлажненного кислорода через носовую катетер, назначают и проводят с пациентом дыхательную гимнастику. По назначению врача вводят обезболивающие, сердечные средства.

Внимательно наблюдают за состоянием повязки, так как возможно развитие послеоперационного кровотечения. При первых признаках кровотечения пациента немедленно берут на повторную операцию, снимают швы и перевязывают кровотокающий сосуд.

Повышение температуры более 38 °C и учащение пульса свыше 120 уд./мин фельдшер должен расценить как тиреотоксическую реакцию и сразу начать вводить жаропонижающие и сердечные средства, одновременно вызвав врача.

При проявлении судорог также вызывают врача, вводят пациенту препараты кальция, если судороги вызваны повреждением парашитовидных желез.

К послеоперационным осложнениям относятся также трахеомалация — дегенеративные изменения в кольцах трахеи, их истончение. После удаления интубационной трубки из трахеи или в ближайшем послеоперационном периоде могут произойти перегиб трахеи в участке размягчения или сближение стенок и сужение просвета. Наступает острая асфиксия, которая требует срочной трахеостомии.

Послеоперационный гипотиреоз развивается при полном или почти полном удалении щитовидной железы. У пациентов развиваются признаки гипотиреоза (слабость, заторможенность, сонливость, трофические расстройства кожи, боли в конечностях), и препараты щитовидной железы назначаются пожизненно.

Контрольные вопросы

1. Перечислите особенности обследования больных с заболеваниями шеи, трахеи, пищевода.
2. Какие виды врожденной патологии шеи, трахеи, пищевода вы знаете?
3. Какие особенности ранений шеи вы знаете? Какова тактика фельдшера?
4. Какова тактика фельдшера при инородных телах трахеи и пищевода?
5. Почему при ожогах пищевода нельзя применять беззондовый («ресторанный») способ промывания желудка?
6. Назовите основные задачи ухода за больным с ожогом пищевода.
7. В чем заключается уход за больным после операций на щитовидной железе?
8. Какие инструменты необходимы для трахеостомии? Как осуществляется уход за трахеостомой?
9. Назовите показания и опишите технику выполнения пункционной трахеостомии.

ХИРУРГИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ОРГАНОВ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ

14.1. Методы обследования

Объективные методы. *Опрос.* Для пациентов с заболеваниями органов грудной клетки характерны жалобы на кашель, одышку, боли в области грудной клетки, затрудненное дыхание, выделение мокроты с патологическими примесями. Примесь крови в мокроте называется кровохарканьем. Оно встречается при туберкулезе легких, раке легкого, абсцессе или гангрене легкого, бронхоэктазах, травме легкого. Сухой мучительный кашель, не приносящий облегчения, характерен для инородного тела в бронхах; грубый лающий кашель может отмечаться при инородном теле трахеи. Одышка (учащение дыхания более 20 в минуту) свидетельствует о дыхательной недостаточности. Боль в области грудной клетки, усиливающейся при дыхании, характерна для поврежденной грудной клетки.

Для заболеваний молочной железы характерны жалобы на боль в ее области, появление уплотнений в железе, выделения из сосков, изменения кожи над железой. Эти симптомы могут отмечаться большими как в динамике, так и в связи с менструальным циклом, беременностью, лактацией.

Осмотр. Осмотр грудной клетки дает много информации для постановки диагноза. Обращают внимание на цвет кожных покровов и слизистых оболочек, состояние шейных вен, частоту дыхания, асимметрию грудной клетки. Локализация ранения сердца и стения в проекции сердца позволяет заподозрить ранение сердца и требует немедленной госпитализации больного. При переломах грудины, ключицы или ребер отмечается деформация грудной клетки. Активные движения при вдохе и выдохе позволяют выявить отставание одной из половин грудной клетки, что может быть связано с переломом ребер или скоплением жидкости в плевральной полости (гидроторакс). При осмотре также могут быть выявлены усиленная пульсация верхушки сердца или полное отсутствие сердечного толчка при сдавливающем перикардите.

Пальпация. Метод позволяет установить патологическую подвижность отломков ключицы, грудины, ребер, резкую болезненность в месте перелома ребра, голосовое дрожание, обнаружение крепитацию при подкожной эмфиземе, отечность и выбухание межреберных промежутков при пневмотораксе. Сдавливанием грудной клетки в переднезаднем или боковом направлениях выявляют