

14. Методика обстеження шиї

Анатомо-топографічні дані

Шию ділять на передній і задній відділи, межею яких є лінія, що з'єднує соскоподібний відросток лопатки. Передня поверхня шиї як справа так і зліва від середньої лінії за допомогою грудинно-ключично-соскового м'яза поділяється на два великих трикутники: внутрішній – з основою в ділянці нижньої щелепи й зовнішній – з основою в ділянці ключиці. У внутрішньому трикутнику виявляють підщелепну ділянку, обмежену краєм нижньої щелепи і двома ніжками двочеревцевого м'яза, і каротидний трикутник між заднім черевцем двочеревцевого м'яза, грудинно-ключично-соскоподібним м'язом і проксимальною частиною лопатково-під'язикового м'яза.

Огляд

Шию оглядають з усіх боків при прямому та боковому освітленні. Звертають увагу на її форму, контури, наявність змін на шкірі, набряку, потовщення вен, видиму пульсацію артерій, а також положення гортані та трахеї. При огляді передньої поверхні шиї грудинно-ключично-сосковий м'яз визначають у вигляді валика, який починається позаду нижньої щелепи і йде косо, медіальна донизу і фіксується до ключиці й грудинно-ключичного з'єднання.

Середина медіального краю грудинно-ключично-соскового м'яза є місцем знаходження пульсації сонної артерії. Різко видима пульсація сонних артерій ("танець їх") є характерною ознакою недостатності аортальних клапанів.

Огляд дозволяє виявити різке рівномірне збільшення розмірів шиї при раптовому стисненні грудної клітки і підвищення внутрішньогрудного тиску (травматична асфіксія), при стисненні середостіння пухлинами з порушенням крово- і лімфообігу (хомутоподібна шия) – нерівномірне збільшення в підщелепній ділянці й бокових відділах шиї як результат патологічного процесу лімфатичних вузлів (туберкульозний лімфаденіт, лімфогрануломатоз, лейкемія, лімфо-саркома). У ділянці передньої і бокової поверхні шиї при огляді можуть бути виявлені нориці різноманітного походження внаслідок туберкульозного лімфаденіту, гнійного остеомієліту хребців, актиномікозу, чужорідних тіл та вроджені. Необхідно визначити характер грануляційної тканини навколо нориці (плоскі, гіпергрануляції, драглисті, бліді, кровоточиві, яскраво-червоні), також кількість і якість виділень. Густий сметаноподібний гній з неприємним запахом зустрічається при гнійній інфекції, рідкий водянистий без запаху з елементами казеозного розкладу – при туберкульозі, гній з наявністю жовтих або білувато-сірих зерен – при актиномікозі. Слизові виділення характерні для природжених нориць, що утворюються в результаті неправильного зворотнього розвитку ембріональних ходів шиї. Бокові нориці, розташовані біля переднього краю грудинно-ключично-соскового м'яза, продукують невелику кількість слизового секрету, при нагноєнні виділення набувають слизово-гнійного характеру. Навколо фістульного отвору розвивається гіперемія й набряк шкіри. Серединні фістули беруть початок із сліпого утвору кореня язика, зовнішній отвір нориці міститься трохи нижче під'язикової кістки, іноді попереду від неї.

Збільшення передньої поверхні шиї нижче щитовидного хряща свідчить, як правило, про патологію щитовидної залози. Воло (зоб), пухлини, запальні процеси призводять до розширення її меж, перешийок може розповсюджуватись за грудину і доверху щитовидного хряща. При наявності пухлини на передній поверхні шиї відносно місця розташування щитовидної залози перевіряють симптом ковтка води.

У момент ковтання хворим рідини пухлина, зв'язана із щитовидною залозою рухається разом із гортанню спочатку доверху, а потім донизу.

Пальпація

При пальпації слід визначити межі припухлості, консистенцію (м'яка, щільна, вузлувата), розташування трахеї стосовно середньої лінії, зміщення утвору в вертикальному і горизонтальному напрямках. Верхні полюси залози пальпуються добре, а нижні можуть заходити за грудиною і їх треба пальпувати під час ковтання. Пальпацію щитовидної залози проводять наступним методом. Спочатку лікар стає перед хворим і лівою рукою фіксує шию, а долоню правої руки кладе повздовж, пальцями вверх, на передню частину ший. Пальпує щитовидний хрящ, просить хворого незначно підняти голову догори. Після цього ковзає пальцями вниз по поверхні щитовидного і далі по дужці перстневидного хрящів. Безпосередньо під ним знаходиться горизонтально розташований валик перешийка щитовидної залози. Пальпуючи перешийок, визначають його ширину, консистенцію, рухомість при ковтанні. Після цього між внутрішнім краєм кивального м'яза й трахеєю безпосередньо над верхнім краєм перешийка пальпують бокові частки

Описаний метод пальпації щитовидної залози слід доповнити таким прийомом: хворий сидить на стільці, лікар стає позаду хворого і двома руками охоплює шию так, щоб великі пальці знаходились позаду, а інші лежали на передній поверхні. Після цього середніми пальцями обох рук знаходять щитовидний хрящ, перешийок щитовидної залози. Пальпують тканини, які знаходяться над трахеєю. Зміщують пальці по боках трахеї до внутрішніх країв кивальних м'язів. Пальпуючи таким методом, необхідно, щоб хворий незначно опустив голову для розслаблення кивального м'яза. Щоб визначити рухомість щитовидної залози просять хворого зробити ковток .

У нормі частки щитовидної залози не пальпуються, а перешийок визначається у вигляді поперечно лежачого валика, гладкого, безболісного, однорідної консистенції.

Розміри щитовидної залози поділяються на V ступенів:

0 – щитовидна залоза не пальпується;

I – щитовидну залозу на око не видно, пальпується перешийок, іноді бокові частки;

II – залоза легко пальпується, але контури ший зміщені незначно, залоза помітна на око при ковтанні;

III – збільшення щитовидної залози помітне не тільки при ковтанні, змінені також контури ший;

IV – виражений зоб, різко змінена конфігурація ший;

V – зоб великих розмірів.

Збільшення щитовидної залози I-II ступенів слід вважати гіперплазією, III-IV-V ступені збільшення щитовидної залози є вираженим зобом.

За характером збільшення щитовидної залози розрізняють:

а) дифузну форму, при якій щитовидна залоза збільшена рівномірно;

б) вузловий зоб, коли в тканині щитовидної залози промацується один або декілька вузлів;

в) змішану форму, при якій пальпуються вузли й ділянки рівномірно збільшеної тканини щитовидної залози.

15. Поранення шиї

У ділянці шиї здебільшого спостерігаються різані, колоті й вогнестрільні рани. Вогнестрільні поранення шиї під час Великої Вітчизняної війни були у 0,5-1 % поранених.

Розрізняють поверхневі, глибокі, сліпі, наскрізні поранення. Останні поділяються на сагітальні (передньо-задні), косі й фронтальні (поперечні) поранення.

При поверхневих пораненнях ушкоджуються шкіра, поверхневі судини і фасції шиї. Глибокі поранення небезпечні внаслідок можливості ушкодження великих кровоносних судин (сонних артерій, яремної вени та ін.), блукаючого нерва, глотки, стравоходу, трахеї, щитовидної залози...

Ушкодження сонних артерій супроводиться сильною кровотечею і дуже часто є смертельним. При вузьких ранових каналах після поранень сонних артерій виникають пульсуючі гематоми, в дальшому утворюються травматичні аневризми. Поранення великих вен в результаті негативного тиску можуть ускладнюватися повітряною емболією. Сильні кровотечі виникають при пораненнях щитовидної залози.

При пораненнях гортані і трахеї спостерігаються кровохаркання, порушення дихання, фонації і ковтання, часто розвивається аспіраційна пневмонія. Відмічається виходження повітря через рану, іноді внаслідок поширення повітря утворюється підшкірна і медіастинальна емфізема. При пораненнях глотки і стравоходу порушується ковтання, в результаті інфікування ранового каналу часто розвиваються гнійні медіастиніти, флегмони й абсцеси шиї.

Широкі і глибокі різані рани шиї з порушенням цілості глотки можна іноді спостерігати у осіб, які роблять спробу покінчити життя самогубством.

Перша допомога при пораненнях шиї полягає насамперед у спиненні кровотечі з допомогою тугої тампонади рани і давлячої пов'язки. Якщо утруднення дихання наростає і розвивається асфіксія, необхідно терміново провести трахеотомію. При зяючих ранах можна ввести трахеотомічну трубку в гортань або трахею через рану.

Лікування поранень шиї хірургічне. При поверхневих ранах здійснюють первинну хірургічну обробку.

При пораненнях великих судин необхідно остаточно спинити кровотечу. При пораненнях загальної й внутрішньої сонних артерій рекомендується застосовувати судинний шов. У разі поранень трахеї і гортані проводять трахеотомію.

Рани глотки зашивають, при порушеннях цілості стравоходу і глотки пораненим забороняється пити і приймати їжу. Таких поранених годують через постійний дуоденальний зонд, введений у шлунок через нижній носовий хід.

Поранені з ушкодженнями шиї потребують особливого, старанного догляду, їх розміщують у палаті на функціональних ліжках у напівсидячому положенні. Необхідно постійно подавати зволожений кисень тяжкохворим при пораненнях трахеї і гортані, розвитку пневмонії і серцево-судинної слабості.

Середній медичний персонал повинен стежити за прохідністю і положенням трахеотомічної трубки, періодично виймати внутрішню трубку й очищати її від слизу. При пораненнях глотки і стравоходу треба стежити затим, щоб хворі не приймали їжу через рот, своєчасно забезпечувати їх легкозасвоюваною і висококалорійною рідкою їжею.

16. Гострі запальні захворювання шиї

Фурункули й карбункули здебільшого локалізуються на задній поверхні шиї. Це пояснюється травматизацією та інфікуванням шкіри патогенними мікроорганізмами при забрудненні шиї й одягу.

Фурункули нерідко проходять тяжко, з підвищенням температури, головним болем, вираженою місцевою реакцією і можуть ускладнюватися запаленням лімфатичних вузлів шиї.

Лікування фурункулів комплексне. При невеликих фурункулах, що не супроводяться загальною реакцією організму, досить повторного змазування їх спиртовим розчином йоду або брильянтового зеленого. При фурункулах, що проходять із загальною реакцією організму, призначають антибіотики, сульфаніламідні препарати, місцеве – ультрафіолетове опромінювання, коротку новокаїнову блокаду 0,25 % розчином новокаїну з додаванням 200000-300 000 ОД бензилпеніциліну.

При абсцедуванні фурункула роблять розріз.

Карбункули частіше виникають у осіб літнього віку й у хворих на цукровий діабет. Карбункули шиї нерідко досягають значних розмірів, уражаючи задні відділи шиї і потилиці, схильні до прогресування й розвитку сепсису.

Лікування карбункулів спочатку консервативне. Рекомендуються місцеве порошкоподібна саліцилова кислота і пов'язки з гіпертонічним розчином натрію хлориду, новокаїно-пеніцилінова блокада, ультрафіолетове опромінювання. Однак консервативне лікування буває ефективним тільки при обмежених карбункулах з доброякісним перебігом. Частіше застосовують хрестоподібні розрізи з відшаруванням клаптів і видаленням некротичних тканин у центрі.

Флегмона й абсцеси шиї розвиваються як ускладнення гострого лімфаденіту внаслідок поширення інфекції при грипі, ангіні, карієсі зубів, запаленні щитовидної залози, пораненнях шиї.

Залежно від локалізації розрізняють флегмони й абсцеси підщелепні і підборідні, серединні, бічні й флегмони ділянки судинно-нервового пучка.

Флегмона може бути поверхневою і глибокою. Глибока флегмона відзначається тяжким перебігом із швидким погіршенням стану хворого, порушенням дихання, серцево-судинної діяльності і високою температурою тіла. Місцеві симптоми мало виражені у зв'язку з глибокою локалізацією гнійного процесу.

Поверхневі абсцеси і флегмони відзначаються більш сприятливим перебігом і не становлять труднощів для діагностики внаслідок наявності болісного запалення інфільтрату, гіперемії шкіри; при нагноєнні спостерігається розм'якшення і коливання інфільтрату.

Перебіг флегмони шиї може ускладнитися розвитком гнійного медіастиніту, викликаного затіканням гною в середостіння. Підщелепна флегмона може поширитися на тканини дна ротової порожнини, набрати дуже тяжкого перебігу (ангіна Людовіка), в результаті чого настає гостре порушення дихання і ковтання.

Флегмона й абсцеси шиї потребують хірургічного лікування, широкого розкриття і дренивання гнояка.

Дерев'яниста флегмона шиї. Захворювання характеризується дерев'янистим ущільненням запального інфільтрату і повільно наростаючим набряком шиї. Шкіра в ділянці запалення бліда, без ознак місцевої запальної реакції і абсцедування.

Захворювання триває довго, без симптомів загальної реакції організму.

Лікування дерев'янистої флегмони комплексне. Призначають антибіотики, сульфаніламідні препарати, вітаміни, фізіотерапевтичне лікування. При розм'якшеннях роблять розрізи.

Гостре запалення лімфатичних вузлів. Гострий лімфаденіт найчастіше буває ускладненням ангіни, періоститів зубного походження, ушкоджень, флегмон і абсцесів шиї. При пальпації відмічаються збільшені, болісні лімфатичні вузли.

Запалені вузли рухомі, шкіра над ними зміщується. При нагноєнні вузли збільшуються, стають нерухомими внаслідок переходу запального процесу на навколишні тканини; визначаються флюктуація і почервоніння шкіри.

Лікування. Призначають антибіотики, місцеве – зогрівальний компрес, УВЧ. При абсцедуванні роблять розрізи.

Туберкульоз шийних лімфатичних вузлів

Туберкульозний лімфаденіт шиї є однією з локалізацій позалегенового туберкульозу. Розвивається внаслідок поширення туберкульозної інфекції з верхніх дихальних шляхів і органів травлення. Спостерігається переважно в дитячому й юнацькому віці, уражаючи здебільшого кілька або цілі групи лімфатичних вузлів.

При міліарному туберкульозі лімфатичні вузли помірно збільшені, при сирнистому розпаді досягають значних розмірів (5-8 см у діаметрі) і спаяні між собою внаслідок розвитку періаденіту. При несприятливому перебігу утворюються холодні абсцеси, які самостійно проривають з утворенням фістул з рідким сирнисто-гнійним виділенням, які довго не загоюються.

Нерідко буває зворотний розвиток туберкульозного процесу, розсмоктування сирнистих мас із заміщенням рубцевою тканиною або звапненням.

Лікування комплексне. Призначають протитуберкульозне лікування: стрептоміцин, ПАСК-натрій, фтивазид, посилене харчування, місцеве – ультрафіолетове опромінювання, сонцелікування.

17. Пухлини шиї

Доброякісні пухлини

Лімфангіома спостерігається рідко, переважно у дітей у вигляді простої, кавернозної і кістовидної пухлини м'якої консистенції.

Лімфангіома розміщується звичайно в бічних частинах шиї і над ключицею, іноді досягає великих розмірів. Під час пальпації пухлина трохи зміщується, іноді визначається флюктуація. Шкіра в ділянці пухлини не змінена.

Лікування оперативне. Полягає в повному видаленні пухлини.

Ангіома. На шиї спостерігається проста, кавернозна і гілляста ангіома. Локалізація їх різна, здебільшого – у передньобічному відділі шиї; нерідко гемангіома поширюється на ділянку лица.

Лікування. Залежно від локалізації, розмірів і виду ангіоми застосовують хірургічне лікування, електрокоагуляцію, введення склерозуючих речовин та інші методи,

Лінома в ділянці шиї може бути поверхневою і глибокою, іноді вона досягає великих розмірів. При пальпації ця пухлина має м'яку консистенцію, рухома і безболісна.

Лікування оперативне.

Фіброма міститься звичайно на передній поверхні шиї, частіше буває на ніжці, розмір її невеликий. Іноді трапляється глибока фіброма у вигляді щільного, безболісного утворення.

Лікування оперативне.

Злоякісні пухлини

Лімфогранулематоз (хвороба Ходжкіна) починається з лімфатичних вузлів шиї, потім уражає пахвові, пахові та інші групи лімфатичних вузлів. Хворіють переважно чоловіки віком 40-60 років.

Етіологія захворювання неясна. При гістологічному дослідженні відмічається гіперплазія, розвиток ретикулярних елементів і грануляційної тканини з наступним фіброзом. Уражається селезінка, в якій утворюються жовтувато-білі вузлики і вогнища некрозу.

Захворювання відзначається хронічним перебігом, в середньому триває близько двох років. Спочатку спостерігається збільшення лімфатичних вузлів, підвищення температури тіла, шкірне свербіння. Лімфатичні вузли пальпуються ізольовано один від одного, іноді досягають значних розмірів, мають пружноеластичну консистенцію. Поступово наростає загальна слабкість, з'являються набряки, асцит, розвивається кахексія.

Лікування полягає у видаленні уражених вузлів, променевої і медикаментозній терапії.

Лімфосаркома – злоякісна пухлина лімфатичних вузлів; трапляється рідко. Пухлина щільна, характеризується швидким, прогресуючим ростом з ураженням сусідніх лімфатичних вузлів і проростанням навкружних тканин та органів (трахеї, гортані, стравоходу). Прогноз несприятливий.

Лікування полягає в радикальному електрохірургічному видаленні пухлини й рентгенотерапії.

Метастатичні ураження вузлів шиї. На шиї часто спостерігаються метастази в лімфатичні вузли раку легені, щитовидної залози, нижньої губи, язика, грудної залози та інших органів. Ці метастази відзначаються щільністю, швидким ростом.

Рак щитовидної залози

У щитовидній залозі можуть розвинути різні злоякісні пухлини – рак, саркома, мішані пухлини. Найчастіше розвивається рак.

Розрізняють первинний рак щитовидної залози, який виник на фоні попереднього зоба, і рак прищитовидних залоз. Здебільшого рак щитовидної залози розвивається на ґрунті попередньої струми, звичайно у осіб віком 30-60 років. Більшість хворих звертає увагу на помітний ріст зоба, який до того мав повільний перебіг.

Швидкий ріст пухлинного вузла супроводиться збільшенням його щільності і зміною контурів, появою бугристості і зменшенням рухомості. Останній симптом частіше спостерігається в початковій стадії хвороби, коли пухлина проростає капсулу залози і спаюється з підлеглими тканинами.

Найранішими симптомами раку щитовидної залози слід вважати почуття тиснення і болісності в ділянці зоба. З анамнезу хворих часто вдається з'ясувати, що іще задовго до прибуття в клініку вони відчували болісне напруження в ділянці колишньої струми.

Після проростання пухлиною капсули щитовидної залози клінічна картина різко змінюється. Пухлина стає щільною, бугристою, малорухомою, спаюється з навкружними тканинами. Виникає зміна звучності голосу, яка пов'язана з

втягненням, у патологічний процес або здавленням поворотного нерва. При цьому настає парез істинних голосових зв'язок, який призводить до захриплості голосу.

Далі рак поширюється на навкружні тканини й органи, здавлює їх, викликаючи явища асфіксії, порушення ковтання, парез голосових зв'язок; виникають множинні метастази в лімфовузлі шії, за грудинний простір, легені, кістки, яєчники та інші органи.

Лікування. При раку щитовидної залози залежно від локалізації пухлини видаляють уражену частку або всю залозу з наступною рентгенотерапією або лікуванням радіоактивним при радіочутливих пухлинах. У пізніх стадіях при наявності асфіксії накладають трахеостому.

Рак гортані

Рак гортані зустрічається рідко – близько 1% всіх захворювань раком. Хворіють переважно чоловіки (90 % випадків) віком 40-60 років. Раком гортані хворіють люди, які довго страждали хронічним ларингітом, лейкоплакією слизової оболонки, папіломою або фібромою гортані.

Розрізняють рак переддвер'я, голосових зв'язок та нижнього відділу гортані.

Рак переддвер'я характеризується швидким розвитком, інфільтрацією та метастазуванням у лімфатичні вузли шії.

Рак голосових зв'язок звичайно односторонній, росте повільно, рідко дає метастази.

Рак нижнього відділу гортані розвивається повільно, односторонній, часто метастазує в лімфовузлі шії.

Основним симптомом є дисфонія – зміна голосу при раку голосових зв'язок, захриплість, афонія. Виникають порушення ковтання, біль та відчуття утруднення при проходженні їжі. В пізніх стадіях внаслідок проростання гортані виникає раковий стеноз – тяжке порушення дихання (асфіксія), яка потребує негайної трахеостомії.

Лікування. Основним методом є операція видалення гортані (ларингектомія з накладанням постійної трахеостоми). При метастазах в лімфатичні вузли шії проводять екстирпацію гортані разом з регіонарними лімфатичними вузлами.

Застосовують телегамматерапію, рентгенотерапію в комплексі з хіміотерапією (дипін, фосфамід).

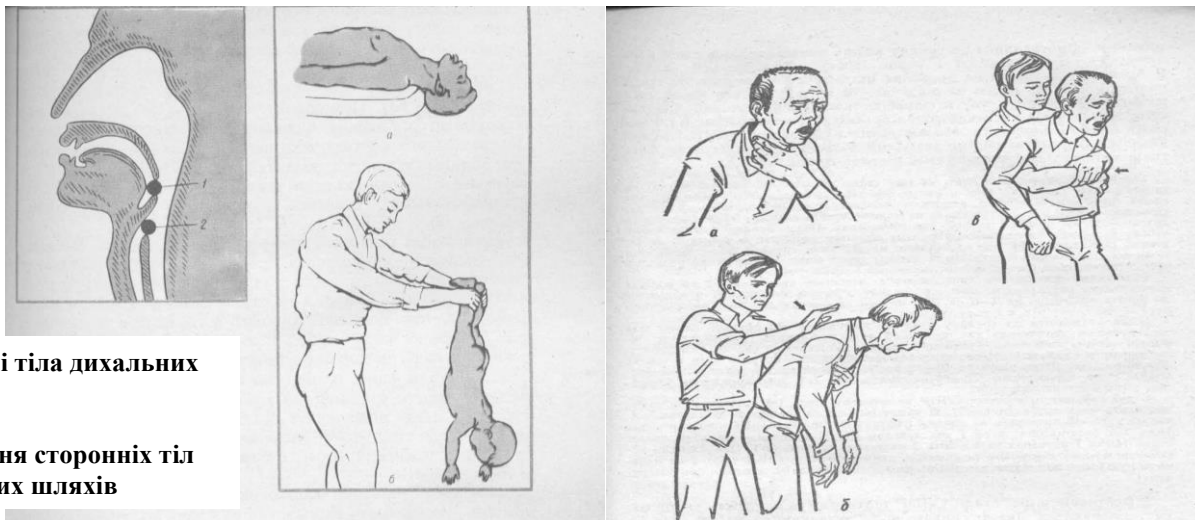
19. Сторонні предмети стравоходу

Сторонні предмети стравоходу спостерігаються здебільшого у маленьких дітей і психічних хворих. Діти ковтають монети, гудзики, ключі; дорослі – зубні протези, шпильки, голки, риб'ячі, курячі і м'ясні кісточки та інші предмети. Психічно хворі нерідко проковтують більші предмети – виделки, ножі, цвяхи, гачки, ключі та ін. Сторонні предмети найчастіше застряють у місцях фізіологічних звужень стравоходу. Гострі предмети (кістки, протези, голки та ін.) можуть перфорувати стінку стравоходу, гладенькі – спричинити поверхневі виразки. При тривалому перебуванні сторонніх предметів виникають пролежні з наступним розвитком флегмони і гнійного медіастиніту. Симптоми залежать від величини, форми і локалізації стороннього предмета.

Хворі відчувають страх, скаржаться на біль і незручність при ковтанні, біль посилюється при проковтуванні слини. Гострі предмети викликають колючий біль у грудях, ковтати слину і рідину стає неможливим. При проникненні стороннього

предмета в початковий відділ стравоходу хворі відразу зригують проковтнуту їжу; при більш низькій локалізації – після приймання кількох ковтків.

Остаточний діагноз ставиться з допомогою рентгенівського дослідження й езофагоскопії.



Сторонні тіла дихальних шляхів

Видалення сторонніх тіл дихальних шляхів

Лікування. Більшу частину сторонніх предметів видаляють із стравоходу спеціальними щипцями з допомогою езофагоскопа. В деяких випадках роблять езофаготомію або торакотомію.

20. Опіки стравоходу

Опіки стравоходу виникають при випадковому або умисному, з метою самогубства, проковтуванні лугів (каустичної соди, їдкою калію та ін.) або кислот (соляної, сірчаної та оцтової). Хімічні опіки особливо часто трапляються у дітей.

Термічні опіки в результаті проковтування гарячої рідини спостерігаються рідко. Опіки слизової оболонки локалізуються в місцях фізіологічних звужень стравоходу, найчастіше в середньому і кардіальному відділах.

Основними симптомами при опіку стравоходу є сильний біль і паління в глотці і за грудиною, які посилюються при ковтанні, слинотеча і блювання кров'янистими масами. Хворі відчувають спрагу, неспокійні, нерідко перебувають у стані шоку. Під час огляду на губах і слизовій оболонці рота й глотки видно сліди опіку прийнятою рідиною. Відмічається набряк та інфільтрація слизової оболонки із значною ексудацією.

Міцні кислоти викликають коагуляцію білків поверхневих шарів слизової оболонки і утворення струпа; луги спричиняються до глибшого некрозу, аж до прориву слизової оболонки.

Після відходження струпа на 7-10-й день настає тимчасове поліпшення, проковтування їжі стає вільнішим і зменшується біль. Однак через, 3-4 тижні поступово розвивається рубцеве звуження стравоходу, утруднення при ковтанні і проходженні їжі наростають, у тяжких випадках виникає повна непрохідність стравоходу.

Лікування. Подаючи першу допомогу при опіках кислотою, дають випити слабкий розчин лугу (натрію гідрокарбонату) для нейтралізації, при опіках лугами — слабкий розчин оцту або лимонної кислоти. Всім хворим дають пити молоко. Щоб зняти біль, вводять морфіну гідрохлорид, омнопон або промедол. Необхідно промити

шлунок через тонкий м'який зонд. Для зменшення болю рекомендується прийняти кілька ложок соняшникової або маслинової олії.

Хворим призначають підшкірні введення ізотонічного розчину натрію хлориду і 5 % розчину глюкози, внутрішньовенне – консервовану кров і плазму, застосовують поживні клізми.

При тяжких глибоких опіках накладають шлункову фістулу, яка використовується для харчування хворих і бужування стравоходу. Лікування еластичними бужами починають рано, через 10-14 днів, поступово розширюючи звужену ділянку стравоходу. Застосовують так зване нескінченне бужування через шлункову фістулу, спочатку проводячи шовкові нитки, а потім тонкі гумові трубки.

Якщо консервативне лікування неефективне і наявні рубцеві структури не піддаються розширенню бужуванням, роблять пластику стравоходу, здебільшого з тонкої або товстої кишки. Штучний стравохід створюють, проводячи ділянку кишки під шкірою передньої грудної стінки або через грудну порожнину, з'єднуючи один кінець кишки з шийним відділом стравоходу, другий – із шлунком.

21. Догляд за хворими з трахеостомою

Кожні 2-3 години внутрішню трубку канюлі замінюють стерильною трубкою. Внутрішню трубку старанно промивають і стерилізують зануренням у спирт або 6% р-н перекису водню. При заміні трубки із трахеї відсмоктують слиз катетером, який приєднують до відсмоктувача на глибину 5-10 см. Перед аспірацією закачують в канюлю 4-5 крапель 4% р-ну соди для розжиження мокроти, а після аспірації – 4-5 крапель р-ну антибіотику.

Під щиток канюлі підкладають марлеві серветки у вигляді «штанців», при заміні, шкіру обробляють неподразнюючим антисептиком (фурациліном, хлоргексидином), просушують і змазують стерильним вазеліновим маслом. Для того, щоб виділення із канюлі не забруднювали пов'язку, під канюлю підкладають клейончастий або поліетиленовий фартушок, його миють антисептичним розчином. Через канюлю можна вводити лікарські речовини, промивати р-ном фурациліну, робити інгаляції. Після видалення трахеостомічної трубки рана загоюється самостійно вторинним натягом.