

Тема самостійної роботи: «Невідкладні стани при захворюваннях і ушкодженнях голови, обличчя та шиї».

Навчальна дисципліна: «Невідкладні стани в хірургії».

Зміст навчального матеріалу: черепно-мозкова травма — закрита, відкрита (проникна, непроникна). Ушкодження мозку; струс, забій, здавлювання мозку, церебральна кома. Переломи склепіння і основи черепа, абсцес головного мозку. Травми обличчя — перелом кісток носа, верхньої і нижньої щелепи, вивих нижньої щелепи. Запальні захворювання обличчя та шиї (фурункул, карбункул, бешихове запалення, флегмона). Стороні тіла верхніх дихальних шляхів, стравоходу. Опіки стравоходу. Основні клінічні ознаки та діагностика ушкоджень та гострих захворювань голови та шиї, обсяг першої медичної допомоги, транспортування.

Кількість годин: 4.

Очікувані результати:

По завершенні опрацювання самостійної роботи з теми здобувачі освіти **знатимуть:**

1. Черепно-мозкова травма — закрита, відкрита (проникна, непроникна).

ЧМТ може бути закрита і відкрита (супроводжуються пошкодженням шкірних покривів). До відкритих ЧМТ відносяться і переломи основи черепа, при яких може виникати сполучення з ротовою, носовою порожнинами, вухом. ЧМТ може бути проникаюча (уразі пошкодження твердої мозкової оболонки) і непроникаюча.

Виділяють п'ять клінічних форм ЧМТ:

- струс мозку;
- забій мозку легкого ступеня;
- забій мозку середнього ступеня;
- забій мозку тяжкого ступеня;
- стиснення мозку (табл. 1 і 2).

Черепно-мозкова травма супроводжується:

- 1) загальнономозковими симптомами (головний біль, нудота, блювання, запаморочення, шум у вухах, відчуття жару в голові, порушення свідомості, ретро- й антероградна амнезія, порушення сну);
- 2) вогнищевою симптоматикою (ураження черепних нервів — парези, паралічі, порушення зору, слуху тощо);
- 3) менінгеальними симптомами (головний біль, блювання, ригідність потиличних м'язів, позитивні симптоми Керніга, Брудзинського);
- 4) стовбуровими симптомами (порушення терморегуляції і метаболізму, нереагування зіниць на світло, зникнення рогівкового, кон'юнктивального і глоткового рефлексів, порушення гемодинаміки та дихання).

Таблиця 1. Оцінка тяжкості ураження мозку за допомогою шкали ком Глазго.

1. Відкривання очей

Самостійне	4
На голос	3
На біль	2
Відсутнє	1

2. Рухові реакції

Виконує команди	6
Локалізує біль	5
Уникає болю	4
Згинання на біль	3
Розгинання на біль	2
Відсутні	1

3. Мовна реакція

Орієнтована	5
Сплутана	4
Без плузді слова	3
Без плузді звуки	2
Відсутня	1

Інтерпретація

Свідомість ясна	15
Оглушення	13-14
Сопор	9-12
Кома	4-8
Смерть мозку	3

Оцінку за шкалою Глазго прийнято записувати у такому вигляді: «GCS 9 = E2 V4 M3 в 07:35». Де E – відкриття очей, V – вербальна відповідь, M – рухова відповідь.

Таблиця 2. Визначення ступеня тяжкості ураження мозку.

Критерій	Тяжкий	Середньої тяжкості	Легкий
Відкриття очей	Не відкриває	На біль, на слова	Спонтанно
Вербальна реакція	Немає вербальної реакції; нерозбірливі звуки	Незрозумілі слова. Відповідає реченнями	Орієнтований
Рухова реакція	Реакція відсутня. Патологічне розгинання. Патологічне згинання. Нормальне згинання. Локалізує біль		Виконує команди

Проникаючі поранення голови.

Основною причиною є вогнепальні поранення. Розрізняють наскрізні та сліпі поранення головного мозку, стовбура, які часто стають причиною смерті.

Клініка. Основними ознаками є наявність глибокої або сліпої рани, втрата свідомості, у потерпілих може спостерігатися блювання, психомоторне збудження, брадикардія, зниження артеріального тиску та ін. У потерпілого без свідомості особливу увагу слід приділити стану рани, виділенням із неї (кров, спинномозкова рідина). Необхідно оглянути зіниці: визначити їх величину, форму, реакцію на світло. Відсутність рогівкових рефлексів і блукання очних яблук (“плаваючий” погляд) свідчить про зміни в ділянці стовбурових структур мозку. При виході потерпілого з непритомного стану (на 2-3-тю добу) на перший план, як правило, виступають вогнищеві й оболонкові ознаки. Цей період називають періодом ранніх реакцій і ускладнень (від 3-ї доби до 3-4 тижнів), коли можна точно виявити ускладнення, встановити ступінь і характер вогнищевих уражень (паралічі, втрата чутливості, мови, зору, слуху та ін.).

ПМД: при наявності відкритої черепно-мозкової травми на місці пригоди не можна проводити ніяких маніпуляцій у мозковій рані. У разі наявності поверхнево розташованих сторонніх тіл або бруду їх видаляють, краї рани обробляють спиртом, Люголівським розчином, а на рану накладають лише

легку стерильну пов'язку. У разі зупинки серцевої діяльності, дихання – реанімаційні заходи. Далі госпіталізація у лежачому положенні, краще на ношах. Під час транспортування потерпілого, його голову необхідно покласти на ватно-марлевий круг, шину Єланського або спеціально сконструйовані сітчасті крамерівські шини. Якщо їх немає, голову потерпілого вкладають на згорнутий валик з одягу. Такі ж валики кладуть і по боках голови, щоб забезпечити її нерухомість. Якщо потерпілий без свідомості, то для попередження попадання блювотних мас і крові в дихальні шляхи його голову повертають на бік. Слід пам'ятати, що при черепно-мозкових травмах не можна призначати наркотичні препарати, особливо морфій, через можливе пригнічення дихального центру. При судомах, збудженні травмованому слід забезпечити абсолютний спокій, вводять розчин магnezії, сибазон. При головному болю призначають прості аналгетики, седативні препарати. В разі потреби проводять протишокові заходи.

Лікування: ретельна ПХО і ревізія рани.

2. Ушкодження мозку.

Струс головного мозку – найлегший і найчастіший вид ЗЧМТ. При струсі головного мозку відсутні макроскопічні вогнища деструкції мозкової речовини, а виражені його функціональні розлади.

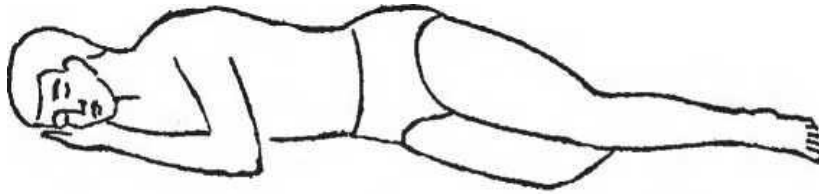
Клініка: клінічний перебіг розділяють на три періоди: *гострий, проміжний і віддалений.*

Гострий період — проміжок часу від моменту травми до стабілізації порушених функцій мозку, органів і систем. Триває до двох тижнів. У цьому періоді виділяють найгостріший період (період порушеної свідомості).

Проміжний період - від стабілізації порушених через травму загально-мозкових, вегетативних, вогнищевих, загальних функцій до їхнього повного зникнення або часткового відновлення, який триває до 1—1,5 місяців. Віддалений період після струсу мозку розпочинається після проміжного.

Найхарактернішим симптомом струсу головного мозку є **розлади свідомості**, які тривають від 1—2 до 20-30 хв. (сопор, ступор, втрата свідомості). Досить часто виявляють розлади пам'яті: ретроградну, антеградну амнезію, вегетативні розлади - нудота, блювання, запаморочення, гарячка, шум у голові, біль голови. Будь-яка ЧМТ, у тому числі і струс головного мозку, супроводжується астеноневротичним синдромом (загальна слабкість, млявість, дратівливість, швидка втомлюваність, розлади сну, апетиту тощо).

Під час об'єктивного обстеження спостерігають горизонтальний ністагм, інколи розбіжну косоокість, згладженість носогубної складки, бради- або тахікардію, пошвавлення або пригнічення рефлексів. Можуть бути слабо виражені менінгеальні симптоми. **Діагностика:** рентгенографії черепа, ЕЕГ, дані люмбальної пункції з дослідженням ліквору, АКТ та ЯМРТ головного мозку.



правильне положення потерпілого без свідомості

Лікування: 1) госпіталізація; 2) ліжковий режим; 3) поліпшення обмінних процесів у нервовій тканині досягають внутрішньовенним уведенням 20 мл 40% розчину глюкози з 5-10 мл 5% розчину аскорбінової кислоти. 4) призначають знеболювальні засоби (анальгін, баралгін, трамал, максіган та ін.), десенсибілізаційні препарати (димедрол, супрастин, тавегіл), седативні (сибазон, феназепам); 5) дегідратаційні середники (25% розчин сірчано-кислої магнезії 10 мл внутрішньом'язово, лазикс, верошпірон тощо); 6) енергетичній активізації діяльності мозку сприяють уведення малих доз кофеїну, вітамінотерапія групи В, пірацетам, церебролізін, амінолон та ін.

Забій головного мозку - травматичне ураження мозку, яке характеризується наявністю вогнища розм'якшення і нерідко поєднане з внутрішньочерепними гематомами, переломами кісток черепа і проявляється як загально мозковими, так і вираженими вогнищевими розладами. Забій головного мозку виникає внаслідок як прямого удару, так і протиудару до протилежної стінки черепної коробки. Внаслідок цього розвивається набряк і дислокація мозку зі стисненням його стовбурових відділів.

Клініка: виділяють чотири головних клінічних синдромів:

- загально мозковий;
- вогнищевий;
- менінгеальний;
- антено – вегетативний.

Забій головного мозку легкого ступеня характеризується не різко вираженими, швидко мінучими загально мозковими і вогнищевими симптомами. Вогнищеві симптоми — анізорефлексія, легкий центральний парез лицевого нерва - зникають протягом перших 2-3 днів. Стовбурові симптоми відсутні. Загально мозкова симптоматика - біль голови, розлади свідомості (утримуються до однієї години). На 2-3 добу стан хворих задовільний.

Забій мозку середнього ступеня тяжкості проявляється чіткими загально - мозковими, вогнищевими і менінгеальними симптомами. Спостерігають виражені стовбурові порушення: окорухові розлади, розлади зінічних реакцій, спонтанний ністагм, анізорефлексію. Розлади свідомості виражені сильніше і триваліші (декілька годин). З поліпшенням стану хворого виникає виражена астения.

Забій головного мозку тяжкого ступеня проявляється тривалою втратою свідомості (години, доби, а інколи тижні), наявністю грубої загально мозкової, вогнищевої і стовбурової симптоматики.

Для визначення ступеня порушення свідомості та прогнозу ЧМТ використовують відому шкалу ком Глазго (таблиця 1).

У разі забою головного мозку застосовують такі додаткові методи дослідження:

краніографія;
люмбальна пункція;
ехоенцефалографія (Ехо-ЕГ);
електроенцефалографія (ЕЕГ);
КТ;
МРТ.

Лікування: оскільки ця патологія належить до тяжких уражень головного мозку, першу допомогу часто розпочинають з реанімаційних заходів уже в кареті швидкої допомоги з метою коригування дихальних та серцево-судинних порушень. Такі прості заходи, як звільнення порожнини рота від слизу, усунення западання язика значно поліпшують дихання та запобігають гіпоксичному стану мозку.

За частоти дихання понад 36/хв. показане переведення на штучне дихання шляхом інтубації або трахеостомії з приєднанням дихального апарату.

У стаціонарі хворому встановлюють постійну систему введення лікарських препаратів у вену. Вводять поляризуючі розчини:

500 мл 10% розчину глюкози + 18 ОД інсуліну + 10 мл 7,5% розчину хлориду калію + 0,5-1,0 мл 0,06% розчину корглікону + 50 мг кокарбоксілази;

500 мл 10% розчину глюкози + 16 ОД інсуліну + 5—10 мл 25% розчину сірчаної кислоти магnezії + 0,5-1,0 мл 0,06% розчину корглікону + 1 мл АТФ або 50 мг кокарбоксілази

Внаслідок уведення цих розчинів зменшується тахікардія, поліпшується дихання, зменшується набряк мозку і знижується температура.

Протинабрякові заходи — лазикс, сечовина та манітол. Сечовину і манітол застосовують у гіпертонічних розчинах (30% розчин сечовини, 10-20% розчин манітолу) з розрахунку 1,0-1,5 г сухої речовини на 1 кг маси хворого за добу.

У разі лікворної гіпотензії (лікворний тиск менший 100 мм вод. ст.) проводять гідратацію: посилене пиття рідини, внутрішньовенне введення ізотонічних розчинів, підняття ніжного кінця ліжка на висоту 15-20 см.

Як протинабрякові і протишокові засоби широко застосовують гормональні препарати (кортизон, гідрокортизон, дексазон до 50 мг за добу). Доза гідрокортизону може досягати 125-200 мг за добу.

З метою поліпшення мікроциркуляції в мозковій тканині застосовують реополіглюкін, трентал, еуфілін, компламін у загальноприйнятих дозах.

Як гіпоксанти широко застосовують 20% розчин оксибутирату натрію, добова доза якого становить 40—80 мл.

Для боротьби з гіпертермією вводять літичні суміші: 2 мл 50% розчину анальгіну + 1 мл 1% розчину димедролу + 1-2 мл 2,5% розчину піпольфену внутрішньом'язово 3-6 разів за добу. Застосовують також фізичні методи охолодження.

Рекомендують вітамінотерапію: аскорбінова кислота, вітаміни групи В.

Частим ускладненням тяжкої черепно- мозкової травми є пневмонія, яка виникає внаслідок центральних розладів дихання. У зв'язку з цим проводять ранню профілактику і лікування пневмонії: кисневі інгаляції, введення антибіотиків.

Здавлення головного мозку - є наслідком стиснення речовини головного мозку кістковими відламками або гематомами. Основою клінічної картини травматичної внутрішньочерепної гематоми є наростаючий синдром стиснення мозку. При стисненні головного мозку поглиблюються порушення свідомості, а також посилюються загально мозкові (головний біль, нудота, блювання, брадикардія), вогнищеві (мідріаз, геміпарез, судоми) та стовбурові симптоми.

Класифікація.

За локалізацією розрізняють такі види внутрішньочерепних крововиливів:

- епідуральні;
- субдуральні;
- внутрішньомозкові;
- субарахноїдальні;
- внутрішньошлуночкові.

Перші три види крововиливів характерні обмеженим, локальним скупченням крові та спричиняють стиснення мозку. Субарахноїдальні крововиливи спостерігають переважно у разі забоїв головного мозку.

Епідуральна гематома виникає між твердою мозковою оболонкою і кістками черепа. Після травми спостерігаються непритомність, ознаки струсу головного мозку. Потім хворий опритомнює (так званий світлий проміжок). Розвиваються монопарези, іноді геміпарези. Розширюється зіниця на боці ураження. Під час спинномозкової пункції отримують спинномозкову рідину буритиново-жовтого кольору, але без еритроцитів.

Субдуральна гематома утворюється між твердою і павутинною оболонками. Вона збільшується, здавлює мозок, зміщує його. Довгастий мозок уклинюється у великий потиличний отвір. Розвивається менінгеальний синдром з дисоціацією менінгеальних симптомів (немає симптома Керніга при вираженій ригідності м'язів потилиці). Спостерігаються джексоновські епілептичні напади, розширення зіниці на боці ураження. У лікворі виявляють кров.

Субарахноїдальна гематома виявляється різким (кинджальним) головним болем, психомоторним збудженням. Світлого проміжку немає, швидко наростають менінгеальні симптоми. Ліквор кров'янистий, кольору м'ясних помиїв.

Отже, основними ознаками дислокації стовбура є прогресуюче порушення свідомості, анізокорія (частіше мідріаз на боці гематоми), брадикардія, (пульс 40—50/хв), підвищення артеріального тиску.

Діагностика ґрунтується на даних електроенцефалографії, ангіографії і особливо комп'ютерної томографії. Люмбальна пункція (ЛП) дає змогу виявити наявність крові в лікворі, а також визначити стан внутрішньочерепного тиску. Діагностична ЛП рекомендована за наявності менінгеального синдрому. Протипоказами до проведення ЛП у гострий період черепно-

мозкової травми є наявність стовбурових симптомів, швидке наростання компресійного синдрому.

Невідкладна допомога: негайна госпіталізація потерпілого, першочергові заходи — це забезпечення прохідності верхніх дихальних шляхів, припинення зовнішньої кровотечі, іммобілізація, уведення знеболювальних препаратів, при потребі седативних препаратів.

Лікування: оперативне – трепанація черепа: зупинка кровотечі, видалення крові, яка вилилась у порожнину черепа, мозок. *Це призводить до зменшення внутрішньочерепної гіпертензії і патологічних реакцій у гострий період і до профілактики спайкових процесів у віддалений період черепно-мозкової травми.*

Церебральна кома - патологічний стан, що характеризується відсутністю свідомості, порушенням рефлекторної діяльності, функцій життєво важливих органів і систем.

Етіологія: травма головного мозку, тромбоз і емболії судин головного мозку, пухлини.

Механізм: первинна кома, інсульт. Вторинна кома в результаті ускладнення основного захворювання або фінальної стадії основного захворювання, що призводить до гіпоксії мозку, далі до набряку і набухання речовини мозку.

Легка кома — свідомість і довільні рухи відсутні; хворі не відповідають на питання; захисні реакції збережені; рогівковий і сухожилковий рефлекси, реакції зіниць на світло збережені, але можуть бути ослаблені; дихання і кровопостачання мозку не порушені.

Виражена кома — свідомість відсутня, недоцільні рухи, можливі ствольні симптоми (порушене ковтання), можуть спостерігатись розлади дихання (патологічні ритми), гемодинаміки, функцій тазових органів, розвиток судомного і гіпертермічного синдромів.

Глибока кома — свідомість і захисні реакції відсутні, зникає рогівковий рефлекс; атонія м'язів, арефлексія, нерідко гіпотермія; виражені порушення дихання, кровообігу, функції внутрішніх органів.

Термінальна (або погранична) кома — свідомість і захисні реакції відсутні, арефлексія, розширення зіниць, критичний розлад життєво важливих функцій (АТ не визначається або рівень його мінімальний, самостійне дихання відсутнє), що вимагає спеціальних заходів для підтримування життєдіяльності.

Лікування:

1. Підтримування ефективного газообміну і дихання: оксигенотерапія, підтримка прохідності дихальних шляхів, ШВЛ, інтубація трахеї, трахеотомія (доцільніша при тривалій комі).
2. Профілактика і лікування гіпоксії. Контроль АТ, пульсу, ЧДР і ЦВТ, корекція їх порушень: при підвищеному АТ — гіпотензивні; при зниженому АТ — дофамін, 1—2 мг/кг.
3. Лікування судомного синдрому: седуксен 0,5 % розчин — 2 — 6 мл, Аміназин 25 % розчин по 1—2 мл, дітям — по 1—2 мг/кг, краще в комбінації

з анальгетиками і антигістамінними. *Не рекомендується застосовувати спільно з дроперидолом, седуксеном і оксибутиратом натрію.*

4. Лікування гіпертермічного синдрому.

5. Поліпшення кровопостачання мозку: трентал 2 % — 5 мл, курантил 0,5 % — 2 мл, кавінтон 25—30 мг на добу, еуфілін 2,4 % — 5—10 мл, реополіглюкін, вітаміни групи В, ноотропіл, цитохром С.

6. Дегідратаційна терапія: комбінація сечогінних: салуретики (лазикс) та осмотичні діуретики (манітол) (обережно застосовують при позачерепних крововиливах). Гормонотерапія (малоефективна при внутрішньочерепній гіпертензії, ЧМТ. Якщо протягом 5 днів ефекту немає, то відміняють).

7. Уведення в шлунок зонда (після інтубації трахеї). Не рекомендується тримати зонд у шлунку постійно протягом доби.

3. Переломи основи і склепіння черепа.

Переломи склепіння черепа можуть бути повними, коли пошкоджується вся товща кістки, і неповними, коли ламається тільки її зовнішня або внутрішня пластинка (при цьому може травмуватись тверда мозкова оболонка або сама мозкова речовина), відкриті і закриті. При пошкодженні судин можуть утворюватися зовнішні і внутрішньомозкові гематоми.

Клініка. У більшості хворих виникає **симптомокомплекс струсу або забою головного мозку**. Діагностика закритого перелому часто тяжка. Діагноз встановлюють, якщо є деформація черепа, втиснення чи виступи, рухомість і крепітація кісткових відламків.

При відкритих переломах склепіння діагноз встановлюють на основі огляду рани. Вирішальне значення в постановці діагнозу має рентгенологічне дослідження в двох проекціях, КТ головного мозку.

ПМД: при наявності відкритої черепно-мозкової травми на місці пригоди не можна проводити ніяких маніпуляцій у мозковій рані. У разі наявності поверхнево розташованих сторонніх тіл або бруду їх видаляють, краї рани обробляють спиртом, Люголівським розчином, а на рану накладають лише легку стерильну пов'язку. Якщо в рану випадає мозкова речовина, потрібно накласти пов'язку, змочену теплим розчином антисептика (фурациліну). У разі зупинки серцевої діяльності, дихання – реанімаційні заходи, Далі госпіталізація у лежачому положенні, краще на ношах. Під час транспортування потерпілого, його голову необхідно покласти на ватно-марлевий круг, шину Єланського. Якщо їх немає, голову потерпілого вкладають на згорнутий валик з одягу. Такі ж валики кладуть і по боках голови, щоб забезпечити її нерухомість. Якщо потерпілий без свідомості, то для попередження попадання блювотних мас і крові в дихальні шляхи його голову і тулуб повертають на бік. Слід пам'ятати, що при черепно-мозкових травмах не можна призначати наркотичні препарати, особливо морфій, через можливе пригнічення дихального центру. При судомах, збудженні травмованому слід забезпечити абсолютний спокій, вводять розчин магnezії, сибазон. При головному болю призначають прості анальгетики, седативні препарати. В разі потреби проводять протишокові заходи.

Переломи основи черепа. За локалізацією можуть бути переломи: 1) передньої черепної ямки; 2) середньої; 3) задньої. При переломі передньої черепної ямки виникають тріщини, які поширюються на орбіту і кістки носа. При переломі середньої черепної ямки ці тріщини поширюються на піраміду скроневої кістки і ділянку слухового ходу, а при переломі задньої черепної ямки — на великий потиличний отвір. Такі переломи супроводжуються забоем головного мозку, тому їхня клініка залежить від тяжкості черепно-мозкової травми. Характерні лікворея і кровотеча з носа і вуха, крововиливи в параорбітальну клітковину (симптом окулярів), кон'юнктиву очного яблука, екзофтальм. Унаслідок розриву і стиснення черепних нервів з'являються симптоми, характерні для ушкодження лицевого, слухового та інших нервів. Можуть виникати явища менінгізму (ригідність потиличних м'язів) за рахунок пошкодження мозкових оболонок.

Діагноз перелому основи черепа ґрунтується на основі клінічних ознак, даних рентгенографії черепа в двох проєкціях, комп'ютерної томографії та спинномозкової пункції.

ПМД: дивись переломи склепіння черепа. Особливість: при кровотечах із слухового проходу і носа не рекомендують їх промивати й очищати. Вводити марлю або вату в ніс, вухо при кровотечі із них теж не можна, оскільки це може ускладнити перебіг ранового процесу. Тампонаду носа слід проводити тільки при сильних кровотечах.

Лікування: Травму лікує час і спокій, медикаментозне, а при потребі хірургічне лікування скероване для профілактики ускладнень, що можуть загрожувати життю та здоров'ю хворого (набряк головного мозку, інфекційні ускладнення, пролежні). У нейрохірургічному відділенні проводять первинну хірургічну обробку рани, декомпресійну трепанацію черепа, дегідратаційну терапію, антибіотикотерапію. Хворі потребують зондового харчування. Потрібно стежити за функцією кишківника і сечового міхура.

4. Абсцес головного мозку.

Причини: як ускладнення травм, поширення інфекції контактним (вухо, ніс, ПНП), гематогенним, лімфогенним шляхами з інших ділянок.

Розрізняють 4 стадії хвороби.

1. **Початкова стадія** характеризується гіпертермією, білю голови, нудотою та блюванням. У крові з'являються зміни, характерні для гнійних процесів: лейкоцитоз, зсув лейкоцитарної формули вліво, підвищення ШОЕ. Ці явища тривають до двох тижнів.

2. У **латентній стадії** загальний стан поліпшується, що пов'язано з формуванням капсули абсцесу. Тривалість цієї стадії – від декількох тижнів до кількох місяців.

3. Перехід у **маніфестну (явну) стадію** відбувається поступово або раптово. Характеризується різким погіршенням стану хворого, що пов'язано зі збільшенням тиску абсцесу на речовину головного мозку. Біль голови здебільшого наростає вночі та зі зміною положення голови. Буває, що хворий кричить від нестерпного головного болю. Брадикардія зумовлена стисненням

довгастого мозку чи подразненням токсинами ядер блукаючого нерва, частота пульсу може падати до 50—40/хв. Виникають психічні зміни: депресія, апатія, загальмованість, повільна тиха мова, напади сонливості при збереженні свідомості. Характерні також зменшення маси тіла, блювання, локальна болючість при перкусії черепа, відсутність апетиту. Температура тіла нормальна або підвищена. Неврологічним проявом абсцесу мозку є параліч кінцівок з протилежного щодо ураження боку.

4. Термінальна стадія характеризується комою, яка розвивається у зв'язку з прогресуючим енцефалітом, набряком мозку, дифузним менінгітом чи проривом абсцесу в мозкові шлуночки.

Визначити локалізацію абсцесу допомагають вогнищеві прояви.

При абсцесі скроневої частки мозку спостерігаються амнестична афазія (хворі в разі розташування абсцесу зліва не можуть назвати предмет, хоча його призначення їм відоме), моторна афазія (хворі розуміють мову, та не можуть говорити) і сенсорна афазія (хворі втрачають здатність розуміти свою мову і мову співрозмовника), агнозія (розлад процесів впізнавання предметів).

Абсцес мозочка характеризує грубий ротаторний ністагм, спрямований в бік розташування вогнища ураження, значні порушення рівноваги та координації. Характерні прояви абсцесу мозочка: виконуючи пальценосову пробу, хворий промахується назовні лише рукою на боці розташування абсцесу, при пробі на рівновагу (поза Ромберга) напрям падіння не змінюється при поворотах голови; при ході із закритими очима хворий відхиляється в бік абсцесу, має місце позитивна проба на адіадохокінез (відставання руки на боці ураження) і гіпотонія м'язів з боку абсцесу.

При **абсцесах лобної долі**, в першу чергу, страдає психічний стан хворого, вони стають агресивними, дезорієнтованими, поведінка їх неадекватна, порушується пам'ять.

Лікування: оперативне в умовах нейрохірургії. Потрібно санувати первинне вогнище, тобто виконати загальнопорожнинну операцію вуха та разом з нейрохірургом дреновати та вилуштити капсулу абсцесу. Якщо абсцес ще не має сформованої капсули, доцільне розкриття абсцесу через післяопераційну порожнину вуха. У кожному випадку проводять інтенсивну антибактеріальну та протизапальну терапію.

5. Травми обличчя та шиї.

Переломи кісток носа.

Супроводжуються бічним чи передньозаднім зміщенням. Характеризуються сильною, але нетривалою кровотечею, порушенням дихання, утворенням гематом повік (симптом окулярів). При вбитих переломах кісток носа можливий прорив (перфорація) передньої черепної ямки чи лікворея; у таких хворих спостерігається “укорочення” спинки носа. При усіх переломах кісток носа пальпаторно виявляють крепітацію та патологічну рухливість відламків. Перелом кісток носа може ускладнитися сильною кровотечею (дуже рідко — профузною). Для її припинення проводять передню (в окремих випадках

задню) тампонаду. В разі профузної кровотечі проводиться гемостатична та протишокова інфузійна терапія.

Діагностика: рентгенографія кісток носа в боковій проекції.

ПМД: зупинити носову кровотечу, знеболення.

Лікування: репозиція кісткових відламків за допомогою елеваторів, іммобілізація на 10 днів.

Перелом верхньої щелепи.

Класифікація:

1) частковий перелом чи повний відрив альвеолярного відростка щелепи (Лефор I);

2) перелом на місці з'єднання щелепи з лобною та виличною кістками (Лефор II);

3) перелом через корінь носа, очну ямку і виличну дугу (Лефор III).

Клінічна картина кожного з цих видів переломів різна. Усі хворі скаржаться на загальну слабкість, головний біль, біль під час ковтання. Обличчя “подовжується” внаслідок зміщення відламків щелепи донизу, утворюється відкритий прикус. За другого й третього типів переломів виникає симптом окулярів. За третього — загальний стан хворого дуже тяжкий, він непритомніє. Пульс рідкий, АТ знижений, розвивається шок. Цей тип перелому часто поєднується з переломом основи черепа і зазвичай супроводжується ушкодженням головного мозку. Можливі кровотечі і лікворея з носа і вух. Пальпаторно визначається рухливість верхньої щелепи, яка супроводжується посиленням болю та крепітацією.

Переломи верхньої щелепи можуть у ранні терміни ускладнюватися сильною кровотечею, шоком; у пізні — неправильним зрощенням відламків, порушенням прикусу, травматичним остеомієлітом.

Переломи нижньої щелепи.

Розрізняють переломи її тіла, підборідного відділу, кутів, віток і альвеолярної частини. Вони можуть бути одиничними, подвійними, множинними, осколковими, без зміщення і зі зміщенням відламків. Переломи нижньої щелепи бувають одно- і двобічними. Переломи щелеп із пошкодженням цілості слизової оболонки рота називають відкритими.

Клініка. Скарги біль під час жування, утруднене ковтання, порушується прикус і мовлення. При огляді виявляють деформацію обличчя. Для виявлення перелому нижньої щелепи її захоплюють знизу пальцями правої руки, великий палець поміщають на правий кут щелепи, а вказівний на лівий кут. При стисканні щелеп у місці перелому виникає біль, крепітація та зміщення відламків. Переломи щелеп можуть ускладнюватися травматичними контрактурами. Двобічні переломи підборідного відділу нижньої щелепи можуть ускладнюватися западанням язика й асфіксією. Важливе значення для встановлення правильного діагнозу має рентгенографія кісток лицьового черепа в двох проекціях.

Перша допомога потерпілим із переломами щелеп полягає в зупинці кровотечі, попередженні западання язика й асфіксії. Для цього проводять

ревізію порожнини рота: видаляють згустки крові, сторонні тіла, вивихнуті зуби; Фіксують язик за допомогою притискальної пов'язки до нижньої щелепи або "аптечної петлі", прошиванням язика, відступивши на 2 см від його кінчика. Потім треба підтягнути язик уперед міцною лігатурою, прикріпивши її до раніше накладеної підборідної пращоподібної пов'язки чи до шиї. Перед відправкою потерпілого в спеціалізований заклад виконують тимчасову іммобілізацію: при переломах верхньої щелепи в рот кладуть паличку або дощечку та фіксують її кінці до голови бинтом; іммобілізацію нижньої щелепи здійснюють за допомогою накладання пращоподібної бинтової пов'язки. Транспортування таких хворих проводять у сидячому положенні, якщо потерпілий без свідомості, його вкладають на ноші вниз обличчям, під груди і голову підкладають скатану одягу, одяло і доставляють у стоматологічне відділення.

Лікування: репозиція (співставлення) і фіксація відламків за допомогою зубних шин. Годування хворих здійснюють через зонд.

Вивих нижньої щелепи.

Розрізняють травматичний і звичний, зумовлений наявністю широкої капсули і недорозвиненістю елементів суглоба. Вивих може бути одnobічним і двобічним.

Клініка.

Неповне закривання рота і витікання слини, витягнуте обличчя з деякою амимією; прогенія — висунення нижньої щелепи вперед; утруднена мова, неможливість відкрити рот (тризм); різкий біль при спробі закрити рот; відсутність головок суглоба нижньої щелепи під козелком вуха.

Діагноз установлюється на підставі симптоматики, даних рентгенівського дослідження.

Лікування. Вправлення вивиху. Застарілі і невправимі вивихи підлягають оперативному лікуванню. Методика вправлення вивиху н/щелепи: проводять під місцевим знеболюванням. Для цього, відступивши на 2 см до переду від козелка, вводять голку на глибину 2-2,5 см і вливають 5-10 мл 1% розчину новокаїну. Після того, як настала анестезія, хворого садять на стілець і підтримують його ззаду. Хірург обгортає свої великі пальці бинтом і бере нижню щелепу так, щоб великий палець лежав на жувальній поверхні задніх корінних зубів і заходив якомога глибше (до висхідної вітки нижньої щелепи), а решта чотири пальці охоплювали щелепу справа, зліва і знизу. Захоплену таким чином щелепу відтягують донизу, потім піднімають її вверх і здійснюють рух спереду назад, при цьому чути специфічне клацання і голівка щелепи стає на своє місце. Хірург повинен швидко забрати свої пальці із зубів у сторони до щік, щоб хворий не прикусив їх. Після вправлення вивиху на підборіддя накладають підтримуючу пов'язку.

Відкриті ушкодження шиї.

За характером рани - можуть бути різаними, колотими, рваними, укушеними і т. ін. Розрізняють поверхневі і глибокі рани. При поверхневих ранах шиї пошкоджується: шкіра, поверхнева фасція, поверхневі кровоносні судини.

При глибоких ранах пошкоджуються великі кровоносні судини (сонна артерія, яремна вена), трахея, стравохід, нерви, грудна лімфатична протока тощо.

Клініка. При пошкодженні артеріальних судин шиї виникає швидка і велика кровотеча, яка може закінчитись смертю потерпілого. При пораненнях вен шиї, внаслідок негативного тиску, у їх просвіт може засмоктуватись повітря і виникати повітряна емболія. При пораненнях гортані, трахеї дихання здійснюється через дихальні шляхи та частково через рановий отвір. Такі пошкодження часто супроводжуються кровотечами, при цьому кров може попадати в дихальні шляхи і викликати асфіксію. Поряд із цим, можуть спостерігатись пошкодження стравоходу. Хворі скаржаться на болюче ковтання, вода або їжа при цьому виходять через рану.

Лікування і ПМД спрямовані на зупинку кровотечі. З цією метою притискають місця кровотечі пальцем. Можна використати спеціальну пов'язку на шию. При цьому на рану накладають стерильну серветку, яку притискають до поперечних відростків шийних хребців за допомогою джгута, накладеного через пахвову ділянку, або шини на протилежному боці шиї. Зупинку кровотечі можна здійснити за допомогою кровозупинних затискачів. Таких хворих після накладення асептичної пов'язки терміново госпіталізують у хірургічні відділення, проводять оперативне лікування (ПХО рани з ревізією). У разі відкритого поранення трахеї, гортані, що супроводжується наростанням дихальної недостатності через асфіксію на до-госпітальному етапі в рану, а саме в гортань (при її пошкодженні) чи трахею (при її пошкодженні), треба вставити трахеотомічну трубку або ендотрахеальну трубку для нормалізації дихання. В післяопераційному періоді при пораненнях стравоходу годування хворих здійснюють через назогастральний зонд.

Медіастинальна емфізема.

Це ускладнення закритої травми органів шиї, що характеризується надходженням і скупченням повітря в клітковині середостіння, шиї, обличчя. Найбільш частою причиною медіастинальної емфіземи є частковий або повний розрив трахеї, бронхів, інколи стравоходу.

Клініка. Виникає утруднення дихання та ковтання, біль за грудиною, напади кашлю. При огляді спостерігається потовщення шиї, обличчя, набухання шийних вен, ціаноз шкірних покривів. При пальпації визначається підшкірна крепітація. При рентгенологічному дослідженні виявляють просвітлення в ділянці середостіння, при пошкодженні медіастинального листка плеври – пневмоторакс.

Лікування: оперативне.

6. Запальні захворювання обличчя та шиї (фурункул, карбункул, бешихове запалення, флегмона).

Бешиха обличчя.

Етіологія: стрептокок.

Клініка: починається гостро: з'являється озноб, температура тіла підвищується до 39—40°C. Хворі скаржаться на нудоту і головний біль. На шкірі обличчя, здебільшого навколо носа, з'являється почервоніння з різко окресленими межами, яке поступово поширюється до волосистої частини голови. Найчастіше виникає еритематозна форма бешихи, рідше — бульозна і флегмонозна. Для захворювання характерні рецидиви.

Лікування: госпіталізація. Хороший ефект дає опромінення уражених ділянок кварцом в еритемних або суберитемних дозах, змазування (2-3 рази на день) антисептиками: 1 % спиртовим розчином хлоргексидину; сумішшю (2:1) 96 % етилового спирту з 20 % розчином нашатирного спирту; 5 % розчином перманганату калію, люголівським розчином. Застосування вологих пов'язок у вигляді компресів, у тому числі мазевих, у хворих на бешиху – протипоказане.

Для запобігання поширенню інфекції і для лікування бешихи частіше застосовують напівсинтетичні пеніциліни (ампіцилін по 2-4 г на добу), цефалоспорини. При бульозній формі бешихи великі міхурі розкривають, після чого накладають вологовисихаючі пов'язки з антисептиком (фурацилін, борна кислота). У разі флегмонозної та некротичної форм застосовують оперативне лікування.

При тяжких формах та рецидивах захворювання застосовують біцилінопрофілактику: біцилін-5 вводять внутрішньом'язово по 1,5 млн ОД кожних 4 тижні впродовж 4-12 місяців. При частих рецидивах бешихи призначають гормональні препарати (преднізолон по 30 мг на добу, до 420 мг на курс).

Гострий паротит - гостре запалення слинної привушної залози, виникає унаслідок інфікування її лімфогенним і гематогенним шляхом. Найчастіше інфекція проникає з ротової порожнини (при поганому догляді за зубами, каріозних зубах, стоматиті і недостатньому виділенні слини при сіалоаденітах). Захворювання виникає також і як ускладнення інфекційних захворювань (тифів, скарлатини, грипу та ін.).

Клінічна картина характеризується болем і набряком у ділянці привушної залози, порушенням слиновиділення. Температура тіла підвищується до 39—40°C. Відкривання рота і жування утруднені. У тяжких випадках запальний набряк поширюється на шию і обличчя. У разі нагноєння спостерігається флюктуація, однак її може й не бути внаслідок значної інфільтрації залози.

Лікування: призначають антибіотики, НПЗП, спазмолітини, полоскання ротової порожнини антисептиками. У разі нагноєння – оперативне лікування.

Фурункул носа – це запалення сальних залоз чи волосяних мішечків, розташованих в ділянці входу в ніс або на його зовнішній поверхні.

Етіологія: стафілококи та стрептококи.

Фактори, що сприяють виникненню запалення.

1. Мікротравми шкіри входу в ніс.
2. Мацерація шкіри входу в ніс при гострому нежиті.
3. Фурункульоз.

4. Цукровий діабет чи порушення обміну речовин.

Клініка.

1. Спонтанний біль в ділянці ураження.
2. Підвищення температури тіла.
3. Припухлість в області входу в ніс, що часто поширюється на м'які тканини обличчя.

При огляді виявляють:

- Конусоподібне підвищення на одній із стінок входу в ніс чи його зовнішній поверхні.
- набряклість навколишніх тканин носа: щоки, верхньої губи, перенісся, верхньої чи нижньої повіки.
- Шкіра носа почервоніла, напружена і дуже чутлива.

На 4-6 добу, а іноді й пізніше, фурункул розкривається, залишаючи кратероподібну заглибину, заповнену сірими некротичними масами (стержень).

Серйозним ускладненням при фурункулі носа є тромбоз печеристого синуса мозку. Він виникає внаслідок поширення запального тромбозу з вен м'яких тканин обличчя на мозкові венозні синуси (через анастомози, що існують між гілками лицевої вени та очної вен). Проявляється клінічною картиною сепсису. Хворі скаржаться на сильний головний біль, диплопію. Спостерігається набряклість повік і випинання очних яблук, порушення рухливості очних яблук. У тяжких випадках тромбоз може ускладнитися гнійним менінгітом.

Лікування. Хворі з фурункулумом носа повинні направлятися на лікування в стаціонар.

1. Примочки з гіпертонічними розчинами (фурацилін, діоксизоль) чи гіперосмолярними мазями (офлокаїнова).
2. Хірургічне розкриття фурункула лише при його абсцедуванні.
3. НПЗП, дезагреганти.
4. Антибактеріальна терапія (антибіотики, сульфаніламід).
5. Теплові процедури (наприкінці захворювання).
6. Фізіотерапевтичні процедури (фонофорез з гіоксизоновою маззю, солюкс, УВЧ, УФО).

Гострий шийний лімфаденіт.

Це гостре запалення лімфатичних вузлів шиї. Найбільш частими причинами його є ангіни, періостити зубного походження, запальні процеси шиї та травматичні пошкодження шкіри голови й обличчя. Причиною шийного лімфаденіту може бути туберкульоз.

Клініка. Збільшені лімфатичні вузли різко болючі при пальпації і рухах шиєю, як правило, зберігають свою рухомість, консистенція вузлів еластична, вони можуть збільшуватись до розмірів 1,5-2 см у діаметрі, часто шкіра над ними залишається незмінною. З'являється інтоксикаційний синдром. Нагноєння лімфатичних вузлів із втягненням прилеглої клітковини призводить до утворення **аденофлегмони шиї**, з'являється набряк тканин,

гіперемія шкірних покривів, підсилюється біль, можлива поява флуктуації, температура тіла сягає 39 °С, посилюються ознаки загальної інтоксикації.

Лікування гострого лімфаденіту доцільно проводити одночасно з лікуванням первинного джерела. Використовують: 1) антибіотики широкого спектра дії (офлоксацин, клофран, амоксилін тощо), сульфаніламід (бактрим, ентросептол, сульфален тощо); 2) місцево – УВЧ; 3) зігрівальний компрес; 4) комплекс вітамінів; 5) протизапальні засоби (індометацин, месулід, доліпран, бутадіон тощо). У разі абсцедування – оперативне лікування, метою якого є розкриття і дренивання абсцесу.

Флегмона шії.

Флегмона шії виникає як ускладнення при остеомієлітах нижньої щелепи, некротичних ангінах, наявності каріозних зубів, при пораненнях або нагноєнні гематоми, лімфаденітах. Залежно від джерела інфікування флегмона може локалізуватися на підборідді, підщелепній, задньощелепній ділянках, у навколوجلотковому просторі.

Клініка. Флегмона шії супроводжується швидким і бурхливим розвитком, у хворих виникає висока температура (39-40 °С), частий і слабкий пульс, задишка. При огляді шкірні покриви гіперемовані, набряклі, відмічається болючість при пальпації. У хворих виникає утруднення з ковтанням, може погіршуватися дихання. Флегмона шії іноді ускладнюється тромбозом передньої лицьової і внутрішньої яремної вен, сепсисом, гнійним медіастенітом.

Лікування: оперативне і масивна протизапальна терапія.

7. Сторонні тіла ВДШ і стравоходу.

Сторонні тіла глотки.

Сторонні тіла, що залишаються у глотці, найчастіше заносяться сюди з їжею, наприклад, риб'ячі кістки, голки, шпильки тощо. Сприяють цьому раптовий кашель, сміх, чхання, розмова, які відвертають увагу від акту жування.

Клініка.

Симптоми сторонніх тіл можуть бути різноманітними і залежать від їх характеру. Скарги хворих при гострих сторонніх тілах, що заглибилися в слизову оболонку, зводяться до колючого болю, який посилюється при ковтанні. При тривалому перебуванні стороннього тіла виникає запалення слизової оболонки глотки у вигляді гіперемії, набряку і підвищеної продукції слизу, що, у свою чергу, спричиняє кашель, слинотечу, іноді – блювання. При зупинці великого стороннього тіла в нижньому відділі глотки, біля входу в гортань, можуть розвинути раптові явища ядухи.

Діагностика: ретельний огляд глотки.

Лікування.

Видалення стороннього тіла за допомогою зігнутого корнцанга.

Сторонні тіла гортані, трахеї, бронхів.

Сторонні тіла гортані, трахеї і бронхів частіше зустрічаються у дітей віком від кількох місяців до 3-5 років. Це пояснюється тим, що малі діти все беруть в рот, а захисні рефлекси у них ще погано виражені.

Причини

- З порожнини рота стороннє тіло попадає в гортань при раптовому неконтрольованому вдиху (переляк, сміх, крик, розмова, вживання їжі тощо).
- У дихальні шляхи можуть потрапити сторонні тіла із стравоходу під час блювання.
- При пораненні шиї сторонні тіла в гортань і трахею можуть проникати через рановий канал.
- У трахею можуть потрапити уламки трахеотомічних трубок у хворих з трахеостоמוю.

Клініка.

1. Напади судомного кашлю протягом кількох секунд або хвилин, які супроводжуються:

- балотуванням легкого стороннього тіла (переміщення стороннього тіла під час кашлю до зімкнутих голосових складок, що викликає виникнення характерного звуку і повернення тіла до біфуркації трахеї під час вдиху);
- утрудненим диханням;
- ціанозом слизових і шкірних покривів;
- втратою свідомості.

2. Через 1-2 дні перебування стороннього тіла під час кашлю з'являється харкотиння, забарвлене кров'ю.

3. Якщо стороннє тіло проникає в бронх і перекриває його просвіт, то ослаблюється дихання і притуплюється перкуторний звук на боці ураження, розвивається задишка.

4. Якщо стороннє тіло проникає в бронх і перекриває його просвіт частково, то за рахунок клапанного механізму розвивається емфізема легені, задишка.

Діагностика.

1. Анамнез.
2. Ларингоскопія (пряма або непряма).
3. Рентгенографія і рентгеноскопія грудної клітки.
4. Трахеобронхоскопія.

Ускладнення.

Нерозпізані сторонні тіла можуть викликати асфіксію або спричинити тяжкі ускладнення (абсцедуючі бронхопневмонії, гнійний медіастиніт тощо).

ПМД: застосувати прийоми Геймліха, при їх неефективності – конікотомія чи трахеотомія в разі сторонніх тіл гортані, при сторонніх тілах бронхів з вираженою дихальною недостатністю – інтубація трахеї з переведенням хворого на апарат ШВЛ.

Лікування.

Можливе самовільне відходження стороннього тіла з харкотинням під час кашлю. Проте це буває досить рідко, і для видалення сторонніх тіл вдаються до таких заходів:

1. Видалення сторонніх тіл за допомогою вікончастих щипців із трахеобронхоскопічного набору при прямій ларингоскопії.

2. Трахеобронхоскопія.

Сторонні тіла стравоходу.

Сторонні тіла у стравоході здебільшого виявляють у маленьких дітей і психічнохворих, які нерідко проковтують виделки, цвяхи, ключі та ін.

Клініка. Сторонні тіла найчастіше затримуються у місцях фізіологічних звужень стравоходу. Гострі предмети можуть перфоровати його стінку та викликати *медіастиніт*. Основні клінічні ознаки перебування стороннього тіла в стравоході залежать від величини, форми і локалізації предмета. У хворих з'являється дисфагія, зригування свіжою їжею, біль за грудниною, слинотеча. Верифікація діагнозу проводиться на підставі езофагоскопії, під час якої можна видалити стороннє тіло, й рентгенологічного дослідження (контрастна рентгеноскопія стравоходу).

Лікування. У більшості випадків сторонні тіла із стравоходу видаляють спеціальними щипцями при езофагоскопії. У тих випадках, коли стороннє тіло неможливо видалити вказаним методом, проводять оперативне втручання. При розташуванні стороннього тіла в грудному відділі стравоходу застосовують торакотомію, у черевному – лапаротомію.

8. Опіки стравоходу.

Опіки стравоходу виникають при випадковому або умисному проковтуванні лугів (їдкого калію, натрію, каустичної соди та ін.) або кислот (сірчаної, соляної, азотної, оцтової та ін.). Луги і кислоти, діючи на слизову оболонку стравоходу, викликають його виражену деструкцію. При опіках лугами, внаслідок омилення жирів і розплавлення тканин, спостерігається глибоке пошкодження стінки стравоходу (колікваційний некроз), яке може викликати її некроз і перфорацію. При ушкодженнях кислотами виникає коагуляція білків поверхневих шарів слизової оболонки, внаслідок чого утворюється струп (коагуляційний опік).

Клініка. У клінічному перебізі опіків стравоходу виділяють три фази: 1) **некротична**, яка триває 3-5 днів і характеризується вираженим больовим синдромом, блюванням, дисфагією і некротичними змінами стінки стравоходу; 2) **утворення виразок і грануляцій**, яка розпочинається із 3-5 дня і характеризується тимчасовим покращанням стану хворого – зникає біль, нудота, блювання, спостерігають відходження некротизованих ділянок слизової стравоходу; 3) **формування рубцевих звужень (стриктур)**, розпочинається із 3-4 тижня, у цей час відбувається розростання грануляцій і формування рубцевої стриктури. Проявляється дисфагією, схудненням хворого.

Лікування. При наданні першої допомоги потерпілим з опіками стравоходу дають випити слабкий розчин лугу (натрію гідрокарбонату) для нейтралізації кислоти. При опіках лугами дають випити слабкий розчин оцту або лимонної кислоти, які завжди є в домогосподарок. Якщо немає цих засобів, дають пити молоко, сирі яйця, проводять промивання шлунка. Щоб зняти біль, хворим вводять болезаспокійливі (анальгін, фентаніл, дроперидол). При сильному болю застосовують наркотики (омнопон, промедол). Для

зменшення болю рекомендують прийняти вершкове масло, соняшникову олію, дають випити 0,5 % розчин новокаїну. При сприятливому перебігу опіків з 10-14-го дня необхідно проводити бужування (розширення) стравоходу спеціальними бужами. Для профілактики рубцювання призначають лідазу, гідрокортизон, преднізолон та ін. При відсутності ефекту від бужування і розвитку рубцевої стриктури стравоходу проводять оперативне лікування – створення штучного стравоходу за допомогою тонкої або товстої кишки.

По завершенні опрацювання самостійної роботи з теми здобувачі освіти вмітимуть:

- збирати скарги, анамнез;
- провести об'єктивне обстеження при гострих захворюваннях і ушкодженнях голови, обличчя та шиї;
- надати невідкладну допомогу та здійснити транспортування при гострих захворюваннях і ушкодженнях голови, обличчя та шиї.

Практичні навички:

- обстеження хворих з захворюваннями і ушкодженнями голови, обличчя та шиї, надання першої медичної допомоги;
- звільнення верхніх дихальних шляхів від сторонніх тіл і рідини (методика черевних та грудних поштовхів) і проведення закритого масажу серця, ШВЛ методом “рот до рота”, “рот до носа”, за допомогою S-подібної трубки; мішка АМБу;
- надання невідкладної медичної допомоги хворим з гострими розладами мозкового кровообігу, при черепно-мозковій травмі; методика їх транспортування;
- зупинка кровотечі із судин шиї, носа, вуха, ямки зуба;
- надання першої медичної допомоги у разі переломів кісток черепа, носа, верхньої і нижньої щелепи, шийного відділу хребта, вивиху нижньої щелепи;
- надання першої медичної допомоги хворим із запальними захворюваннями обличчя, шиї;
- надання першої медичної допомоги в разі опіків ротової порожнини, стравоходу (кислотами, лугами), потрапляння сторонніх тіл у носоглотку;
- транспортування хворих із невідкладними станами при захворюваннях і ушкодженнях голови, обличчя, шиї.

Запитання для самоконтролю:

1. Охарактеризуйте класифікацію, клінічну картину черепно-мозкової травми? Складіть план заходів під час надання невідкладної допомоги при ЧМТ.
2. Дайте визначення та охарактеризуйте клінічну картину при можливих ушкодженнях головного мозку: струс, забій, здавлення мозку.
3. Охарактеризуйте абсцес головного мозку: причини виникнення, стадії протікання, клінічна картина, методи діагностики та невідкладну допомогу?

4. Охарактеризуйте клінічну картину та невідкладну допомогу у разі травм обличчя, зокрема переломі кісток носа, верхньої і нижньої щелеп, вивиху нижньої щелепи?
5. Охарактеризуйте клінічну картину та невідкладну допомогу у разі відкритих та закритих травм ділянки шиї? Назвіть можливі ускладнення та ваші дії при цьому?
6. Дайте характеристику (причини, клінічна картина, можливі ускладнення) запальним захворюванням обличчя та шиї (фурункул, карбункул, бешихове запалення, флегмона)?
7. Охарактеризувати клініку та невідкладну допомогу у разі сторонніх тіл верхніх дихальних шляхів та стравоходу?
8. Охарактеризувати причини, стадії протікання, клінічну картину, можливі ускладнення при опіках стравоходу?

Рекомендована література:

- І.В. Роздольський, «Невідкладні стани в хірургії», Київ: «Медцина», 2007 р., ст. 12 – 28.
- М.С.Регеда, «Невідкладні стани», Львів: “Магнолія 2006”, 2008 р. ст. 310 – 317, 694 – 699, 704 – 705.
- О.Ю. Усенко, «Хірургія», Київ: «Медцина», 2013 р., ст. 400 – 406.