

МОЗ України

ПОЛТАВСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

Кафедра хірургічної стоматології та щелепно-лицевої хірургії

Сполучена (черепно-щелепно-лицева) та комбінована травма щелепно-лицевої ділянки. Травматична хвороба.

Класифікація, клініка, діагностика та етапне лікування поранених. Ранні та пізні ускладнення пошкоджень щелепно-лицевої ділянки. Профілактика, клініка, діагностика, етапне лікування поранених.

Лектор: доцент Локес К.П.

План лекції

1. Поєднана (черепно-щелепно-лицева) та комбінована травма щелепно-лицевої області. Класифікація, клініка, діагностика й етапне лікування поранених.
2. Травматична хвороба. Класифікація, клініка, діагностика й етапне лікування поранених.
3. Ранні та пізні ускладнення пошкоджень щелепно-лицевої області. Профілактика, клініка, діагностика, етапне лікування поранених.

- **ІЗОЛЬОВАНА ТРАВМА** – одиничне пошкодження будь-якої анатомічної області.
- **ПОЄДНАНА ТРАВМА** – одномоментне пошкодження двох і більше анатомічних областей.
- **КОМБІНОВАНА ТРАВМА** – травма в результаті взаємодії двох і більше різноманітних пошкоджуючих факторів.

➤ **ПОЛІТРАВМА** – це важка поєднана травма, яка супроводжується розвитком травматичного шоку, отже, це шокогенна поєднана травма.

➤ **СИНДРОМ ВЗАЄМНОГО ОБТЯЖЕННЯ**

Кожне з пошкоджень погіршує загальну патологічну ситуацію і разом з цим, кожне конкретне пошкодження при політравмі протікає більш важко, з великим ризиком розвитку ускладнень (більше ніж при ізольованій травмі).

Особливості перебігу політравми:

- синдром взаємного обтяження;
- ситуація несумісності терапії;
- розвиток таких важких ускладнень, що приводять до критичного стану, як масивна крововтрата, шок, токсемія, гостра ниркова недостатність, жирова емболія, тромбоемболія;
- стертість проявів клінічних симптомів при краніоабдомінальній травмі, пошкодженні хребта і живота і іншій поєднаній травмі.

Періоди надання медичної допомоги при важкій поєднаній травмі:

- 1) реанімаційний;
- 2) лікувальний;
- 3) реабілітаційний.



Реанімаційний період

- стабілізація кровообігу,
- повне знеболення,
- надійна іммобілізація,
- оксигенотерапія,
- ранні оперативні втручання,
- корекція всіх порушених функцій організму.

Лікувальний період

- Первинна хірургічна обробка ран,
- Лікувальна іммобілізація.



Реабілітаційний період

- ЛФК,
- Фізіотерапевтичне лікування,
- Санаторно-курортне лікування.

- Докторська дисертація **В.Ф. Чистякової** (1970 р.) «Челюстно-лицевые повреждения, сочетающиеся с закрытой черепно-мозговой травмой»
- «Диагностика травм лица и головного мозга» - робота **В.Ф. Чистякової** (1977р.).

КЛАСИФІКАЦІЙНІ ХАРАКТЕРИСТИКИ ЧЕРЕПНО- МОЗКОВОЇ ТРАВМИ:

- Струс головного мозку.
- Забій головного мозку:
 - Легкого ступеню;
 - Середнього ступеню;
 - Тяжкого ступеню.
- Здавлення головного мозку.
- Дифузне аксональне пошкодження головного мозку.
- Здавлення голови.

ТЯЖКІСТЬ ЧЕРЕПНО- МОЗКОВОЇ ТРАВМИ (ЧМТ):

- легка;**
- середня;**
- важка.**

ПЕРІОДИ ЧМТ:

**Гострий (2-10
тижнів);**

**Проміжний (2-6
місяці);**

**Віддалений (більше 6
місяців).**



Діагноз:
перелом нижньої
щелепи без
зміщення уламків
множинні забої,
гематоми, садна
обличчя, ЗЧМТ,
періорбітальні
гематоми



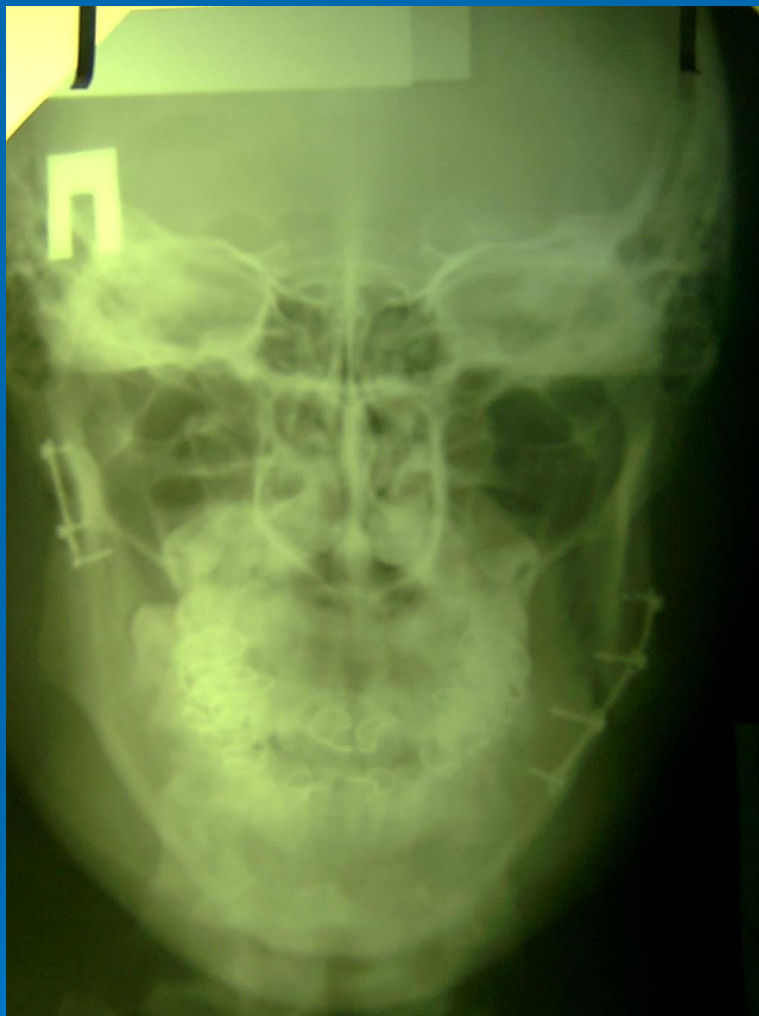
Лікування:

- гладка шина-скоба;
- пов'язка за Саркісовим.



Діагноз: перелом
нижньої щелепи без
зміщення, перелом
кісток носа зі
зміщенням,
крововилив у
кон'юнктиву очей,
повік і підшкірну
клітковину (с-м
«окулярів»), ЗЧМТ,
струс головного
мозку.





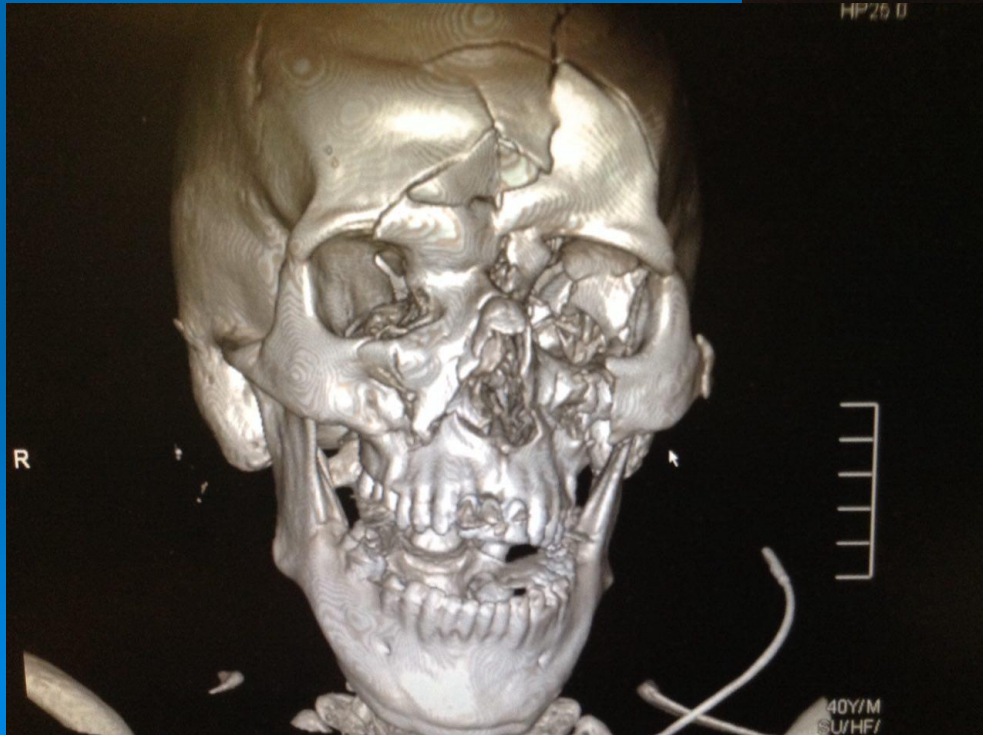
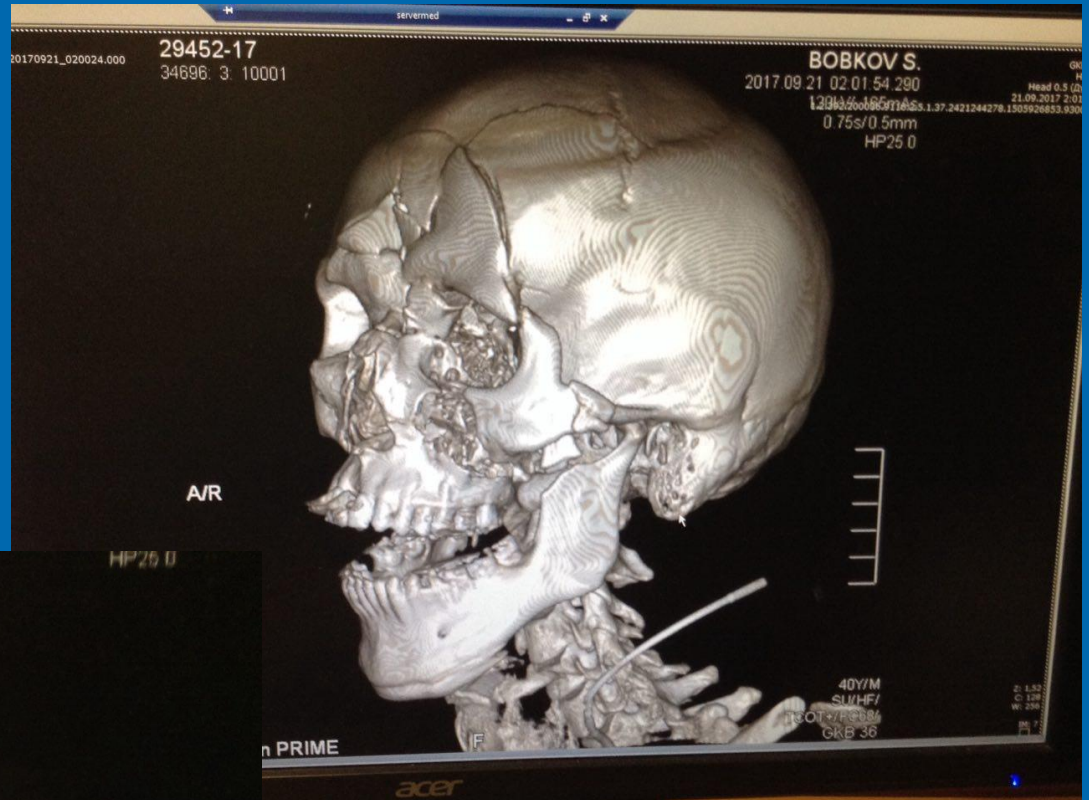
Остеосинтез нижньої
щелепи за допомогою
міні-пластин.



Множинні переломи
нижньої щелепи зі
зміщенням
фрагментів (до
лікування).



Остеосинтез
відламків нижньої
щелепи спицями
Кіршнера



КОМБІНОВАНІ УРАЖЕННЯ:

- З превалюванням хірургічної патології;
- З превалюванням терапевтичної патології.

Двофакторні моделі комбінованих уражень хірургічного профілю:

- Механо-термічні;
 - Механо-радіаційні;
 - Механо-хімічні;
 - Механо-фізичні;
 - Механо-інфекційні;
 - Механо-чрезвычайнофакторные.
- 

ЗАГАЛЬНІ РИСИ КОМБІНОВАНИХ УРАЖЕНЬ:

- Синдром взаємного обтяження;
- Ускладнення надання медичної допомоги;
- Незадовільні наслідки лікування.

ТРАВМАТИЧНА ХВОРОБА

– це патологічний процес, обумовлений важкою шокогенною механічною травмою, у якому послідовність змін ключових факторів патогенезу визначає закономірну послідовність періодів клінічного перебігу.



ПЕРІОДИ ТРАВМАТИЧНОЇ ХВОРОБИ:

➤ **Період шоку**

– період гострих функціональних та системних порушень, обумовлених важкою травмою (12-48 год)

➤ **Ранній післяшоковий період**

– період виникнення органної та поліорганної недостатності (3-7 днів після травми).

ПЕРІОДИ ТРАВМАТИЧНОЇ ХВОРОБИ:

- **Період інфекційних ускладнень**
- (більшого ризику їх виникнення, період вторинного імунодефіциту) – тривалість перебігу 1 тиждень – 1 місяць.
- **Період реконвалесценції**
тривалість від декількох тижнів до декількох місяців.

Періоди травматичної хвороби

Періоди	Патологічні процеси, що виникають на різних стадіях травматичної хвороби
1. Гостра реакція на травму (до 2 діб)	Гостра крововтрата. Травматичний шок. Травматичний токсикоз. Жирова емболія
2. Ранні прояви (до 14 діб)	Виражені порушення функції органів і систем: порушення функцій центральної нервової системи; розлади дихання; циркуляторні порушення, печінково-ниркова недостатність; порушення водного й електролітного балансу; пригнічення імунологічної реактивності
3. Пізні прояви (понад 14 діб)	Розвиток дистрофічних і склеротичних процесів. Уповільнення консолідації переломів. Утворення хибних суглобів
4. Реабілітація	Часткове або повне відновлення функцій організму

Стадії реагування ЦНС на травму

- 1) перехідна (може бути відсутньою) — характеризується перебудовою або різким зниженням активності регуляторних центрів;
- 2) соматична — перебудова центральних апаратів регуляції, посилення необхідних та гальмування непотрібних функцій;
- 3) вегетативна — зниження функції м'язів;
- 4) церебральна, або пасивного пристосування (її сенс у збереженні життєдіяльності мозку).

Неспецифічні ознаки травматичної хвороби

- 1) асептичне або гнійне запалення вогнищ первинного і вторинного пошкодження;
- 2) прояви загального адаптаційного синдрому (стрес);
- 3) гарячка, біль, загальне нездужання, фізична та емоційна слабкість, втрата працездатності;
- 4) наявність періодів перебігу – початковий, розпалу та завершення (одужання або загибель організму).

Специфічні ознаки травматичної хвороби

- раптовість початку,
- відсутність латентного періоду,
- наявний причинний фактор,
- наявність морфологічного субстрату — пошкодженого тіла або тканин,
- виражений больовий синдром,
- специфічно змінені функції пошкоджених органів і тканин,
- локальна гіпоксія пошкодженої ділянки

Травматичний шок

- це спричинений травмою тяжкий стан, який супроводжується значними порушеннями функцій життєво важливих органів, насамперед кровообігу та дихання. Характеризується двома фазами протікання: еректильною (напруження, активна реакція організму на травму) та торпідною (виснаження основних функцій життєзабезпечення).

Геморагічний шок

- — аналогічний за клінічною картиною травматичному шоку. Виникає при тяжкій крововтраті у разі травми (зовнішня кровотеча) або при внутрішніх кровотечениях.



Гіповолемічний шок

- розвивається при значних втратах організмом плазми крові та інших рідин (діарея, виснажливе блювання, великі опікові поверхні), коли безпосередньо зменшується об'єм циркулюючої крові (ОЦК).



- У результаті травми в постраждалого формується одне чи декілька вогнищ пошкодження тканин або органів. При цьому ушкоджуються судини різного калібру — виникає кровотеча, відбувається подразнення великого рецепторного поля — виникає масивна аферентна дія на центральну нервову систему, пошкоджується певний об'єм тканин, і продукти їх розпаду всмоктуються в кров — виникає ендотоксикоз. При пошкодженні життєво важливих органів відбувається порушення відповідних життєво важливих функцій: пошкодження серця супроводжується зниженням скоротливої функції міокарда; пошкодження легені — зниженням об'єму легеневої вентиляції; пошкодження глотки, гортані, трахеї — асфіксією.

- Масивна аферентна дія на ЦНС із вогнища (вогнищ) пошкодження і гуморальна інформаційна дія через барорецептори стінок артеріальних судин на центри вегетативної нервової системи (гіпоталамус) про об'єм крововтрати є пусковим механізмом для запуску неспецифічної адаптаційної програми захисту організму.

Адаптація організму у відповідь на дію екстремальних факторів

- Екстенна адаптація,
- Відтермінована адаптація.



Реакції екстренної адаптації

- забезпечують збереження життя організму, відразу після крововтрати на тлі гіповолемії. У результаті екстренної перебудови регуляторних систем організму в привілейованому положенні залишаються найважливіші органи, що забезпечують життєдіяльність (мозок, серце, дихальна мускулатура).

Централізація кровообігу

- ранній механізм захисту, спрямований на відшкодування ОЦК і стабілізацію артеріального тиску (АТ). Завдяки централізації кровообігу організм може самотійно компенсувати крововтрату 20 % ОЦК.

Ендогенний канібалізм

- Глюкозу утримують не всі тканини: вона залишається джерелом енергії лише для мозку, еритроцитів, елементів РЕС, мозкового шару нирок та кісткового мозку. Всі інші тканини в метаболічних процесах використовують білки та жири.

Відтерміновані реакції адаптації

- спрямовані на відновлення функцій організму шляхом ліквідації матеріальних втрат, а саме усунення гіповолемії та негативних наслідків екстренних реакцій. До їх числа, перш за все, слід віднести активізацію транскапілярного обміну, еритропоезу та інших репаративних процесів.

Оцінка шокогенності травми (у балах)

Найменування пошкодження	Бал
Травма живота з пошкодженням двох і більш за паренхиматозних органів	10,0
Множинні двосторонні переломи ребер з пошкодженням і без пошкодження легенів. Травма живота з пошкодженням одного паренхиматозного органа	6,0
Відкритий перелом стегна. Вивих стегна	5,0
Забій головного мозку, перелом основи і склепіння черепа	4,0
Травма грудей з пошкодженням легені (гемопневмоторакс), Множинні переломи кісток тазу	3,0
Травма живота з пошкодженням порожнистих органів. Відкритий перелом обох кісток гомілки, відривши гомілки	2,0
Обширна скальпована рана, гематома великих розмірів. Закритий перелом стегна, перелом обох кісток гомілки. Відкритий закритий переломи плеча, відрив плеча Відкритий і закритий переломи лицьового скелета	1,5
Множинні односторонні переломи ребер без пошкодження легких. Відрив передпліччя	1,0
Переломи хребця або хребців в одному відділі хребта з пошкодженням або без пошкодження спинного мозку. Відриви і розмозження стопи. Відкритий перелом обох кісток передпліччя.	0,5
Одиночні переломи кісток тазу. Закриті переломи однієї кістки гомілки, кісток стопи, передпліччя, кисті, розтרוщування і відрив кисті. Переломи ключиці, лопатки, надколінника	0,1

Ерективна фаза шоку:

- Пацієнт притомний, не усвідомлює важкості свого стану,
- Шкірні покриви бліді,
- Рухове та мовне збудження.
- Мускулатура напружена,
- Загальна гіперестезія,
- Шкірні та сухожильні рефлексy підвищені.
- Дихання часте та нерівномірне.
- Пульс напружений,
- АТ – періодично підвищується.

Торпідна фаза шоку

- Розвивається після еректильної фази шоку, відносно швидко розвивається фаза пригнічення діяльності регуляторних та виконавчих систем організму.
- Торпідна фаза шоку по важкості та глибині симптомів умовно поділяється на 4 ступені: I – II – III – IV ступені.

Шок I ступеню (легкий)

- Нерізко виражена блідість шкірних покривів, із незначними порушеннями гемодинаміки.
- Загальний стан пацієнта задовільний, свідомість ясна.
- Зіниці добре реагують на світло.
- АТ до 100 мм.рт.ст.
- Пульс до 100 уд/хв.
- ОЦК знижується до 20 %,
- ЧДР до 20-22 за хвилину.

Шок II ступеню (середня важкість)

- Виражена заторможеність. Пацієнт притомний.
- Блідість шкірних покривів.
- Максимальні показники АТ – 80-90 мм.рт.ст.
мінімальні 50-60 мм.рт.ст.
- Пульс до 120 уд/хв., слабкого наповнення.
- ОЦК зменшується на 35 %.
- Дихання прискорене, поверхневе.
- Виражена гіпорефлексія та гіпотермія.
- Виникає симптом білої плями (при натискуванні на шкіру з'являється біла пляма, яка в нормі зникає через 3 с.).

Шок III ступеню (важкий)

- Загальний стан потерпілого важкий.
- АТ нижче 75-60 мм.рт.ст.,
- Пульс до 130 уд/хв, ниткоподібний.
- ОЦК зменшується на 45 і більше відсотків.
- Дихання поверхневе та різко прискорене.
- Відсутність реакції зіниць на світло, гіпорефлексія.
- Анурія.

Шок IV ступеню (термінальний стан)

- Являє собою крайній ступінь пригнічення життєво-важливих функцій організму, що переходить в клінічну смерть.



Шкала ком ГЛАЗГО

➤ Клінічні ознаки

➤ Відкривання очей

- Довільне 4
- На мовне звернення 3
- На больові подразнення 2
- Немає 1

➤ Рухова реакція

- Виконує команди 6
- Цілеспрямована на больове подразнення 5
- Нецілеспрямована на больове подразнення 4
- Тонічне згинання на больове подразнення 3
- Тонічне розгинання на больове подразнення 2
- Немає 1

➤ Мова

- Орієнтованість повна 5
- Сплутана 4
- Нерозбірливі слова 3
- Нерозбірливі звуки 2
- Немає 1

15 – коми немає;
14-13 – оглушення;
12-10 – сопор;
9-8 – легка I;
7-6 – середня кома II;
5-4 – глибока кома III;
3 – термінальна кома IV.

- **Оглушення** - потьмарення свідомості, яке характеризується підвищенням порогу всіх зовнішніх подразників, сповільнюється й утруднюється перебіг психічних процесів.
- **Сопор** - глибока стадія оглушення, при якій немає реакцій на словесне звертання. У стані сопору артеріальний тиск знижується, спостерігається розлад ритму дихання, пульс ослаблений. Зберігаються лише реакція на больове подразнення і рефлекс зіниці.
- **Кома** - стан глибокого пригнічення функцій ЦНС, який характеризується повною втратою свідомості і реакцій на зовнішні подразники та розладом регуляції життєво важливих функцій організму.

I стадія – предагональний стан.

- Різка блідість шкірних покривів з ціанозом.
- Відсутність пульсу на периферійних артеріях при наявності його на сонних та стегнових.
- Дихання поверхневе рідке, свідомість сплутана, або відсутня.
- Рефлекси та тонус м'язів різко ослаблені.

II стадія – агональний стан.

- Гемодинамічні зміни аналогічні предагональному стану,
- Виражене порушенням дихання (аритмічне, Чейн-Стокса),
- Акроціаноз,
- Свідомість та рефлексивні відсутні,
- М'язовий тонус різко ослаблений.

III стадія – клінічна смерть

- Пульс відсутній на крупних артеріях,
- Тони серця не прослуховуються,
- Зіниці різко розширені на світло не реагують,
- Реакція рогівки відсутня.



- В клінічному перебігу торпідної фази ТШ доцільно виділяти три періоди, тривалість яких залежить від основної причини тяжкості шоку:
- 1. Період компенсованого зворотнього шоку.
- 2. Період декомпенсованого зворотнього шоку.
- 3. Період декомпенсованого незворотнього шоку.

Компенсований зворотній (ранній) шок

- характеризується функціонуванням компенсаторних механізмів, внаслідок чого не виникає недостатність функцій життєво-важливих органів. Якщо первинна причина шоку успішно усунута протягом цього періоду, відбувається повне одужання з мінімальними наслідками.

Декомпенсований зворотній шок

- мікроциркуляторні та клітинні розлади життєво-важливих органів погіршуються, стають тривалими, що призводить до формування недостатності однієї або кількох систем органів, але енергійними лікувальними заходами можна попередити смерть

Декомпенсований незворотній шок (пізній шок),

- виникають незворотні розлади життєво-важливих органів (поліорганна недостатність). Навіть енергійна інтенсивна терапія не може попередити смерть



Шоківі органи

- **Шокова легеня.** При клінічному обстеженні такі хворі скаржаться на різку задишку, кашель із кров'янистим харкотинням. Спостерігається акроціаноз, тахікардія, при аускультації вислуховуються вологі хрипи. Систолічний АТ може бути як підвищеним, так і зниженим у залежності від тяжкості шоку. Із рентгенологічних ознак найбільш істотними вважаються: посилення судинного легеневого малюнку, виявлення набряку легень, дископодібних і сегментарних ателектазів. Для мікроемболії характерною є поява дисемінованих осередків затемнення - «снігової бурі» .
- **Серце.** Тахікардія зменшує час діастолічного наповнення шлуночків і як результат - зменшення коронарного кровообігу. Порушення коронарного кровообігу, дія кардіодепресивного цитокіну, ацидоз, токсемія пригнічують функцію скорочення міокарду, викликають аритмії. Розвивається гостра посттравматична міокардіодистрофія.

Шоківі органи

- **Печінка.** Шокова печінка характеризується незначним збільшенням концентрації білірубину плазми, лужної фосфатази, транзиторним збільшенням рівня трансаміназ. Показники трансаміназ повертаються до норми протягом 3-12 днів після ліквідації шоку. Іноді спостерігається масивний вогнищевий печінковий некроз, який проявляється гострою печінковою недостатністю.
- **Нирки.** Шокова нирка характеризується олігурією, формуванням ГНН. У хворого з'являється біль у попереку. Сеча лаковочервоного або бурого кольору (високий вміст міоглобіну). Аналізи крові характеризуються анемією, лейкоцитозом, гіперкаліємією, метаболічним ацидозом. Спостерігається підвищення рівня креатиніну плазми до 0,8 ммоль/л, сечовини - до 40 ммоль/л. Кліренс креатиніну досягає рівня нижче 30мл/хв .

Ранній післяшоковий період

- Виникнення «порочних кіл»;
- Ниркова та дихальна недостатність.



Формування «порочного кола»

- Гостра дихальна недостатність, пов'язана з респіраторним дистрес-синдромом або кардіогенним набряком легень, робить гіпоксію не тільки дисциркуляторною, але і респіраторною.
- Гостра ниркова недостатність за рахунок затримки в організмі рідини і збільшення об'єму циркулюючої крові сприяє гемодилуції і додає до дисциркуляторної та респіраторної гіпоксії гемічний компонент.

Формування «порочного кола»

- У свою чергу, гіпоксія посилює пошкодження канальцевого епітелію в нирках, що супроводжується наростанням гострої ниркової недостатності та розвитком уремії. Підвищення при цьому концентрації в крові сечовини і шлаків збільшує проникність мікросудин і посилює Мембраногенний набряк легенів і, отже, гіпоксію.

Період пізніх ускладнень

- Травматичний ендотоксикоз, який стимулює розвиток імуносупресії;
- Порушення кровообігу та дифузно-вогнищеві дистрофічні та некробіотичні зміни слизової оболонки ШКТ з розвитком ерозій і гострих «стрессорних» виразок;
- виникнення інфекційно-запальних процесів, зазвичай гнійного характеру.



- При рясній кровотечі з порожнини рота пацієнта, що знаходиться в несвідомому стані інтубують.



- Д-з: перелом верхньої щелепи по верхньому типу (за Le Fort III), перелом нижньої щелепи, множинні забійно-рвані рани м'яких тканин обличчя, гематоми обличчя, ЗЧМТ, забій головного мозку, перелом основи черепа, забій грудної клітини.



- Поєднана травма.
Зовнішній вигляд пацієнта зі стороннім тілом.



- Поєднана травма.
Зовнішній вигляд пацієнта зі стороннім тілом.



- Рентгенографія органів грудної клітки та шиї. Наявність стороннього тіла.



- Д-з: перелом нижньої щелепи зі зміщенням фрагментів, множинні забої м'яких тканин обличчя, шиї, передньої поверхні грудної клітини, синці. ЗЧМТ, струс головного мозку.

- Час від моменту травми до моменту отримання невідкладної медичної допомоги повинен бути максимально скорочений.
- Відсутність медичної допомоги протягом першої «золотої» години після травми збільшує летальність серед важко уражених на 30%, до 3-х годин – на 60% і до 6-ти годин – на 90%.

Принципи діагностично-лікувального процесу

- Своєчасність – проведення повноцінної діагностики протягом першої години перебування у стаціонарі;
- Безпека для життя – діагностичні заходи не повинні загрожувати життю потерпілого;
- Синхронність проведення лікувальних та діагностичних заходів передбачає поєднання невідкладних лікувальних маніпуляцій і діагностичних заходів;
- Оптимальність обсягу діагностики повинна бути реалізована відповідно до принципу оптимальної доцільності.

ОСНОВНІ ПРИНЦИПИ ЛІКУВАННЯ ТРАВМАТИЧНОЇ ХВОРОБИ:

- Найбільш ранній початок інфузійної терапії;
- Швидка евакуація потерпілих у спеціалізовані медичні установи хірургічного профілю (центри політравми);
- Виконання екстрених хірургічних втручань в єдиному комплексі протишокових заходів;
- Виконання ранніх відстрочених операцій відразу після виведення хворих з шоку на тлі досягнутої відносної стабілізації гемодинаміки;



ОСНОВНІ ПРИНЦИПИ ЛІКУВАННЯ ТРАВМАТИЧНОЇ ХВОРОБИ:

- Закріплення процесу довгострокової компенсації;
- Призначення превентивної багатокомпонентної антибактеріальної терапії в ранньому післяшоковому періоді;
- Прогнозування і попередження лікування на базі ключових патогенетичних механізмів кожного періоду травматичної хвороби;
- Проведення реабілітації та поетапне виконання відновних хірургічних втручань.

I група

- пацієнти із сприятливим перебігом шоку та травматичної хвороби. Тривалість перебігу шоку не більше 12 годин. Можливе застосування повного об'єму оперативних втручань, як при лікуванні монотравми, а наявність множинних переломів та поєднаних ушкоджень є додатковими показаннями до оперативних втручань.

II група

- пацієнти із сприятливим прогнозом до життя та перебігом шоку до 24 годин. Можливе застосування апаратів зовнішньої фіксації, в спрощених варіантах, без точної репозиції уламків та застосування консервативних методів лікування.

III група

- пацієнти з тривалістю шоку понад 24 години та прогнозуванням можливої смерті. Допустимі лише консервативні методи фіксації переломів.

Особливості перебігу травматичних пошкоджень щелепно-лицевої ділянки:

- Невідповідність зовнішнього вигляду пацієнта тяжкості травми.
- Травма голови і головного мозку, непритомність і розвиток травматичного шоку.
- Близькість життєво важливих органів.
- Виражена кровотеча.
- Порушення функції дихання.
- Неможливість користування загальновійськовим протигазом.

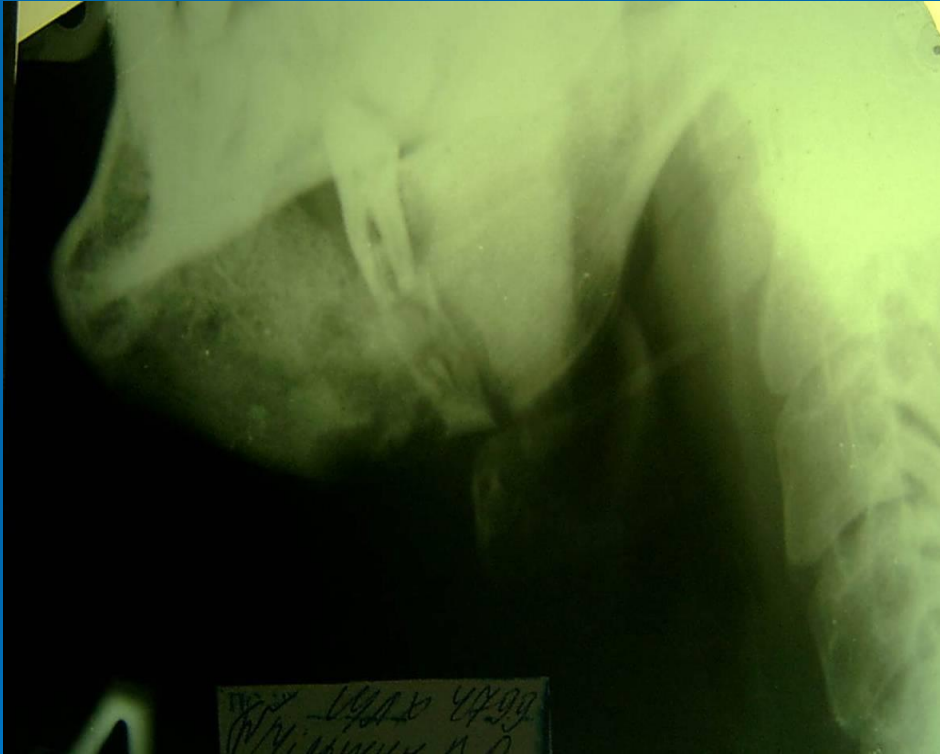
Особливості перебігу травматичних пошкоджень щелепно-лицевої ділянки:

- Порушення мовлення.
- Порушення функції жування та вживання їжі, пошкодження слинних залоз.
- Швидке зневоднення організму.
- Безпорадність постраждалих.
- Наявність зубів.
- Зіяння рани.
- Неоднаковість перебігу і результатів однакових пошкоджень щелеп.

Особливості перебігу травматичних пошкоджень щелепно-лицевої ділянки:

- Майже всі поранення щелепно-лицевої ділянки є інфікованими.
- Висока регенераторна активність тканин обличчя, наявність лізоциму в слині.
- Значна вірогідність вторинних ускладнень.





- Рентгенографія нижньої щелепи у бічній проекції.
- Д-з: посттравматичний остеомієліт тіла нижньої щелепи в стадії секвестрації.



- Лікування місцевих запальних ускладнень проводять за загальноприйнятими методиками.
- Д-з: гнійні рани лобної області, ЗЧМТ, струс головного мозку.

Види асфіксій і їх лікування.

Форма асфіксії	Патогенез	Допомога
Дислокційна	Зміщення язика, уламків нижньої щелепи, тиск відірваною верхньої щелепи	Прошивання, фіксація язика, репозиція і фіксація відламків щелеп.
Обтураційна	Перекриття дихальних шляхів стороннім тілом, згустками крові	Видалення сторонніх тіл, згустків крові, у разі неефективності – трахеотомія, трахеостомія.
Стенотична	Здавлення трахеї набряком, гематомою шиї	Конікотомія, трахеотомія.
Клапанна	Перекриття входу в гортань клаптем м'яких тканин з піднебіння і язика	Підшивання нависаючого клаптя, або його відсікання.
Аспіраційна	Аспирація крові, блювотних мас	Санація трахеобронхіального дерева.

Питання для обговорення лекції:

1. Внесок співробітників кафедри у вивчення поєднаної травми ЩЛД.
2. Особливості хімічних уражень ЩЛД.
3. Особливості перебігу та лікування травматичної хвороби у постраждалих з ушкодженнями ЩЛД.
4. Особливості протишокової терапії у постраждалих з ушкодженнями ЩЛД.
5. Реабілітація постраждалих з поєднаною і комбінованою травмою ЩЛД.

Дякую за увагу.

