



МЕДИЦИНСКИ УНИВЕРСИТЕТ – ПЛЕВЕН
ФАКУЛТЕТ „ЗДРАВНИ ГРИЖИ“

ЦЕНТЪР ЗА ДИСТАНЦИОННО ОБУЧЕНИЕ

КАТЕДРА „СЕСТРИНСКИ ХИРУРГИЧНИ ГРИЖИ“

ЛЕКЦИЯ №14

ЗА ДИСТАНЦИОННА САМОПОДГОТОВКА ПО УЧЕБНА ДИСЦИПЛИНА
„ХИРУРГИЯ“

ЗА СТУДЕНТИ ОТ СПЕЦИАЛНОСТ „МЕДИЦИНСКА СЕСТРА“

ТЕМА : Хирургични заболявания на главата лицето и шията

РАЗРАБОТИЛ: Проф. Т. Делийски, дмн

Гр. Плевен
2020 год.

Хирургични заболявания на главата лицето и шията

Поради тесните взаимоотношения в анатомичен и функционален аспект често лицето, главата и шията биват разглеждани общо

Макар и обект на третиране основно от специалистите по неврохирургия, лицево челюстна хирургия и УНГ – болести пациентите със заболявания на главата, лицето и шията се срещат често първо с непрофилния специалист (травматолог, общия хирург).

Необходимо за да бъдат усвоявани познания, за началното третиране на най - честите заболявания на този регион. Най- голямо значение със своята тежест и честота имат травмите. Останалите групи заболявания (вродените, възпалителните и неоплазмите) са с по-малка честота.

1.Заболявания на главата

1.1Конгенитални аномалии в развитието на черепа и главния мозък.

1.1.1.Хидроцефалус (фиг.1)

Под хидроцефалус се разбира натрупване на прекомерно количество мозъчна течност (ликвор) в мозъчните стомахчета. Последица на това е нарастване обиколката на главата, която придобива чудовищен вид от изпъкналата фонтанела (фиг.1).



Фиг.1. Хидроцефалус

Клиничните изяви са резултат от притискане на мозъка - главоболие, монотонни стонове на бебето, забавено психомоторно развитие, парези на чрепно-мозъчни нерви, спастични парези, повръщане, атрофия на зрителни нерви и хипотрофия. Лечението е оперативно

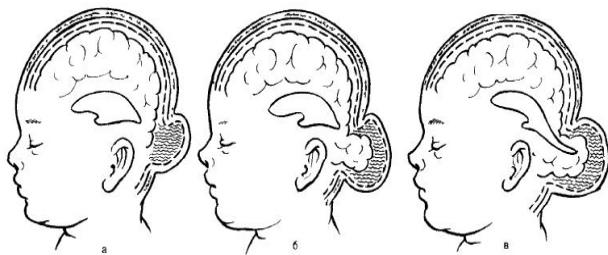
- Създаване на нов път на ликвора чрез заобикаляне на препятствието.
- Изместване посоката на ликворния поток извън ЦНС - към други телесни кухини или вкарването му в кръвообращението (шънтове или дренажи).

1.1.2.Мозъчни хернии (фиг.2)

Поради непълното затваряне на гръбначната струна (chorda dorsalis), по срединната ѝ линия остават цепнатини или отвори, съпроводени с подобни дефекти и твърдата мозъчна обвивка. Създават се условия за пролабиране на меката мозъчна обвивка и мозъчна тъкан извън черепната кухина и поява на мозъчна херния (cephalocelle).

В зависимост от разположението си, мозъчните хернии се делят на предни (85% от всички случаи), задни (10%) и базални (5%).

Структура на мозъчната херния



Фиг.2. Мозъчни хернии

Мозъчната херния се състои от :

- външен слой – образуван от меките тъкани на черепа (кожа, подкожие)
- херниален сак – образуван е от меките мозъчни обвивки, които са с повече или по-малко променен строеж;
- съдържимо на херниалния сак - може да е представено от гръбначно - мозъчна течност (ликвор), мозъчно вещество или съчетание на двете съставки. В зависимост от това се различават следните форми:

1.1.3.Менингоцеле (фиг.3)

Менингоцелето е излизане на менингеална обвивка през костни цепки. Те са покрити от кожа и се проявяват като меки подутини- кистозен дефект. Ако има участие на мозъчна тъкан, образуването се нарича менингоенцефалоцеле.

Херниалният сак съдържа само цереброспинална течност, която комуникира с вътрешночерепните субарахноидални пространства. Може да достигне големи размери, особено при разположение в тилната област.



Фиг.3. Менингоцеле

В случаите, когато се съчетае с дефект на кожата и менингите имат връзка с външната среда - касае се за отворено менингоцеле.

Енцефалоцеле - херниалният сак съдържа мозъчно вещество със значително променен строеж.

Енцефало цистоцеле- херниалният сак съдържа цереброспинална течност и мозъчна тъкан. Диагностиката на мозъчните хернии се поставя въз основа на клиничния преглед, типичният им вид и локализация. От инструменталните методи за образна диагностика се извършва пневмоенцефалография, КАТ, ЯМР.

Лечението се състои в спешна операция, особено ако има отворена кожа с ликвороизтичане, за да се предотврати тежка инфекция- менингит и менингоенцефалит. Това става в първите часове след раждането.

Препоръчва се при ненарастващите или бавно растящите мозъчни хернии, то да се извършва 2 до 3 години след раждането.

Принципът на оперативно лечение се състои в отпрепарирание на нервните елементи от стените на сакчето, връщането им в гръбначномозъчния канал и покриване на дефекта с нормална кожа.

1.2.Възпалителни заболявания

1.2.1.Флегмон на меките тъкани над костната структура на черепа

Този флегмон възниква като усложнение от ранева инфекция. Гнойта се разпространява в дълбоките слоеве на кожа и подкожие и апоневроза на черепа. Клинично флегмонът протича с болка, оток, зачервяване и повишаване на температурата.

Важна е профилактиката чрез правилно третиране на раните и възпаления. При настъпил вече флегмон се налага раната да бъде широко отворена и дренирана. Прилагат се системни антибиотици.

1.2.2. Фурункул (цирей)

Остро гнойно- некротично възпаление на луковичата на косъма и неговите мастни жлези (вж. тема Хирургични инфекции). Причинява се предимно от *Staphylococcus aureus*. Предразполагащи фактори са лоша лична хигиена, понижени защитни сили на организма, диабет, авитаминози.

Симптомите са общи и локални. Общите са температура с втрисане, общо неразположение, а локалните са зачервена , изопната кожа с малък гноен връх.

Лечение

Околните участъци се обръсват, прилагат се компреси със спирт, нагrevки с червена светлина. Налагат се антисептични превръзки с антибиотичен мехлем. Често се извършва оперативно лечение като се избягва травмиране на тъканите.

1.2.3. Карбункул

Гнойно- некротично възпаление едновременно на няколко космени луковичи с принадлежащите им мастни жлези. Получават се масивни некрози и дифузни възпалителни инфилтрати с тенденция за проникване в дълбочина.

За разлика от фурункула, карбункулът се придружава по правило от общи симптоми като разтрисане, висока температура, ускорен пулс, главоболие, повръщане с безапетитие и обща интоксикация. Заболяването започва с появата на ограничен възпалителен инфилтрат по повърхността на окосментата кожа на главата с няколко гнойни пустули. Кожата е зачервена, отекала и напрегната.

Лечение

Започва с локално и системно приложение на антибиотици, ежедневен тоалет с антисептици. При диабетно болните се лекува и диабета. При неуспех на консервативното лечение се преминава към оперативно (вж. тема Хирургични инфекции).

1.3.Тумори на мозъка

За мозъчните тумори се наложи класификация, различна от TNM класификацията, прилагана при повечето други карциноми:

Степен I и II – бенигнени тумори

Степен III и IV – малигнени тумори

Най - честият мозъчен тумор е бенигненият менингиом изхождащ от мозъчните обвивки. На второ място по честота е малигненият астроцитом (по СЗО - степен 3 и 4, наричан по- рано глиобластом).

Наред с първичните тумори на мозъка, се наблюдават и хематогенни, метастази от други тумори като най- чест от тях е бронхиалния карцином.

Симптоматиката на мозъчните тумори (първични или метастатични) е като последица от повишаване на налягането в черепната кухина.

Типични белези са:

- главоболие
- повръщане
- говорни и очни смущения
- парези и контрактури

1.4.Черепно мозъчна травма

Черепно мозъчна травма (ЧМТ) е тази, при която има увреда на черепа и мозъка. Изолирано нараняване на черепа и дори черепната фрактура не се смята за черепно мозъчна травма. За клиничната оценка на ЧМТ се използва специална скала класифицираща я в лека, средно тежка и тежка.

Алтернативно се използва и традиционният метод на оценяване на тежестта на травмата - комоцио, контузио и мозъчно кървене.

1.4.1.Комоцио церебри

Под комоцио церебри се разбира лека травма на мозъка с краткотрайна загуба на съзнание (максимално за 1 час), при което не се установяват увреда на мозъчна субстанция и няма последици.

Симптомите се представят най-често чрез три основни прояви: безсъзнание, амнезия и повръщане.

- **Безсъзнанието** започва веднага след травмата, трае няколко секунди най-често до няколко минути. Така че при пристигането в лечебното заведение пациентът е почти винаги в съзнание.
- **Амнезията** се разпростира не само върху момента на травмата и периода на безсъзнанието, а също и за последните секунди преди травмата (ретроградна амнезия) и е много рядко за периода след идване в съзнание (антероградна амнезия). Това трябва да се има предвид при събирането на анамнестични данни.
- **Повръщане.** Почти винаги се явяват леки вегетативни смущения в регулацията с гадене, но повръщането не е задължителен симптом.

При травми в областта на черепа трябва да се има предвид, че колабирането или повръщането като единични симптоми не отговарят на условието за комоцио.

Третирането на комоциото е симптоматично (аналгетици при болка, противохипотонични при съдова лабилност). Ако кръвообращението е стабилно, пациентът може да се изправя по-рано, обичайно препоръчването на няколко дневен покой не повлиява на хода на оздравяването, а често довежда до развиване на чувство за болестност. Комоциото винаги оздравява без последици.

За изключване на черепна фрактура се извършва винаги рентгенова снимка. При по-продължително безсъзнателно състояние се препоръчва правене на компютърна томография, за да се изключи вторично настъпващо интракраниално кървене. При тези случаи третирането може да стане амбулаторно, ако пациентът има придружител и когато и двамата са наясно с възможните компликации.

1.4.2.Контузио церебри

Под контузио церебри се разбира тежко увреда на мозъка с различна продължителност на безсъзнателно състояние с морфологични промени и дълготрайни последици.

Основните симптоми са следните: първоначална безсъзнателност с различна продължителност, церебрална огнищна симптоматика, след травматични увреди.

- Колкото по-продължително е **безсъзнателното състояние** толкова по-тежко е черепно мозъчното нараняване. То продължава дълго най-често до часове и дни.
- **Церебралната огнищна симптоматика** (пареза, контракции) са тези които категорично отличават контузиото от комоциото.
- **Посттравматичните увреди** се изразяват в понижена церебрална дейност след идване в съзнанието с психомоторни забавяния, дезориентирания, страх и безпокойство. Колкото по-продължително е било безсъзнанието толкова по-изразени са травматичните прояви.

Винаги се извършва компютърна томография на черепа за да се изключи интракраниално кървене, което изисква оперативна намеса.

При ЧМТ се извършват следните мероприятия:

- Освобождаване на дихателните пътища, странично положение
- При безсъзнателно състояние се извършва интубация.
- Венозен достъп
- Стомашна сонда и уретрален катетър при пациенти в безсъзнание.

Чисто мозъчните контузии се **третира консервативно**

Да се има предвид, че пациентите в безсъзнание и интубирани са с висок риск от респираторни усложнения затова трябва да бъдат в странично положение.

След първично стабилизиране на жизненоважните функции пациентът е застрашен от развитие на мозъчен оток поради натрупване на течност в контузната област. Мозъчният оток може да доведе до повишаване на вътречерепното налягане със следните симптоми:

- Промяна в поведението (например безпокойство);
- Промяна на съзнанието;
- Промяна в честотата на дишането или неговата дълбочина;
- Промяна в кръвното налягане;
- Промяна в пулсовата честота (особена брадикардия);
- Нарушение в зрението;
- Различие в папилите;
- Некоординирани движения;
- Парестезия;
- Парализа(например едностранна).

Инфузионното количество трябва да бъде не във високи обеми, особено в първите дни поради повишеното черепно мозъчно налягане. При интестилен мозъчен оток се прилагат хиперосмоларни обезводняващи разтвори.

Позиционирането на горната телесна половина с 30 градуса подпомага намаляването на отока. То се съчетава и със странично положение. Шията не трябва да бъде прегъната.

Мозъчният оток е най-честата причина и най-тежката компликация на черепно мозъчната контузия. Винаги е налице опасност от вторична увреда на мозъка от едема или от интракраниалното кървене. Според разпространеността на увреденият паренхим може да настъпи смърт или да има последици от образуването на цикатрикси.

Степента на следтравматичните увреди зависи от разпространеността и локализацията на увредените мозъчни части и често се проявява след няколко месеца. Спектъра включва от оскъдна симптоматика до апатичен синдром.

1.4.3.Епидурално кървене

Епидуралното кървене е тежка ЧМТ с артериално кървене в епидуралното пространство.

Травматичното интракраниално кървене започва още със самата травма, но неговите прояви настъпват по-късно когато хематомът стане достатъчно голям, за да упражни натиск върху мозъка (компресия).

Епидуралният хематом води до нарастване на вътречерепното налягане при което се явява замъгляване, папилна разлика и едностранна симптоматика.

Тези симптоми започват най-често от 3 до 4 час след травмата.

В редки случаи може да се наблюдава двукратно загуба на съзнание, първия път от травмата, след това на втория етап от проявите на интракраниалното кървене.

Терапията се състои в стабилизиране на виталните функции едва след това се прави компютърна томографска диагностика и оперативно кръвоспиране и отбремняване на мозъчното налягане. Извършва се остеопластична черепна трепанация.

При 85% от случаите след успешна операция се възстановява работоспособността или пациентите са в състояние да се обслужват сами.

1.4.4.Остро субдурално кървене

Касае се за тежко кървене предимно от венозната система. Пациентът още парвоначално е в безсъзнание.

Лечението се извършва чрез оперативно отстраняване на хематома и кръвоспиране (остеопластична краниотомия)

1.4.5.Интрацеребрално кървене

Интрацеребралното кървене се явява когато кървенето е в мозъчния паренхим. То може да се появи и спонтанно при руптура на съд или обилно кървене в мозъчната тъкан („мозъчен удар“).

Симптомите са още по-тежки в сравнение с чистата контузия (дълбока кома).

Терапията се състои в хирургично отстраняване на хематома, но често поради местоположението и обширността му това е невъзможно. Консервативните мероприятия съответстват на терапията при контузията. Прогнозата е лоша.

1.5.Грижи за пациенти с черепно мозъчни травми

1.5.1.Долекарска помощ

- По възможност болният трябва да остане неподвижен до пристигането на лекарски екип.
- Полагат се грижи за освобождаване на горните дихателни пътища; при повръщане болният се поставя в странично легнало положение или по корем, с извита настрани (на здравата страна) глава.
- При наличие на рана – около нея се поставя „геврек“ от памук и марля и ѝ се извършва първична обработка. Поставя се превръзка.
- Пострадалия се наблюдава за промени в съзнанието и сърдечната дейност.
- Не се разрешава на болният да става.
- При възможност на главата

му се поставя мехур с лед, сняг или студени компреси.

- Болният се транспортира внимателно до лечебното заведение в странично легнало положение, като се избягва друсане и клатене.

1.5.2.Грижи след хоспитализацията

• Болният се настанява на легло в пълен покой, като се ограничават външните дразнители (шум, ярка светлина, четене на вестник, гледане на телевизия, посетители и др.). Не се разрешава сядането в леглото, ставането от него и ходене. На буйстващите пациенти се дават успокояващи нервната система медикаменти.

• При наличие на рана се извършва хирургическа обработка при стриктно спазване на асептика и антисептика. Това включва:

- остригване и обръсване на кожата широко около раната;
- обработване с антисептичен разтвор;
- по възможност пълно отстраняване на попадналите в раната чужди тела.

• Осигурява се постоянно сестринско наблюдение със задължителен контрол (по възможност мониториране) на основните жизнени показатели (пулс, температура, артериално налягане). Болният се наблюдава и за промени в съзнанието. При евентуални такива незабавно се информира дежурния лекар.

• От храната се изключват възбуждащите подправки. Забранява се употребата на алкохол и тютюневи изделия.

• При назначени медико диагностични манипулации медицинската сестра осъществява съответната подготовка на болния, подготвя необходимите материали, асистира на лекаря при извършването им и активно наблюдава болния след това.

При влошаване състоянието на болния, по преценка на лекар се пристъпва към оперативно лечение.

1.5.3.Грижи за оперирани болни

• Болният се транспортира от операционна зала на носилка в легнало положение, с глава разположена настрани (на здравата страна), за да се избегне аспирирането на повърнати материи в следсвие на ефекта от анестезията.

• Пренася се внимателно от носилката в предварително подготвено и затоплено легло, като положението му в леглото остава същото до пълното му излизане от анестезия. Стаята в която е настанен болният трябва да е изолирана от дразнители (шум, ярка светлина, силна миризма и пр.).

- След преминаване ефекта от анестезията болният заема полуседящо положение на строг постелен режим.

- Медицинската сестра следи за промени в съзнанието и поведението на болния. При настъпване на такива, трябва незабавно да уведоми дежурния лекар;
- Редовно се изследват основните жизнени показатели и се регистрират прецизно. При патологични отклонения своевременно се информира дежурния лекар;
- Измерва се ЦВН;
- Борба с болката, страха и напрежението, посредством прилагането на подходящи средства по лекарско назначение;
- Стриктно се изпълнява назначената медикаментозна терапия;
- Осигурява се проходимостта на периферните венозни източници и се извършват произтичащите от това сестрински грижи;
- Полагат се грижи за превръзката;
- При наличие на уретрален катетър се полагат грижи за проходимостта му и се измерва диурезата;
- Храненето е ентерално – естествено или със сонда или парентерално (отбелязват се в температурния/реанимационния лист обемът и характерът на приетата храна), което ще определи и задълженията на медицинската сестра по осъществяването му;
- При забрана за прием на течности през устата, намокряне само на устните с мокра марля;
- Проследяване на дефекацията. При затруднения, тя трябва да се стимулира;
- Извършват се редовно профилактика на декубитуса;
- Полагат се грижи за поддържане хигиената на болничното легло.

2. Заболявания на лицето

В областта на лицето възникват многобройни хирургични заболявания, от най-повърхностно разположени кожни лезии до тежки дефекти с вродена и травмена етиология. В региона са локализирани различни в анатомично и функционално отношение органи – на зрението, на дишането, на храненето, на слуха и др. Добавя се и много важното изискване да се прилагат пластично - реконструктивни прийоми за възстановяване на тъканите. В съответствие на това и подходът към заболявания на лицето изисква икономичност при отстраняване на тъкани и естетичност при възстановяване на дефекти. Това налага и профилност при голяма част от третирането на заболяванията – лицево-челюстна хирургия, УНГ и офталмолог.

Всяка от основните групи заболявания има представители в лицевия регион (вродени, травмни, възпалителни и т.н.), но с най – голяма честота на хирургични намеси са хирургичните лезии на кожата. По често при тях се извършват неголеми операции, но всяка операция изисква съобразяване с естетиката. Благоприятен фактор е богатото кръвоснабдяване, даващо възможност за по-благоприятен заздравителен процес и по-голяма устойчивост към микроорганизмите.

Като примери за вродени заболявания са малформациите на долната челюст, на изпъкнало чело, малка брадичка или птича брадичка. Тъй като тези нарушения затрудняват храненето, се налагат оперативни коректури.

Връзката под езика може да е твърде къса (frenulum breve) и тогава е нарушено движението на езика исмушения в говора. До края на първата година от раждането се прави прерязване (френулум пластика).

2.1. Вродени аномалии на лицето

Цепки на устните, челюстите и небцето

Според степента на разпространеност тези цепки биват от най-леката форма само върху горната устна до тежка цепка на устните на челюстта и на небцето. Такива деца имат затруднено хранене (сукане). Затова и най-леката цепка на устата трябва да се оперира в първия месец от раждането. Ако има и цепка на костните структури операцията става от първата до третата година.

Двойна цепка – е ембрионална аномалия, която с възрастта става по- забележима, особено при усмивка. Лечението има за цел да отстрани излишната лигавица на горната устна.

Колобома – представлява коса цепка на лицето, започваща от ъгъла на устата, минава около носния ход и завършва до вътрешния или външния ъгъл на очната цепка. Може да бъде едностранна или двустранна.

Макростома или **микростома** – характеризира се с наличието на напречна цепка на лицето, която минава през ъглите на устата, понякога обхваща едната или двете бузи.

2.2.Тумори на лицето и шията

Всички части на лицето и шията могат да бъдат обхванати от тумори. Най – чести са:

2.2.1.Базалноклетъчен карцином (базалиом)

Той расте локално инфилтративно и деструиращо, но не дава лимфни и далечни метастази. Първоначалните прояви са като незаздравяваща кожна язва. Предпочитани локализации са експонираните с ултравиолетови лъчи зони. Терапията е оперативна ексцизия с пластично възстановяване. При непълно отстраняване на тумора и при неотстраними тумори се прилага лъчелечение.

2.2.2.Спиноцелуларен карцином (спиналиом)

Проявява се като плътен възел. Много често се разпространява на лицето и се свързва с въздействието на слънчевите лъчи. Лечението се състои в хирургична ексцизия.

2.2.3.Малигнен меланом

Малигненият меланом е много злокачествен тумор, произхождащ от пигментните клетки (меланоцитите) на кожата. Проявява се като синьо черно петно или възел, който трудно се отличава от пигментни невуси. Честотата му нараства през последните години и се отдава на повишеното ултравиолетово облъчване. Туморът дава бързо локални и далечни метастази. Прогнозата е лоша. Терапията се състои в хирургическо третиране чрез ексцизиране в здраво на тумора и третиране на регионалните лимфни възли, ако те са засегнати. При допълнителна разпространеност може да се добави системна терапия. При лимфното метастазиране се извършва дисекция. Пет-годишната преживяемост при наличие на лимфни метастази е едва 10%, а при наличие на далечни метастази е 1%.

3.Заболявания на шията

Шията е обособена топографоанатомична област на тялото, в която има сравнително малко самостоятелни органи (щитовидна жлеза, паращитовидни жлези, лимфни възли) и много други части от анатомични системи, свързващи главата с останалата част на тялото (кръвоносни съдове, трахея, хранопровод, гръбначен стълб и др.)

Тук ще бъдат разглеждани в най-общ хирургичен план вродените, възпалителните, травматичните и туморните заболявания и отделно в самостоятелна тема – заболяванията на щитовидната и паращитовидната жлеза.

3.1.Вродени заболявания на шията

Към тях спадат срединните и латералните кисти и фистули, допълнителните шийни ребра и вродената крива шия.

3.1.1.Срединна киста и фистула на шията(cysta et fitula colli mediana)

Срещат се по-често от страничните. Произхождат от ductus thyreoglossus при непълната му облитерация по време на ембриогенезата. Тези кисти често се инфектират и фистулизират. В зависимост от комуникацията на фистулата с външната среда се различават :

- **Пълна срединна фистула** – вътрешното ѝ отворстие се отваря в основата на езика, а външното – по срединната линия, между подезичната кост и щитовидната жлеза.

- **Външна непълна фистула** – с отвор само към кожата
- **Вътрешна непълна фистула** – има отворстие само към основата на езика.

Лечението е оперативно - цялостно отстраняване на кистата и фистулата.

3.1.2.Странична киста и фистула на шията (cysta et fistula colli lateralis)

Дължат се на нарушения в облитерацията на тимофарингеалните канали, поради което могат да бъдат и двустранни. Тяхното развитие, патоморфологичната характеристика и лечение са идентични с тези на срединните кисти и фистули.

3.1.3.Шийни добавни ребра (costae cervicales accessoriae)

Касае се за рядка аномалия, при която на шийните прешлени се откриват ребра. Обикновено те са недоразвити и не достигат гръдната кост. Клиничните прояви са редки, главно от притискане на брахиалния плексус и на артерия и вена субклавия. Диагнозата се потвърждава рентгенологично. Лечението на симптоматичните случаи е оперативно.

3.1.4.Вродена крива шия(torticollis)

Представлява трайно патологично наклоняване на главата към едното рамо. Различават се мускулна и костна форма, която е по-рядка. Заболяването се проявява веднага след раждането. Основни симптоми се едностранното наклоняване на главата и опъването на скъсения m.sternocleidomastoideus при опит за нейното изправяне. По-късно се развива асиметрия на черепа и лицето-наведената част изостава в развитието си. Настъпва и компенсаторна сколиоза по гръбначния стълб. Пасивното изправяне на главата става невъзможно. Движенията ѝ обаче, макар и ограничени, са запазени и не болезнени.

Лечението - при новороденото започва с масаж, физиотерапия и грижи за постоянна корекция на главата. При неуспех се провежда оперативно лечение най-късно до третата година.

3.2.Шийни травми

3.2.1.Закрити наранявания на шията

Най-честите причини са падане от високо или удар с твърд, тъп предмет .Контузията на шията може да причини разкъсване на мускули (най-често m.sternocleidomastoideus), счупване на подезичната кост, руптура на трахеята или на големи кръвоносни съдове, луксации и фрактура на шийни прешлени.

Лечението най-често е консервативно. При нараняване на големи кръвоносни съдове и трахеята то е оперативно.

3.2.2.Открити наранявания на шията

Биват-порезни, прободни, огнестрелни. Нараняването на големите съдове се съпровождат с профузни кръвоизливи при широко отваряне на рани или с образуване на масивни хематоми при тесен отвор. При нараняване на венозни съдове може да се получи въздушна емболия. Нараняването на останалите органи в областта на шията(щитовидна жлеза, хранопровод и др.) обикновено е комбинирано и се открива при хирургичната ревизия.

3.3.Възпалителни заболявания на шията

Разделят се на две основни групи-остри и хронични.

3.3.1.Острите възпалителни заболявания са фурункул, карбункул, остри лимфоденити, абсцеси и флегмони. Диагнозата на тези заболявания се базира главно на патоморфологичната им характеристика и тяхното отражение върху организма- висока температура, отпадналост, интоксикация, левкоцитоза с олевяване.

3.3.2.Фурункул(furunculus) Локализира се най-често в тилната част на шията. Благоприятни условия за това са замърсяването и постоянното триене от яката. Представлява стафилококова инфекция на космен фуликул. Има вид на конусовиден инфилтрат със зачервяване, често с оток.

В началните стадии лечението започва с противовъзпалителна физиотерапия, локални антисептици и превръзки. При абсцедиране се извършва инцизия.

3.3.3.Карбункул(carbunculus)

Представлява конгломерат от няколко съседни фурункула на обща основа – явява се инфилтрират с червено-синкав цвят. Кожата е обхваната от абсцесни огнища. В дълбочина се открива некротичен флегмон ,който обхваща фасцията на врата и може да достигне до гръбначния стълб. Главата е принудително наведена напред, има болки, гълтането и кашлянето са затруднени.

Пациентите са интоксикирани. Налице е висока температура, левкоцитоза с олевяване. Заболяването се среща най-често и протича по-тежко при диабетици.

Лечението започва консервативно в инфилтративната фаза-противовъзпалителна физиотерапия, локални антисептични, атнибиотици. Оформянето на флегмона е индикация за операция. Препоръчва се широко ексцизия с премахване на некротичните тъкани до здраво.

3.3.4.Абсцес и флегмон (abscessus et phlegmona).

Тези възпалителни заболявания на шията най-често са свързани с гноини процеси на устата,челюстите и зъбите, фаринкса и сливиците. Заболяването започва най-често с гноен лимфаденит на регионалните лимфни възли. В последствие възпалителния процес се разширява и обхваща околните тъкани.

Повърхностните абсцеси и флегмони се придружават от местните и общи признаци на възпалението.

Дълбоките флегмони в началния си стадий се изиявяват повече като дифузен обемен процес без симптоми на оформен инфилтрат. Важни симптоми са отокът в областта на шията, увреденото общо състояние, компресионните явления-задух, цианоза, затруднено гълтане,септична температура. В зависимост от локализацията флегмоните биват:

- **Субментален флегмон**- протича като абсцедиращо възпаление под брадата;
- **Субмандибуларен флегмон**- различават се повърхностен, надфациален флегмон, който протича често протрахиално, като плътен инфилтрат- флегмон и като дълбок флегмон. Заболяването протича тежко, с тенденция към разпространяване в медиастинума.

3.3.5.Хронични (специфични) възпалителни заболявания

3.3.5.1.Туберкулозен лимфаденит

Лимфните възли са уголемени, неболезнени и срастнали помежду си. При добавяне на инфекция абсцедират и фистулизират .Кожата около фистулното отворстие е зачервена и мацерирана.

Лечението започва консервативно, с туберкулостатици и хигиенно-диетичен режим. При необходимост се предприема хирургична намеса.

3.3.5.2.Актиномикоза

Локализира се обикновено по ръба на долната челюст,където се формират твърди инфилтрати със синкаво-кафяв цвят и склонност към фистулизиране. Характерен диагностичен белег е жълтеникавата зърниста гной с наличие на друзи в нея. Лечението е основно консервативно – антибиотици, рентгеново облъчване, имунотерапия.