

Презентация на тему:
Черепно-мозговая травма (ЧМТ).
Классификация ЧМТ.
Первая медицинская помощь при
ЧМТ.

Подготовил:
студент II к., гр. № 8
Ямпольский П. С.

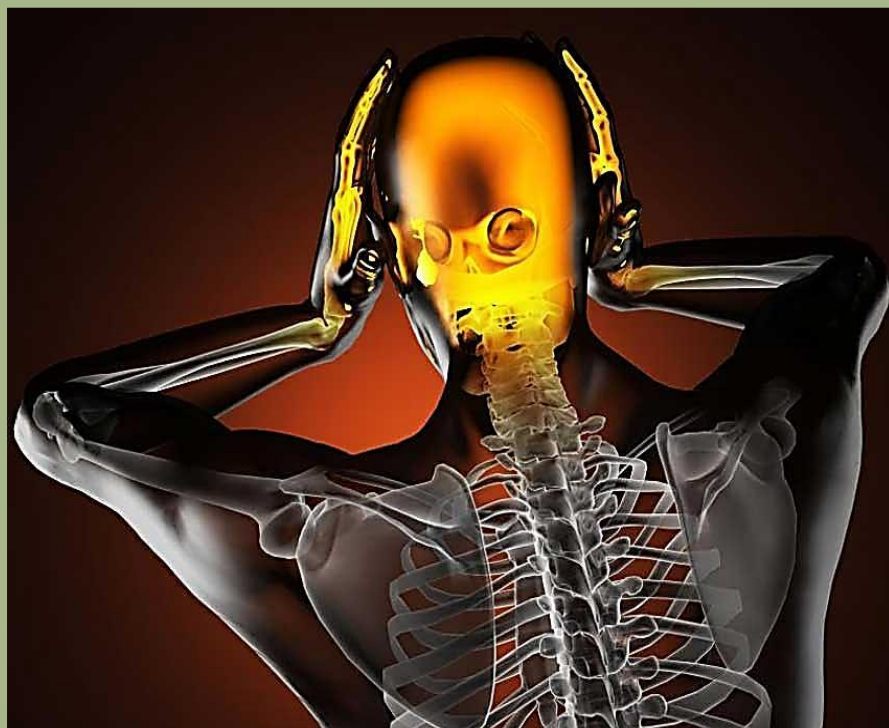
План:

1. Что такое ЧМТ?
2. Классификация ЧМТ.
 - а. По видам повреждений
 - б. По характеру
 - в. По тяжести поражения
 - г. По типу травмирующего воздействия
3. Причины возникновения.
4. Симптомы ЧМТ.
5. Первая медицинская помощь при ЧМТ.

Проблема черепно-мозговой травмы (ЧМТ) является актуальной в современной медицине и имеет большое социально-экономическое значение.

- Основной контингент пострадавших – лица трудоспособного возраста (от 20 до 50 лет). В структуре летальности от всех видов травм 30-50% приходится на ЧМТ.
- Общая летальность при ЧМТ, включая ЧМТ легкой и средней степени тяжести, составляет 5-10%. При тяжелых формах ЧМТ с наличием внутричерепных гематом, очагов ушиба головного мозга летальность возрастает до 41-85%.
- В 20-25% случаев ЧМТ сочетается с повреждениями других органов и систем: опорно-двигательного аппарата, органов грудной и брюшной полостей, позвоночника и спинного мозга. Летальность среди пострадавших с сочетанной травмой при крайне тяжелых множественных повреждениях и массивной кровопотере может достигать 90-100%.
- ЧМТ остается одной из главных причин инвалидизации населения.
- Количество лиц со стойкой нетрудоспособностью в результате перенесенной ЧМТ достигает 25-30%. В связи с этим ЧМТ занимает первое место по наносимому суммарному медико-социальному и экономическому ущербу среди всех видов

Черепно – мозговая травма (ЧМТ) – это комплекс различных видов и степеней тяжести механических повреждений как самого черепа: мягких тканей лица и головы, костей черепа и лицевого скелета, так и внутричерепных образований: мозговых оболочек, тканей мозга, церебральных сосудов, черепных нервов.



3. Классификация ЧМТ

а. По видам повреждений:

1. Сотрясение головного мозга

2. Ушиб головного мозга: легкая, средняя и тяжелая степень.

3. Сдавление головного мозга

4. Диффузное аксональное повреждение мозга (ДАП)

5. Сдавление головы

6. Внутричерепное кровоизлияние (кровоизлияние в полости черепа: субарахноидальное кровоизлияние, субдуральная гематома, эпидуральная гематома, внутримозговое кровоизлияние, вентрикулярное кровоизлияние и т. д.)

б. По характеру:

По степени целостности тканей головы, подверженности внутричерепного содержимого инфицированию извне или возможности развития пневмоцефалии (скопления воздуха в полости черепа) выделяют **закрытую** и **открытую** черепно-мозговую травму

1. **закрытые** (повреждение головного мозга без или с повреждением кожного покрова головы, но без повреждения апоневроза с переломами костей черепа либо без, но при обязательном условии отсутствия сообщения внутричерепного пространства с внешней средой)

2. **открытые** (повреждение апоневроза или сообщение внешней среды с полостью черепа.)

- **Проникающая** черепно-мозговая травма, при которой имеется повреждение твердой мозговой оболочки (как при наличии раны головы, так и при её отсутствии, а также при выявлении истечения спинномозговой жидкости из уха или носа). В этом случае риск инфицирования и гнойно-септических осложнений крайне высок.
- **Непроникающая** черепно-мозговая травма, при которой твердая мозговая оболочка остается неповрежденной.

в. По тяжести поражения

По тяжести поражения различают лёгкую, средней степени тяжести и тяжёлую ЧМТ. Для определения степени тяжести используют шкалу комы Глазго. При этом пациент получает от 3 до 15 баллов в зависимости от уровня нарушения сознания, который оценивают по открыванию глаз, речевой и двигательной реакциям на стимулы. Лёгкая ЧМТ оценивается в 13—15 баллов, среднетяжёлая — в 9—12, тяжёлая — в 3—8.

лёгкая черепно – мозговая травма (сотрясение мозга, ушибы легкой степени)

средняя черепно – мозговая (ушибы мозга средней тяжести)

тяжелая черепно – мозговая травма (ушибы тяжелой степени, острые сдавления, диффузные аксональные повреждения и сдавление головы).

г. По типу травмирующего воздействия

1. изолированные

2. сочетанные (травма сопровождается повреждением других органов, повреждающее воздействие распространяется и на др. системы и органы)

3. комбинированные (на организм действуют различные травмирующие факторы, воздействие механической энергии в сочетании с термической, лучевой, химической и т.д.)

4. Причины возникновения.

Основные причины черепно- мозговой травмы

- Бытовая травма.
- Автодорожная травма.
- Падение.
- Спортивная травма.
- Производственная травма.
- Вторичная травма вследствие падения больного в обморок, при эпилепсии, при инсульте.

Черепно-мозговую травму проще не допустить чем лечить.

5. Симптомы ЧМТ.

Черепно-мозговая травма, первая помощь при которой носит столь **Основные признаки, указывающие на наличие черепно-мозговой травмы, заключаются в следующих проявлениях:** серьезный характер влияния, возникает с повреждением костей черепа и внутричерепных структур, к которым в частности относится

- Сонливость;
- Головная боль;
- Потеря сознания;
- Головокружение;
- Тошнота, рвота;
- Амнезия

Внешние проявления черепно-мозговой травмы представлены следующим образом:



Тяжелая ЧМТ провоцирует потерю сознания на значительный период времени, при котором также может образоваться паралич.

Внешние проявления черепно-мозговой травмы



6. Первая медицинская помощь при ЧМТ

Надо отметить несколько очень важных моментов, которые категорически **недопустимы** при оказании помощи пострадавшим с черепно-мозговой травмой:

- Позволять пострадавшему принять сидячее положение.
- Даже малейшие поднятия или перемещения с место на место пострадавшего, даже если вам покажется, что на другом месте пострадавшему будет удобнее лежать.
- Даже минимальное пребывание пострадавшего с черепно-мозговой травмой без постороннего присмотра.
- Исключение острой необходимости обращения пострадавшего к врачу, даже если ему кажется что его состояние здоровья прекрасное.

6. Первая медицинская помощь при ЧМТ

- 1.А. Если пострадавший находится без сознания, то необходимо проверить дыхание/пульс и при их отсутствии - сделать искусственное дыхание и массаж сердца.
- 1.Б. Если дыхание/пульс есть - то необходимо уложить человека на бок (чтобы избежать закупорки дыхательных путей языком и рвотными массами) и вызвать скорую.
2. Если есть сознание, то просто уложите пострадавшего, чтобы он не двигался до приезда скорой.
3. Непосредственно на рану накладывается повязка; Открытая черепно-мозговая травма предусматривает необходимость в обкладывании бинтами краев раны, после чего уже накладывается сама повязка (не сдавливающая).
4. Обезболивание и противошоковая терапия.
5. Госпитализация пострадавшего.

Черепно – мозговая травма транспортировка. В случае если больному необходима транспортировка, придается правильное положение – лежа на боку, шейный отдел позвоночника зафиксирован. В случае необходимости нужно обработать рану и наложить асептическую повязку. Нужно постараться не допустить западения языка.

При транспортировке больных с ЧМТ, находящихся в коматозном состоянии, необходимо придать положение на боку во избежание попадания ликвора, крови, рвотных масс в дыхательные пути и их аспирации.

Использованная литература

1. Клиническое руководство по черепно-мозговой травме, том 3, Коновалов А.Н. 2002 г.
2. Коновалов А.Н., Потапов А.А., Лихтерман Л.Б. и др. Хирургия последствий черепно-мозговой травмы. М., 2006.

Интернет источники:

1.
<http://www.xn--80aaffbfwezizqahbfof4aff0yma.xn--p1ai/cherepno-mozgovaja-travma>
2. <http://www.nedug.ru/library/>
3. <http://www.neurosklif.ru/Diseases/HeadInjury>

Спасибо за внимание!