

Уход за больными с повреждениями и заболеваниями ГОЛОВЫ И шеи

лектор: Барачевская И.В.



План лекции

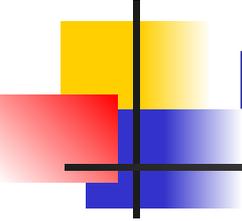
1. Повреждение мягких тканей лица и волосистой части головы
2. Понятие о черепно-мозговой травме:
 - Сотрясение головного мозга
 - Ушиб головного мозга
 - Сдавление головного мозга
 - Прелом свода черепа
 - Перелом основания черепа
3. Повреждения лицевого скелета (челюстей и носа)
4. Воспалительные заболевания лица и полости рта, травма шеи
5. Инородные тела трахеи и пищевода
6. Ожог пищевода
7. Рак пищевода

Повреждение мягких тканей лица и волосистой части головы



Повреждение мягких тканей лица и волосистой части головы

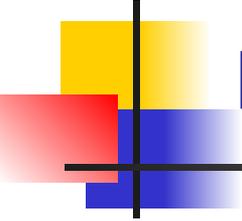
- Открытые повреждения – раны
- Закрытые повреждения - ушибы



Раны лица и волосистой части головы

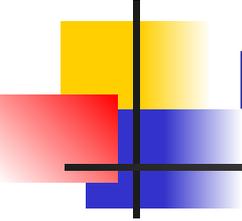
Характерные симптомы:

- Обильное кровотечение (спровоцировано хорошим кровоснабжением и зиянием сосудов из-за сращения с апоневрозом)
- Выраженное зияние (обычно)



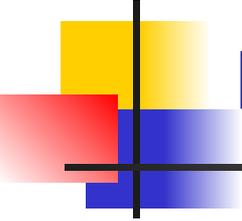
ПМП при ранениях лица и волосистой части головы

- Обработка краев раны раствором антисептика
- Наложение асептической **давящей** повязки
- обезболивание



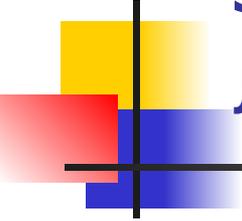
Особенности ПХО ран лица и волосистой части головы

- Побрить широко кожу в окружности раны
- На лице края раны не иссекают (из косметических соображений)
- На сутки устанавливается перчаточный дренаж
- АС
- Снятие швов на 5 – 6 сутки



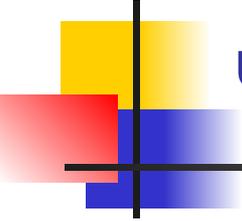
Осложнения ран лица и волосистой части головы

- Инфицирование мозга и его оболочек при нагноении раны, т.к. венозная сеть лица и волосистой части головы сообщается с синусами мозга
- Образование слюнных свищей при повреждении слюнных протоков



Закрытые повреждения мягких тканей лица и волосистой части головы

- Сопровождаются образованием выраженных отёка и гематомы
- При ПМП как можно быстрее применить груз и холод
- На волосистую часть головы наложить давящую повязку



Лечение ушибов волосистой части головы

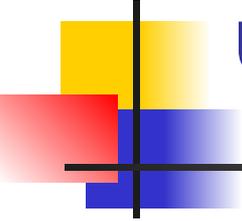
1. Обширная гематома:

- пунктировать
- промыть фурациллином
- Ввести в полость гематомы антибиотики
- наложить давящую повязку

2. Нагноение гематомы:

- Разрез
- Дренирование
- Антибактериальная терапия

Черепно-мозговая травма



Черепно – мозговая травма

- Повреждение головного мозга и костей черепа
- Разделение на сотрясение, ушиб и сдавление условно. Чаще говорят о травматической болезни мозга.
- Клиническая картина в остром периоде сходна, что затрудняет диагностику (общемозговые симптомы).

Общемозговые симптомы – характерны для всех травм головного мозга (вызваны отёком мозга)

- Утрата сознания
- Ретроградная амнезия
- Рвота, не связанная с приёмом пищи
- Головная боль
- Головокружение
- Шум в ушах
- Тахикардия
- Повышение АД
- Нарушение дыхания
- Повышение температуры тела до 40 градусов – плохой прогностический признак
- Изменение ликвора (повышение давления, эритроциты, лейкоциты)

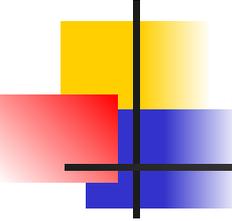
Локальные (очаговые)

СИМПТОМЫ

А. Свидетельствуют о страдании определённого участка мозга

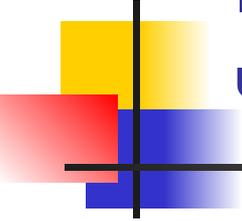
В. Наблюдаются при:

- ушибах головного мозга
- Сдавлении головного мозга



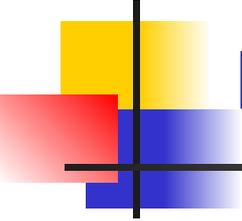
Локальные симптомы

- Изменение зрачковой реакции на свет, ширины зрачка и глазной щели
- Менингеальные симптомы – говорят о вовлечение в процесс твёрдой мозговой оболочки (ригидность затылочных мышц, Кернига и Брудзинского с-мы)
- Нарушение функции черепно-мозговых нервов



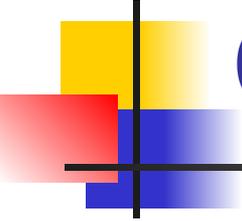
Проявление нарушений со стороны черепно-мозговых нервов

- Асимметрия лица
- Девиация языка
- Нистагм
- Нарушение конвергенции
- Косоглазие
- Асимметрия оскала



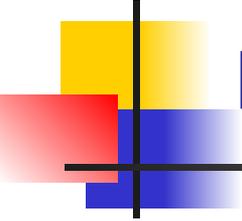
Значение знания симптоматики в практике м/с

- Пирогов Н.И. предложил динамическое наблюдение за пациентом с черепно – мозговой травмой для уточнения диагноза
- Необходимо уметь своевременно заметить появление очаговых симптомов и сообщить врачу (м/с больше контактирует с пациентом)



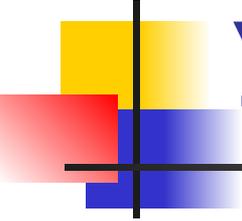
Сотрясение головного мозга

Диффузное поражение головного
мозга без выраженных
анатомических изменений



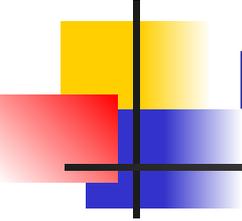
Изменения при сотрясении головного мозга

- Изменяются физико – химические свойства мозговой ткани
- Изменяются связи между нейронами
- Точечные кровоизлияния
- Функциональные изменения:
кратковременный спазм сосудов с последующим расширением, что приводит к развитию отёка мозга



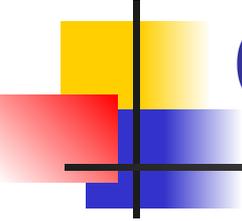
Ушиб головного мозга

- Более травматичен, чем сотрясение
- Имеется очаг разрушения мозгового вещества – геморрагический некроз
- Возникают неврологические нарушения, частично необратимые
- Наиболее опасны ушибы :
Ствол мозга, мозжечок, желудочки мозга



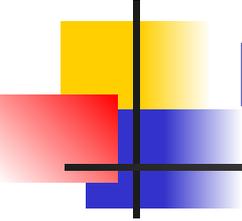
Клиническая картина ушиба мозга

- Общемозговые симптомы выражены значительно
- Изменения ликвора : повышение давления, эритроциты, лейкоциты
- Повышение температуры тела
- Локальные симптомы (параличи и парезы черепно-мозговых нервов и конечностей)
- Подтверждение на МРТ,КТ



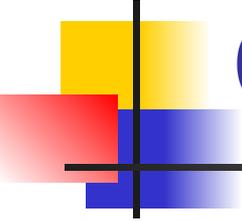
Сдавление головного мозга

- Тяжёлое повреждение
- Причины - объёмные воспалительные заболевания, опухоли, травмы:
 - ✓ Отёк
 - ✓ Гематома
 - ✓ Костные отломки



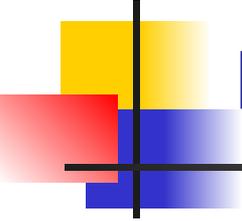
гематома

- Эпидуральная
- Субдуральная
- Субарахноидальная
- Церебральная (в веществе мозга)



Светлый промежуток

- Период временного улучшения состояния
- Обусловлен периодом накопления гематомы
- При эпидуральной гематоме – короткий
- При субарахноидальной гематоме может составлять несколько суток



Клиническая картина в светлом промежутке

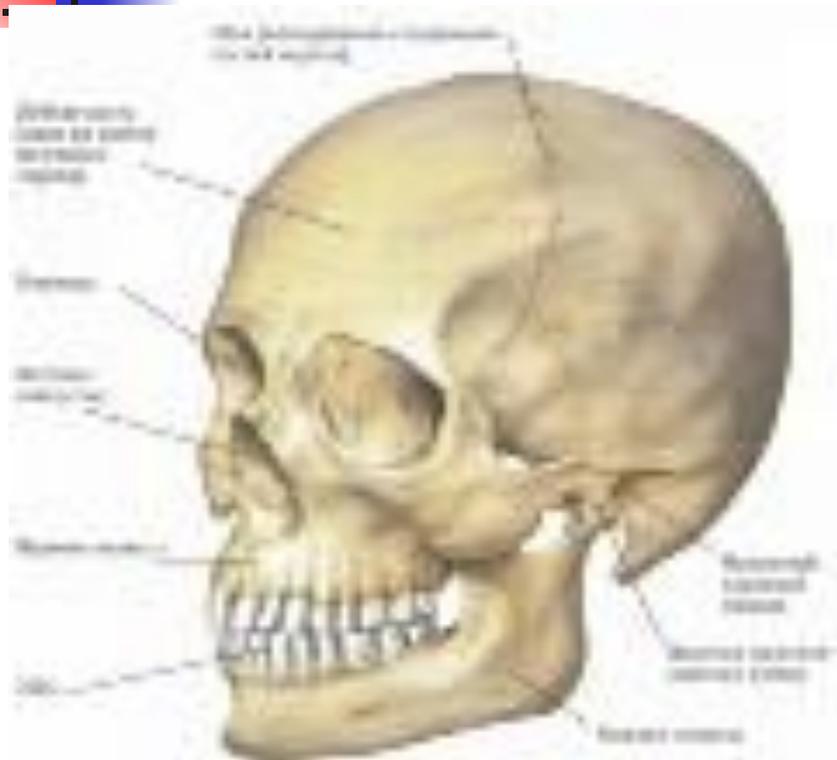
- Распирающая головная боль
- Головокружение
- Нарушение зрения и обоняния
- рвота
- Зрачки узкие, потом расширяются
- Менингеальные симптомы
- Утрата сознания
- смерть

Методы диагностики гематомы

- Люмбальная пункция (имеет лечебное значение)
- МРТ
- КТ

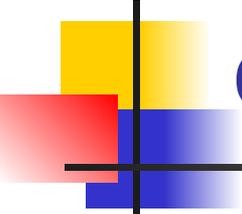


3 вида переломов свода черепа

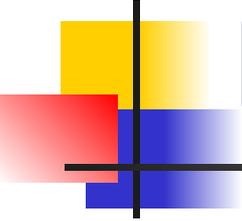


- Линейные переломы (трещины)
- Оскольчатые
- Дырчатые (ограниченный дефект)

Клиническая картина переломов свода черепа



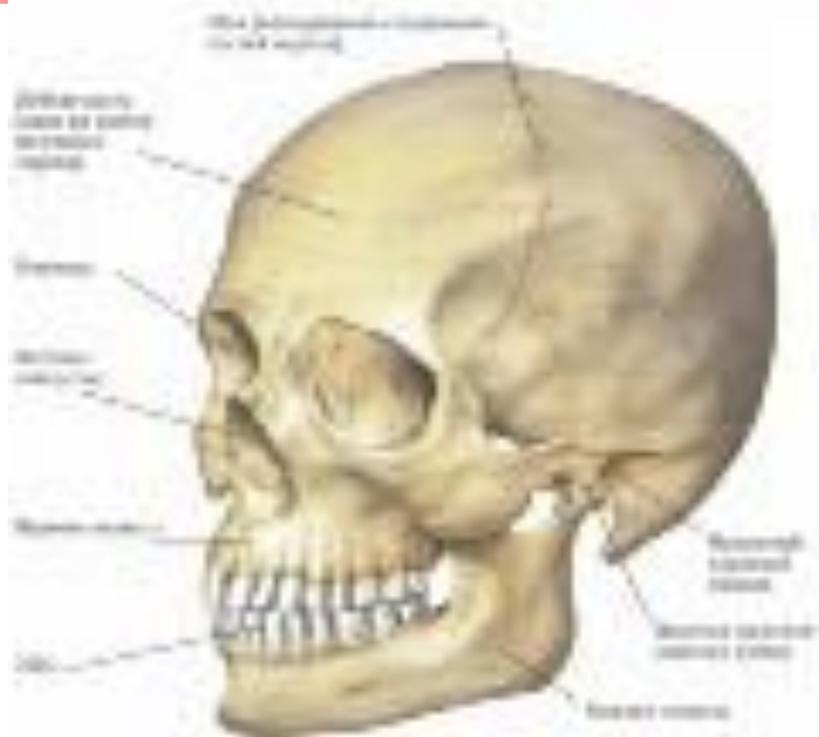
- Признаки повреждения мозга
- Локальная боль при пальпации
- Пальпаторно определяется деформация костей
- Подтверждается при рентгенографии в 2 проекциях



Перелом основания черепа

- Относится к наиболее тяжёлым травмам
- По угрозе инфицирования мозга относится к открытым переломам
- Механизм возникновения – воздействие по оси: падение с высоты на ноги(ягодицы), падение груза на голову

Перлом основания черепа



Чаще повреждаются

- Основная кость

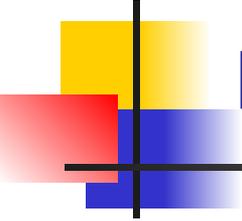
- Височная кость

Локализация
повреждений:

- Передняя
черепная ямка

- Средняя черепная
ямка

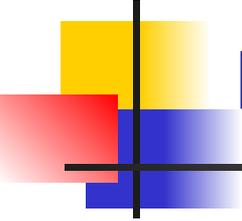
- Задняя черепная



Клинические проявления перелома основания черепа

1. Кровотечение и ликворрея

- Передняя ямка – «с-м очков»
истечение из носа
- Средняя и задняя ямка – истечение из ушей
-кровоподтёки в обл. зева
- Задняя ямка –кровоподтёки в области сосцевидных отростков



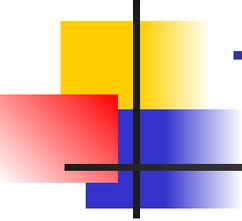
Клинические проявления переломов основания черепа

**2. Множественное поражение
черепно – мозговых нервов**
(расстройства зрения и обоняния)

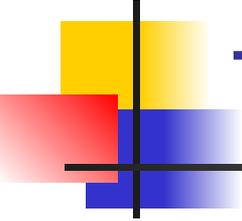
3. Менингиальные симптомы (т.к.
на основании черепа твердая
мозговая оболочка сращена с
костями)

Подтверждение - рентгенография

ПМП при черепно-мозговой травме

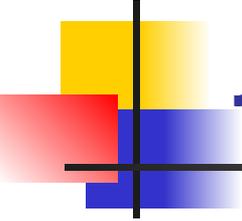


- Уложить, голову зафиксировать в ватно-марлевом кольце
- Очистить дыхательные пути
- Профилактика западения языка
- Наркотики не применять (угнетают дыхание)
- Рану не промывать, обработать края Асептическая давящая повязка
- При травме лица – вниз лицом
- Дегидратационная терапия
- Гемостатические средства



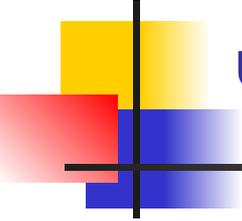
ПМП – дегидратационная терапия

- Раствор глюкозы 40% - 40 мл в/в
- Раствор натрия хлорида 10% - 10 (20) мл в/в
- Дексаметилентетрамин 40% - 10 мл в/в
- Раствор сульфата магнезии 25% 10 мл в/м



Лечение в стационаре

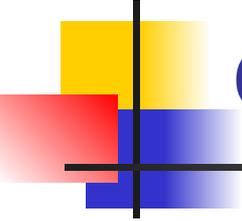
- консервативное лечение – ушибы мозга и сотрясения мозга
открытые повреждения и гематомы
внутричерепные – оперативно
- Операция – трепанация черепа,
эвакуация гематомы, гемостаз



Подготовка к трепанации черепа

- Побрить голову
- Рану закрыть стерильной салфеткой
- Вывести мочу катетером
- Эвакуация желудочного содержимого через зонд

Уход за больным после операции



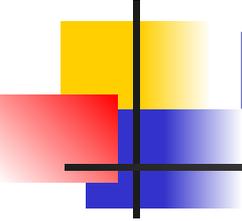
- Поместить в реанимационное отд.
- Кровать с бортиками
- ИВЛ (иногда через трахеостому)
- Рана не соприкасается с постелью
- Возвышенный головной конец
- Постоянный катетер
- Зондовое питание
- Холод к голове
- Дегидратационная терапия
- Гипотензивные препараты
- Мочегонные
- Спазмолитики
- Седативные
- Витамины гр.В
- антибиотики
- Ограничение соли и жидкости

Повреждения лицевого скелета

Повреждения костей носа

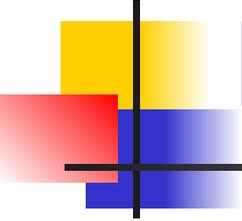


- Причина – прямая травма
- Клиническая картина: боль
Кровотечение
Деформация
Крепитация
- рентгенография



ПМП при переломе костей носа

- Усадить
- Обезболить
- Холод
- Тампоны с перекисью водорода 3%
- Доставить в ЛОР -отделение

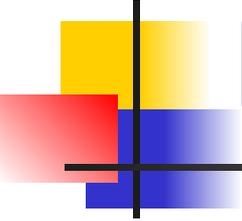


Вывих нижней челюсти

- Односторонние
- Двухсторонние
- Головка суставного отростка выходит из суставной впадины и заходит за суставной бугорок (вывих вперёд)

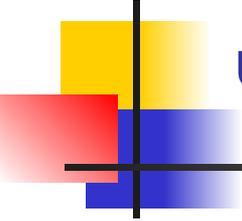
Причины:

- Боковой удар
- Сильное раскрытие рта



Клиническая картина

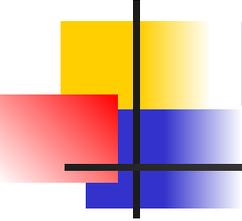
- Рот открыт, закрыть невозможно
- Пальпируется суставная головка
- В слуховой проход со стороны поражения палец можно ввести глубже
- При одностороннем вывихе – асимметрия лица



Лечение вывихов нижней челюсти

Вправление:

- Помощник сзади фиксирует голову
- Пальцы (в салфетке) поместить на коренные зубы
- Надавить книзу, приподнимая подбородок, а потом назад



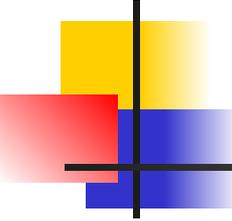
Перелом верхней челюсти

По расположению линии

перелома выделяют

3 типа перелома

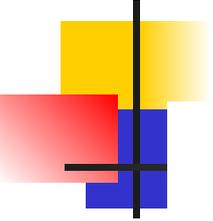
по Лефору



I тип



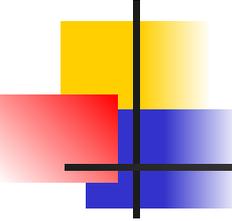
Горизонтально на границе альвеолярного отростка и тела челюсти от грушевидной вырезки к челюстному бугру



II тип



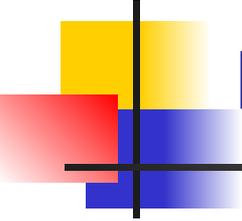
Поперечно в переносье по внутренней стенке глазницы и дну орбиты, вниз по челюстно-скуловому шву и на альвеолярный отросток кзади до крыловидного отростка основной кости



III тип

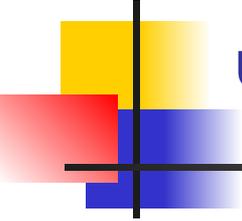


как во II типе до
нижнеглазничной
щели, по лобно-
скуловому шву,
через скуловую
дугу, челюстной
бугор и
крыловидные
отростки
клиновидной кости



Клиническая картина переломов верхней челюсти

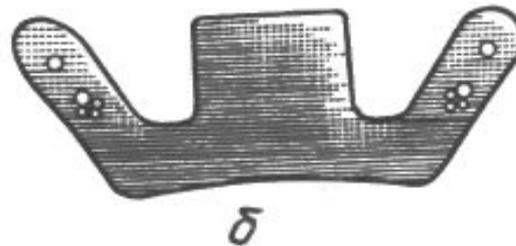
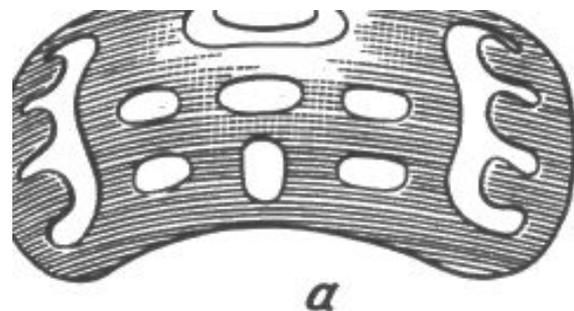
- Лицо удлинняется
- Глаза западают
- При смыкании челюстей – движение верхней половины лица
- Кровоизлияния по линии перелома
- Подтверждается при рентгенографии в 2 проекциях

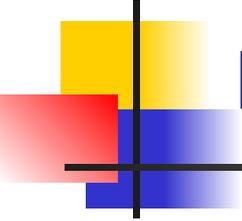


ПМП при переломах верхней челюсти

- Профилактика аспирации крови, слизи, зубов
- Профилактика западения языка
- Иммобилизация дощечкой, пращевидной повязкой или шиной-ложечкой Лимберга
- Транспортировка сидя, в бессознательном состоянии – лёжа, ВНИЗ ЛИЦОМ

Подбородочная шина-праца Энтина и шина –ложечка Лимберга

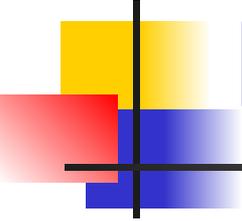




Уход за пострадавшим с переломом челюстей

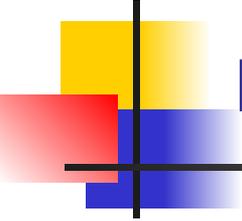
- Срок фиксации 4 -6 недель
- Питание жидкой пищей через трубочку
- Профилактика стоматита:

Туалет полости рта раствором перекиси водорода 1,5% -2% , фурациллина, хлоргикседина биглюконата 2 раза в сутки



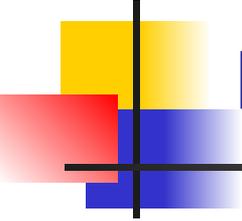
Переломы нижней челюсти

- **Закрытые**
- **Открытые (с повреждением слизистой оболочки полости рта)**



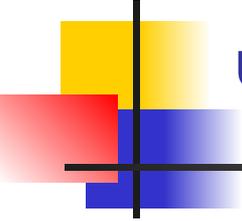
Виды переломов нижней челюсти по расположению линии перелома

- Срединный
- Боковой (ментальный – в средней части тела)
- В области угла челюсти
- В области шейки суставного отростка



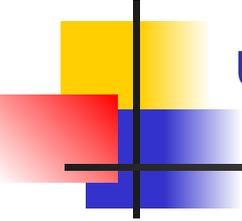
Клиническая картина перелома нижней челюсти

- Деформация
- Крепитация
- Патологическая подвижность
- Отёк
- Гематома
- Боль
- Нарушение жевания



ПМП при переломе нижней челюсти

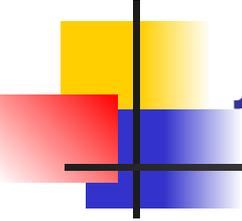
- Пращевидная повязка
- Обезболивание
- Транспортировка сидя



Лечение переломов нижней челюсти

- Иммобилизация проволочной шиной на 4 – 6 недель
- Питание жидкой пищей через трубочку
- Профилактика стоматита – туалет полости рта

**Воспалительные
заболевания лица и
полости рта, травма шеи**

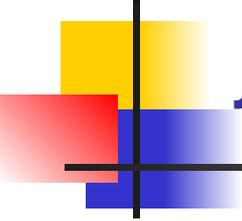


Воспалительные заболевания лица и полости рта

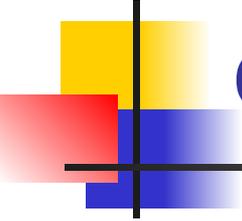
Особенности:

1. Ткани лица рыхлые, что приводит к развитию значительных отёков
быстрому распространению процесса
2. Вены лица сообщаются с мозговыми
венозными синусами – опасность
инфицирования мозга и его оболочек

Лечебная тактика при гноино – воспалительных процессах лица

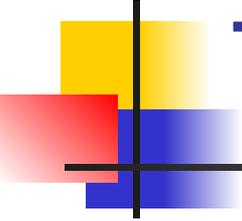


- Госпитализация
- Постельный режим
- Возвышенный головной конец
- Антибактериальные препараты
- Исключит жевание (пища мягкая или жидкая)



Законспектировать и изучить самостоятельно

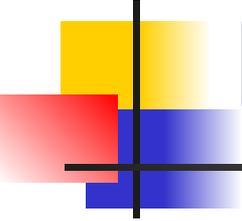
- Язвенный стоматит
- Гнойный паротит
- Рак языка



Травма шей

Повреждаются:

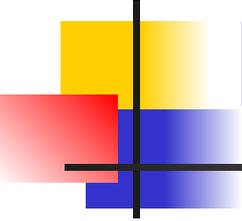
- Трахея
- Пищевод
- Сосуды шеи



Повреждение трахеи

Возникает травматическая трахеостома:

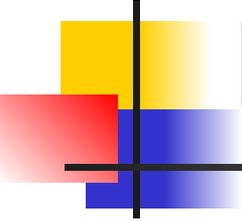
- Голоса нет
- Из раны выходит воздух
- Подкожная эмфизема, распространяющаяся на лицо



ПМП при травме трахеи

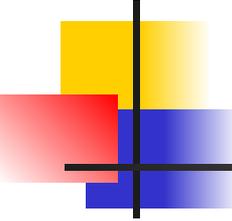
- Обезболить
- Обработать края раны, наложить асептическую повязку
- Транспортировать сидя

- Лечение : ушивание трахеостомы



Повреждения пищевода

- Комбинированы с повреждением трахеи
- Из раны вытекает пища и вода
- ПМП – обезболивание, асептическая повязка, транспортировка полусидя
- Лечение в стационаре ушивание, наложение питательной гастростомы (на короткий срок)



Повреждение сосудов шеи

- Сосуды зияют , т.к. сращены с фасцией:
- Обильное кровотечение с большой кровопотерей
- Эмболия воздуха
- ПМП – пальцевое прижатие сосудов в ране или наложение зажима, транспортная иммобилизация стандартными шинами, экстренная госпитализация
- Лечение – сшивание сосуда

Инородные тела трахеи и пищевода

Инородные тела трахеи

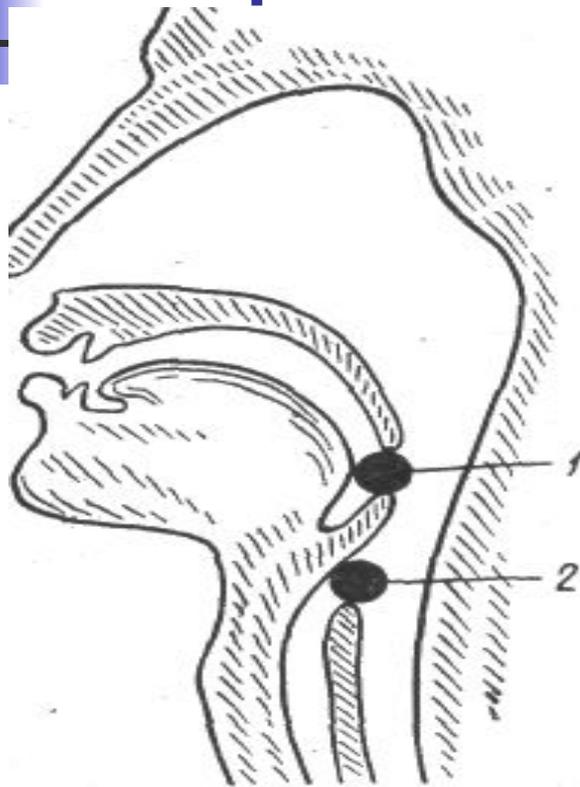
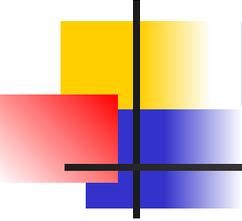


Рис. 59. Инородные тела дыхательных путей.

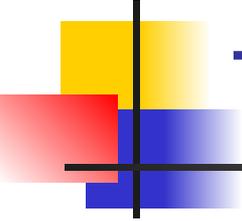
1 — вдоха в гортань;
2 — гортани.

- Причины:
- Детский возраст
 - Дурная привычка (портные, плотники и т.д.)
 - Торопливая еде
 - Разговоры при принятии пищи



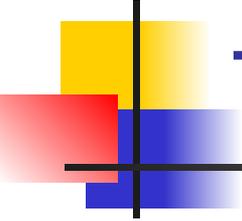
Клиническая картина

- Цианоз
- Кашель
- Набухание сосудов шеи
- Слёзотечение
- Возможно временное улучшение состояния
- При продвижении инородного тела возобновление клинической картины



Осложнения инородных тел трахеи

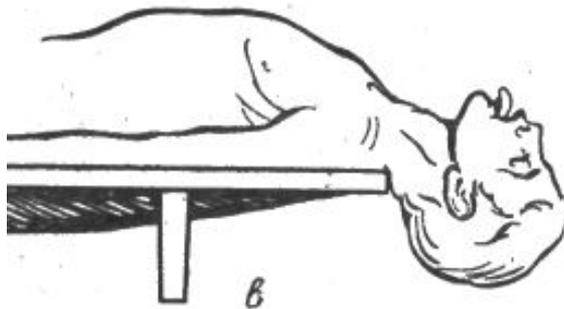
- Ателектаз лёгкого
- Асфиксия (гибель больного)

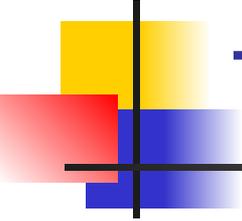


ПМП при инородных телах трахеи

- Уложить животом на колено, ударять между лопатками в такт кашлю
- Уложить на спину на стол с откинутой головой, удалить длинным пинцетом – угроза проталкивания глубже
- Ранний детский возраст – приподнять за ноги, стряхивать
- трахеостомия

ПМП при инородных телах трахеи

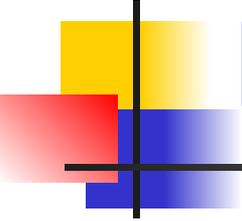




Лечение при инородных телах трахеи

удаление инородного тела

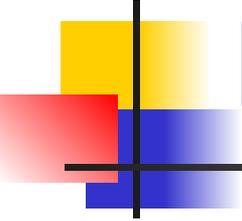
при помощи бронхоскопа



Инородные тела пищевода

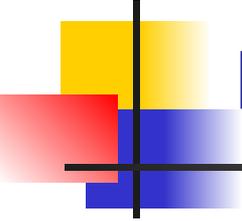
- Застревают чаще крупные или острые предметы

- Застревают в местах физиологического сужения пищевода



Клиническая картина

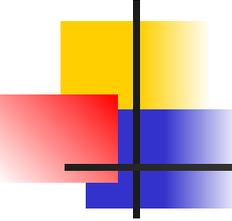
- Боль при глотании
- Дисфагия (твёрдые и крупные предметы)
- Осложнения:
 - Эзофагит
 - Перфорация пищевода, в дальнейшем медиастенит



ПМП при инородных телах пищевода

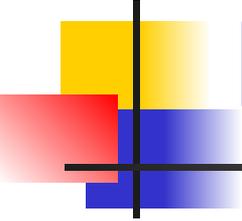
- Мелкие округлые предметы – ускорить продвижение по ЖКТ: принять пищу, богатую клетчаткой (хлеб, картофель, свёкла, морковь, яблоки)
- Крупные и острые предметы – госпитализация, удаление с помощью эзофагоскопа

Ожог пищевода



Ожог пищевода

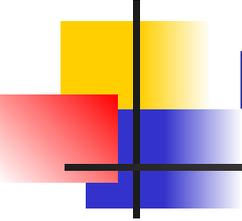
- причины:
 - ошибочное принятие
 - Суицидальная попытка
- Травмирующие агенты:
 - Концентрированные растворы щелочей
 - Концентрированные щёлочи (более тяжёлые – колликвационный некроз)



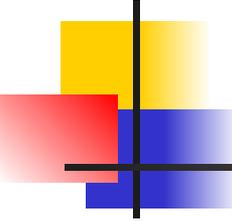
Клиническая картина

- Боль
- Рвота (может быть с кровью)
- Следё ожога на коже лица и груди
- Шок
- Гемолиз (красная моча)
- При аспирации – в дальнейшем аспирационная пневмония, гангрена лёгкого

Цвет струпа при ожоге концентрированными кислотами

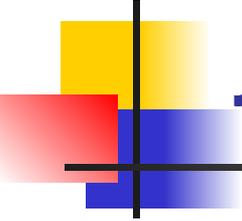


- Серная кислота – чёрный
- Азотная кислота – серо – жёлтый
- Соляная кислота – жёлто – зелёный
- Уксусная эссенция – серо -белый



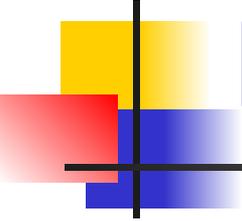
ПМП при ожоге пищевода

- Нейтрализация запрещена!!!
- Обезболить
- Дать выпить несколько глотков новокаина
- Ввести толстый зонд
- Промыть 10 литрами прохладной воды с адсорбентом
- Обволакивающие продукты
- Сердечные и сосудистые препараты



Лечение ожогов пищевода

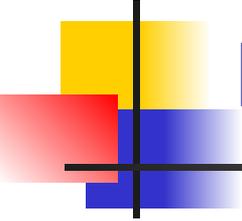
- Госпитализация
- При гемолизе – в реанимационное отделение
- «болтушка» (ваз.масло, анестезин, левомицетин) - по 1 ст. ложке 3 – 5 раз в день
- Питание жидкое, калорийное
- Раннее бужирование



Подготовка к бужированию

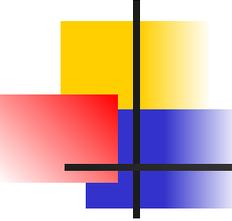
- Натощак
- Буж замочить на 15 минут в горячую воду
- Буж смазать стерильным вазелиновым маслом
- Приготовить стер. салфетку

Осложнения ожогов пищевода



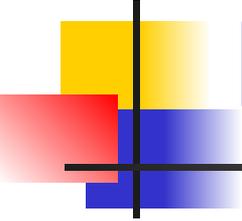
- Рубцовый стеноз пищевода
- Медиастинит при перфорации пищевода

Рак пищевода



Рак пищевода

- Чаще в н/3 пищевода
- Пути метастазирования:
 - Лимфогенно –околощитовидные л/узлы
 - Трахеальные л/узлы
 - Бронхиальные л/узлы
 - Гематогенным путём – лёгкие
 - Печень
- Чаще болеют мужчины

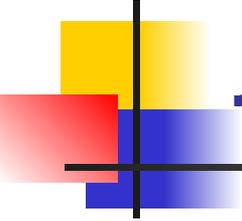


Клиническая картина

- Дисфагия
- Слюнотечение
- Похудание
- Кахексия
- Проявления метастазов

Диагностика:

- Рентгенография
- эзофагоскопия



Лечение рака пищевода

- **Радикальное:** замена пищевода тонкой или толстой кишкой перед или позади грудины (многоэтапная операция, наложение эзофаго- и гастростомы)
- **Паллиативные операции:**
 - Гастростома
 - Туннелизация (трубка из поливинилалкоголя)

**Знание основных
проявлений травм и
заболеваний головы и шеи
позволяет своевременно
оказать необходимую
помощь и обеспечить
грамотный уход за
больным**