

Преподаватель (фамилия, инициалы) Пуршега А.Д.

Специальность 34.02.01 «Сестринское дело»

Наименование дисциплины /МДК МДК.02.01 Р.4 Сестринский уход при различных заболеваниях и состояниях (хирургия)

Курс 3 Группа 31 Моз № подгруппы лекция

Дата (в соответствии с расписанием) 08.04.2020 г.

Тема учебного занятия в соответствии с рабочей программой дисциплины/МДК
Сестринский уход при повреждениях и заболеваниях головы

Письменная инструкция для обучающихся в дистанционном режиме по выполнению внеаудиторной самостоятельной работы (в соответствии с КТП):

1. Учебник Н.В. Барыкина С/у в хирургии стр. 260-284
2. Составить краткий конспект по предложенному материалу:

ЧЕРЕПНОМОЗГОВАЯ ТРАВМА(ЧМТ)

КЛАССИФИКАЦИЯ:

ЧМТ классифицируются на закрытые и открытые.

Закрытые травмы: сотрясение головного мозга легкой и средней степеней, ушиб головного мозга I, II, III степеней, сдавление головного мозга, повреждение костей свода черепа и головного мозга.

Открытые травмы: повреждение мягких тканей головы с повреждением костей черепа и признаками травмы головного мозга, повреждение мягких тканей головы с нарушением функции головного мозга (сотрясение, ушиб, сдавление), повреждение мягких тканей головы, костей свода черепа и головного мозга (ушиб, сдавление) – проникающие и непроникающие, перелом основания черепа.

СОТРЯСЕНИЕ ГОЛОВНОГО МОЗГА — обратимое повреждение тканей головного мозга на функциональном (клеточном) уровне характеризующееся кратковременной потерей сознания, ретроградной амнезией, головной болью, однократной или повторной рвотой, появлением нистагма, нарушенной реакцией зрачков на свет проходящими в течение последующих суток.

УШИБ ГОЛОВНОГО МОЗГА — повреждение вещества головного мозга на тканевом уровне с развитием стойких нарушений взаимосвязи частей или отделов головного мозга между собой приводящее к развитию парезов, параличей, отдельным функциональным нарушениям - сенсорным, моторным, мнестическим и т. д.

СДАВЛЕНИЕ ГОЛОВНОГО МОЗГА — механическая компрессия воздействующая на вещество головного мозга, приводящая к глобальному, часто грубому нарушению его функции.

ПРИЧИНАМИ локального сдавления головного мозга могут быть: внутримозговые гематомы, сдавления костными отломками, инородные тела в полости черепа, опухоли.

Гематомы могут локализоваться над твердой мозговой оболочкой (эпидуральная гематома), под твердой мозговой оболочкой (субдуральная гематома), внутри мозга (внутричерепная гематома), в желудочках мозга (внутрижелудочковая гематома).

Для внутримозговых гематом характерно наличие после сдавления так называемого «светлого промежутка» от нескольких часов до нескольких дней, а затем уже появляются очаговые и общемозговые симптомы.

Развитие сдавления мозга можно разделить на 4 фазы.

ПЕРВАЯ ФАЗА – компенсированное сдавление или «аккомодация». Клинически она соответствует светлому промежутку. Функция мозга не нарушается вследствие

компенсаторного вытеснения некоторого количества ликвора из полости черепа в спинномозговой канал, что позволяет стабилизировать внутричерепное давление.

Состояние больных относительно удовлетворительное. Они жалуются на головную боль. Сознание сохранено, позже развиваются сонливость, апатия.

ВТОРАЯ ФАЗА – венозный застой или появление ранних клинических симптомов – развивается в результате дальнейшего увеличения объема гематомы и повышения внутричерепного давления. Затрудняется венозный отток из мозга, нарастает его отек, нарушается кровообращение в нем.

Больные становятся беспокойными. Усиливается головная боль, появляется головокружение, возникает многократная рвота. Постепенно исчезает ясность сознания: больной оглушен, неохотно отвечает на вопросы. Ответы запаздывают, односложны и часто неправильны.

Развивается дезориентация в пространстве и времени. Появляются очаговые симптомы (мидриаз на стороне сдавления, контрлатеральный гемипарез).

ТРЕТЬЯ ФАЗА – увеличение объема гематомы и нарастание компрессии мозга. Последний оттесняется к основанию черепа и отчасти вдавливается в тенториальное и большое затылочное отверстие, усиливается анемия мозга. Состояние больного значительно ухудшается: сознание исчезает, развивается кома, появляется четкая анизокория, резкая брадикардия, рефлексы угасают, дыхание нарушается, АД повышается. Прогноз очень тяжелый.

В ЧЕТВЕРТОЙ ФАЗЕ (ТЕРМИНАЛЬНОЙ) компрессии происходит вклинение мозга с нарушением дыхания и сердечной деятельности. АД падает. Пульс частый, аритмичный, слабый. Дыхание частое, затрудненное, может быть по типу Чейна-Стокса. Кома достигает крайней степени с расслаблением сфинктеров мочевого пузыря и заднего прохода. Зрачки резко расширены, на свет не реагируют. Прогноз безнадежен.

НЕОТЛОЖНАЯ ПОМОЩЬ: 1) Придать больному горизонтальное положение. Стабилизация шейного отдела позвоночника – воротник Шанца.

2) Восстановление проходимости верхних дыхательных путей (тройной прием Сафара, удаление слизи, мокроты, инородных предметов из полости рта, постановка воздуховода).

3) Ингаляция увлажненного кислорода – начать со 100%, затем постепенно снижать концентрацию до 40%.

4) При наличии апноэ, гипопноэ, нарастающем цианозе – перевод больного на ИВЛ в режиме умеренной гипервентиляции (ЧД -16-20 в 1 минуту, дыхательный объем – 600-800 мл).

5) Холод к голове.

6) Обеспечение доступа к двум центральным венам.

7) Контроль за АД, ЧСС, ЧД.

8) Ввести 50-150 мг преднизолона в/в при снижении АД.

9) Ввести допамин 50 мг (0,5% - 10 мл) в 250 мл 5% раствора глюкозы или физ раствора, полиглюкин, декстран/натрия хлорид в/в капельно (200-400 мл) при снижении АД.

10) При развитии терминального состояния: сердечнолегочная реанимация (СЛР).

11) Нейропротекторная терапия: эмоксипин 3% раствор 5 мл в/в на 10-15 мл физ. раствора.

12) Дополнительно по показаниям: в качестве премедикации п/к атропин 0,1% раствор 0,5-1 мл. При возбуждении и судорогах в/в введение диазепама 2-4 мл 0,5% раствора на 10 мл физ раствора или 20 мл 5% глюкозы

13) При болевом синдроме: метамизол 50% раствор 2 мл в/в или трамадол 50-100 мг (1-2 мл 5% раствора) в/м или в/в, или кеторолак 10-30 мг в/в струйно на 10 мл физ раствора.

ПЕРЕЛОМ КОСТЕЙ ОСНОВАНИЯ ЧЕРЕПА повреждение сопровождающееся признаками сотрясения или ушиба головного мозга, с нарушением функций черепномозговых нервов, возникшее при падении с высоты или ударе по своду черепа тяжелым предметом. Признаками являются общемозговые симптомы, ликворрея из

наружных слуховых проходов, носовых отверстий.

НЕОТЛОЖНАЯ ПОМОЩЬ: 1) Придать больному горизонтальное положение. Стабилизация шейного отдела позвоночника – воротник Шанца.

2) Тампонировать стерильными турундами источники лимфореи.

3) Ингаляция увлажненного кислорода.

4) При наличии апноэ, гипопноэ, нарастающем цианозе – перевод больного на ИВЛ.

5) Холод к голове.

6) Обеспечение доступа к двум центральным венам.

7) Контроль за АД, ЧСС, ЧД.

8) При возбуждении и судорогах в/в введение диазепама 2-4 мл 0,5% раствора на 10 мл физ раствора или 20 мл 5% глюкозы

13) При болевом синдроме: метамизол 50% раствор 2 мл в/в или трамадол 50-100 мг (1-2 мл 5% раствора) в/м или в/в, или кеторолак 10-30 мг в/в струйно на 10 мл физ раствора.

ПЕРЕЛОМЫ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ возникают при сильных ударах, падении с высоты, авариях на транспорте. Различают три типа переломов верхней челюсти в зависимости от прохождения линии перелома - I тип — линия перелома проходит между крыловидных отростков основной кости через грушевидное отверстие.

II тип- линия перелома проходит по шву между скуловыми костями и верхней челюстью через глазницы и корень носа. III тип наиболее тяжелый — линия перелома отделяет верхнюю челюсть от костей черепа вместе со скуловыми и носовыми костями.

Признаки- нарушение прикуса, подвижность отломков, кровотечения из носа и рта, при втором типе -деформации носа, периорбитальные гематомы, уплощение среднего отдела лица, при третьем типе- уплощение лица захватывает весь средний отдел лица, повреждение дна глазниц приводит к опущению глазных яблок.

ПЕРЕЛОМЫ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ

ПРИЧИНЫ: прямой удар кулаком или тяжелым предметом в лицо, удар лицом при падении.

ВЫДЕЛЯЮТ ПО ЛОКАЛИЗАЦИИ: переломы тела, подбородочного отдела, угла, ветви и альвеолярной части челюсти.

Могут быть: односторонними, двусторонними, множественными, открытыми.

СИМПТОМЫ: кровоизлияние, боль, нарушение жевания, смыкания зубов, речи, приема пищи, крепитация.

ПЕРВАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ при переломах челюстей: провести профилактику аспирации крови и рвотных масс, обеспечить проходимость дыхательных путей, остановить кровотечение, иммобилизация подбородочной пращой или пращевидной повязкой

ЛЕЧЕНИЕ: проводится в специализированных отделениях челюстнолицевой хирургии, проводится фиксация челюстей проволочными шинами или другими металлоконструкциями, *м/с должна обучить пациента уходу за полостью рта, приему пищи.*

Дата сдачи домашнего задания _____

Подпись преподавателя _____ Пуршега А.Д.

Подпись методиста _____ /Макарова Т.П./