Содержание

Введение

1. Закрытая черепно-мозговая травма

.1 Закрытая черепно-мозговая травма

.2 Этиология Закрытой черепно-мозговой травмы

.3 Классификация закрытых черепно-мозговых травм

.4 Клиника закрытой черепно-мозговой травмы

.5 Методы диагностики закрытой черепно-мозговой травмы

.6 Лечение закрытой черепно-мозговой травмы

1.7 Классификация последствий ЧМТ (по Лихтерману Л. Б., 1994)

2. Особенности сестринского ухода за пациентом с закрытой черепно- мозговой травмой

Заключение

Список литературы

Примечание

Введение

Черепно-мозговая травма - это глобальная проблема нейрохирургии. Ежегодно статистика фиксирует 200 случаев ЧМТ на 10000 населения. Половина всех случаев травмы головы возникает вследствие ДТП. По данным Всемирной Организации Здравоохранения (ВОЗ) за последние 10-15 лет количество случаев ЧМТ увеличилось в среднем на 2% ежегодно. В структуре травматизма на долю ЧМТ приходится 2/3 смертельных случаев.

В последние десятилетия отмечается увеличение не только количества черепно-мозговых повреждений, но и более тяжелое их течение. Это связано с увеличением количества транспортных средств, стремительной урбанизацией, недостаточным соблюдением правил уличного движения отдельными водителями и пешеходами, особенно в нетрезвом состоянии, плохим состоянием дорог. Как правило, травмируются люди молодого и среднего, то есть, наиболее трудоспособного возраста, что придает проблеме не только медицинского, но и важного социального значения. На сегодняшний день проблема отдаленного периода ЗЧМТ, в частности, такие вопросы, как прогнозирование течения процесса, адекватная клинико-патофизиологическая и экспертная оценка, и, особенно, вторичная профилактика осложнений имеют важное социально-экономическое и общемедицинское значение. Между тем, многие вопросы этой проблемы изучены недостаточно, некоторые из них остаются дискуссионными Согласно статистическим данным Всемирной Организации Здравоохранения , частота закрытых черепно-мозговых травм (ЗЧМТ) возрастает в среднем на 2% в год и по данным различных авторов составляет от 50 до 70% в общей структуре травм. Медико-социальное значение ЗЧМТ обусловлено преимущественным поражением лиц трудоспособного возраста. В Российской Федерации повреждения головного мозга ежегодно получает 1млн. 200 тысяч человек, из которых 100 тыс. признаются инвалидами, причем 40-60 % из них второй и первой групп. Актуальность изучения возможностей эффективного лечения последствий перенесенной закрытой черепно-мозговой травмы (ЗЧМТ) связана с тем, что возникающие в раннем или позднем посттравматическом периоде расстройства со стороны психоневрологической сферы также могут вызывать серьезные нарушения в организме человека вплоть до полной инвалидизации. В 44-62% случаев черепно-мозговая травма наступает в результате алкогольного опьянения, сто значительно затрудняет раннюю диагностику повреждений. При черепно-мозговой травме, помимо больших полушарий, страдает стволовая часть мозга, в которой расположены центры, регулирующие работу жизненно важных органов и систем, а так же обменные процессы. Все эти обстоятельства делают чрезвычайно важной правильную своевременную диагностику, определяют тактику врача скорой помощи и объем необходимых лечебных мероприятий [7].

Цель исследования: выявить особенности сестринского ухода за пациентами с закрытыми черепно- мозговыми травмами.

Задачи исследования:

- проанализировать литературные источники по теме;

- анализ карты стационарного больного;

- проанализировать принципы сестринского ухода за пациентами с закрытыми черепно-мозговыми травмами;

Объект исследования: пациент, карта стационарного больного.

Методы исследования: наблюдение за пациентом, анализ литературных источников.

1. Закрытая черепно-мозговая травма

1.1 Определение ЗЧМТ

Закрытая черепно-мозговая травма - повреждение черепа и мозга, которое не сопровождается нарушением целостности мягких тканей головы и/или апоневротического растяжения черепа.

1.2 Этиология ЗЧМТ

Черепно-мозговые повреждения возникают от ударной волны взрыва, удара по голове твердым предметом или удара головой о твердый предмет. Мозг реагирует на травму развитием отека с последующим быстрым набуханием вещества мозга, что приводит к повышению внутричерепного давления и серьезным расстройствам функции мозга, а, следовательно, и всего организма в целом.

1.3 Классификация ЗЧМТ

- сотрясение мозга,

- ушиб мозга лёгкой степени,

- ушиб мозга средней степени,

- ушиб мозга тяжёлой степени,

- сдавление мозга на фоне ушиба,

- сдавление мозга без ушиба.

1.4 Клинические проявления ЗЧМТ

Сотрясение - наиболее легкая форма травмы, характеризующаяся развитием функционально обратимых повреждений и кратковременной потерей сознания (в течении нескольких секунд до 30 минут). После восстановления сознания у больных может наблюдаться ретроградная амнезия, тошнота, рвота, головокружения, головные боли. Иногда можно зарегистрировать асимметрию глубоких рефлексов, снижение брюшных рефлексов, парез мимической мускулатуры.

Ушиб головного мозга - это сочетание общемозговых симптомов и местной, очаговой симптоматики в зависимости от локализации ушиба. При ушибе легкой степени, потеря сознания (от нескольких минут до 1-2 часов) по типу оглушения или сопора. Кратковременное нарушение речи. При ушибе средней тяжести потеря сознания до нескольких часов, снижение реакции зрачка на свет, роговичный рефлексов, может регистрироваться нистагм. При ушибе тяжелой степени потеря сознания по типу сопора или комы. (в течении многих суток) развивается картина диэнцефально- катаболического [1] или мезэнцефалобульбарного [2] синдромов.

Сдавление головного мозга возникает на фоне ушиба тяжелой степени (в 60% случаев). Наиболее часто сдавление мозга обусловлено развитием внутричерепной гематомы (64% случаев), отломками костей свода черепа (11%), отеком мозга (11% ) или сочетанием этих причин (11%). Наиболее ранними симптомами развития внутричерепной гематомы являются гемолатеральная анизокория [3] (55-75%), контралатеральный гемипарез (15-35%), асимметрия глубоких рефлексов(42%), эпилептические припадки (8-16%), брадикардия (38%).

Одним из ведущих симптомов нарастающей внутричерепной гематомы является наличие светлого промежутка (периода полного или относительно клинического благополучия между моментом травмы и возникновением общемозговых и очаговых симптомов). Трагические ошибки в диагностики внутричерепных гематом на до госпитальном уровне возникают из за незнания или недооценки этого симптома. Посттравматическая внутричерепная гематома так же может развиваться без первичного расстройства сознания или на фоне клинических форм ушиба. Продолжительность светлого промежутка, интенсивность развития клинических симптомов сдавления головного мозга зависят от темпа сдавления, иначе - от источника кровотечения. При артериальном источнике кровотечения светлый промежуток может исчисляться минутами, а при венозном часами. Определяющими симптомами сдавления головного мозга являются появление анизокории [4], нарастание глубины расстройств сознания, дыхания, кровообращения. Другими значительными симптомами сдавления головного мозга являются психомоторное возбуждение, если ему предшествует удовлетворительное состояние больного, нарастание головной боли, фокальные [5] или генерализованные судорожные припадки, появление экстензорных судорог [6]. Присоединение к указанным симптомам брадикардии и артериальной гипертензии усиливает уверенность в нарастании внутричерепного давления. Чем короче светлый промежуток и интенсивнее нарастание очаговых и общемозговых симптомов, тем острее больной нуждается в оказании нейрохирургической помощи.

Черепно-мозговая травма, как правило, осложняется развитием внутричерепной гипертензии, которая может быть обусловлена отеком головного мозга. Он обычно формируется после травмы за счет гипоксии и гиперкапнии, что влечет за собой усиление мозгового кровотока, повышение проницаемости гемато-энцефалитического [7] барьера и фиксации жидкости в ткани мозга. Внутричерепная гипертензия не связанная с травмой, проявляется развитием головной боли, тошноты, рвоты, артериальной гипертензии, брадикардии, нарушениями психики, а в тяжелых случаях - нарушением дыхания и кровообращения.

В течении ЧМТ выделяют периоды:

) Острый - взаимодействие травматического субстрата, реакцией повреждения и реакцией защиты.

) Промежуточный - рассасывание и организация участков повреждения и развертывание компенсаторно - приспособительных механизмов.

) Отдаленный - завершение или сосуществование местных и дистальных дегенеративных и репаративных процессов:

- при благоприятном течении - полное или почти полное клиническое уравновешивание,

- при неблагоприятном - клиническое проявление запущенное травмой (спаечных, рубцовых, атрофических, гемоликвороциркуляторных, вегетовисцеральных, аутоимунных и других) процессов.

Их выделение в травматической болезни головного мозга строится на сумме клинических, патофизиологических, патоморфологических критериев.

Временная и синдромологическая характеристики периодов определяются клинической формой ЧМТ, ее характером, типом, а так же качеством лечения, возрастом, преморбидными и индивидуальными особенностями пострадавшего. Протяженность периодов зависит от клинической формы: острый - от 2 до 10 недель, промежуточный - от 2 до 6 месяцев, отдаленный - при клиническом выздоровлении - до 2 лет, при прогредиентном [8] течении - не ограничена.

Отмечается, так же, прямая зависимость степени выраженности и продолжительности нарушения сознания от тяжести ЧМТ. В настоящее время в России принята единая градация нарушения сознания:

- Ясное - сохранность всех психических функций, бодрствование, полная ориентировка, адекватные реакции, быстрая реакция на любой раздражитель, сохранение речевого контакта.

- Оглушение (умеренное и глубокое) - угнетение сознания при сохранении ограниченного словесного контакта, умеренная сонливость, не грубые ошибки ориентировки, выполнение лишь простых команд.

- Сопор - глубокое угнетение сознания с сохранностью координированных защитных реакций и открывание глаз в ответ на боль и другие раздражители.

- Кома умеренная - отсутствие сознания с полной утратой восприятия окружающего мира, неразбудимость, не открывание глаз, не координируемые защитные движения без локализации на болевой раздражитель.

- Кома глубокая - отсутствие защитных движений на боль. Отсутствие какой либо реакции на боль, лишь на сильный болевой раздражитель, могут возникать экстензорные [9] движения в конечностях.

- Кома запредельная - мышечная атония, двусторонний фиксированный мидриаз [10]

.5 Методы диагностики ЗЧМТ

Для ориентировочного определения степени потери сознания можно использовать наиболее распространенную в мире шкалу комы Глазго (ШКГ) [11]. Лучевые методы диагностики [12] являются неотъемлемой частью общего клинического обследования и имеют решающее значение для определения характера повреждений и выработки дальнейшей тактики ведения пациента. Широкие перспективы в нейротравматологии связаны с внедрением в клиническую практику компьютерной (КТ) и магнитно - резонансной (МРТ) томографии. Эти методы исследования значительно повысили точность диагностики и позволили не инвазивно и быстро определять состояния мозгового вещества, выявлять внутричерепные гематомы, оценивать состояние желудочковой системы мозга. Объем и выбор методов лучевого обследования пострадавших с ЧМТ зависит от выраженности и темпов очаговых, общемозговых, стволовых симптомов. Основными методами лучевой диагностики черепно-мозговых повреждений являются:

- Обзорная краниография

- КТ

- Церебральная ангиография

Под дополнительными или частичными показаниями могут быть выполнены радиоизотопные исследования. Так же всем пострадавшим проводится рентгенография черепа.

Особенно трудно представляется диагностика ЧМТ на фоне алкогольного опьянения, которое может затушевать клинические проявления травмы, либо усугублять их. Точная диагностика возможна при динамическом наблюдении после устранения алкогольной интоксикации. Для уменьшения возможных ошибок в сомнительных случаях диагноз должен склоняться в пользу ЧМТ. как правило сочетание 3-4 клинических симптомов дает основание диагносцировать внутричерепную гематому в 90% случаев. Наиболее информативным способом к ее выявлению является методика эхоэнцефалогрфии [13] позволяющая поставить правильный диагноз в 95-99% случаев.

1.6 Лечение ЗЧМТ

Профилактика внутричерепной гипертензии ее повреждающих головной мозг последствий на до госпитальном этапе может быть реализована применением глюкокортикоидных гормонов и салуретиков. Так же целесообразно внутривенное или внутримышечное введение преднизолона в дозе 30мг, дексаметазона в дозе 4-8мг, практически лишенного минераллокортикоидных свойств. При отсутствии нарушений кровообращения одновременно с глюкокортикоидными гормонами для дегидратации мозга возможно применение быстро действующих салуретиков - 20-40мг, лазикса (2-4 мл 1% р-ра). В стационаре терапия, направлена на профилактику и устранение внутричерепной гипертензии- отека мозга, может быть расширенно применением ингибиторов протиолитических ферментов, нейровегетативной блокадой, искусственной гипервентиляции легких. для снижения внутричерепного давления как на до госпитальном этапе, так и в стационаре не следует пользоваться осмотически активными веществами (маннит), так как при поврежденной гематоэнцефалическом барьере возможно ухудшение состояния больного вследствие быстрого развития вторичного повышения внутричерепного давления. Исключение может составить глюкоза, которая в острых ситуациях может вводиться внутривенно в 40% р-ре 1-2 мл/кг массы тела, целесообразно ее сочетание с назначением глюкокортикоидных гормонов и салуретиков.

Разработка комплексного патогенетического лечения пострадавших с ЧМТ основана на изучении механизмов ее патогенеза и результатов консервативной терапии. при сотрясении головного мозга (СГМ) в основе патогенеза лежат временные функциональные расстройства деятельности ЦНС, в частности ее вегетативных центров. пострадавших с сотрясением головного мозга устанавливается постельный режим на 1-3 суток, который затем расширяют до 2-5 суток. Выписка из стационара проводится на 10 сутки. Медикаментозная терапия не должна быть агрессивной и в основном направлена на нормализацию функционального состояния головного мозга, снятие головной боли, головокружения, беспокойства, бессонницы и других жалоб. В раннем периоде назначают седативные препараты, пролонгирующие физиологический сон во второй половине дня и на ночь до отмены постельного режима (валерьяна, пустырник, корвалол, валокордин), а так же транквилизаторы (элениум, сибазон, феназипам, нозепам, рудотель и др.). Для устранения бессонницы на ночь назначают фенобарбитал или реладорм. Обезболивающие - анальгин, пенталгин, баралгин, седалгин, максиган и другие. Подобным образом поступают и при головокружении, выбирая что-либо одно из имеющихся лекарственных средств (бетасерг, беллоит, белласпон, платифиллин с попаверином, танакан, микрозер и т.п.) Так же целесообразно проведение курсовой сосудистой и метаболической терапии для более быстрого и полного восстановления и нарушений мозговых функций. Предпочтительно сочетание вазоактивных (кавинтон, стугерон, сермион, теоникол др.) и ноотропных (ноотропил, инцефобол, аминолон, пикамелон) препаратов. Необходимости в использовании противосудорожных препаратов нет.

1.7 Классификация последствий ЧМТ (по Лихтерману Л. Б., 1994)

Часто наблюдается сочетание различных последствий. Прогрессирующие и не прогрессирующие варианты последствий во многом обусловлены видом (открытая, закрытая) и тяжестью ЧМТ.

. Преимущественно не прогрессирующие: локальная или диффузная атрофия мозга, оболочечно-мозговые рубцы, субарахноидальные и внутримозговые кисты, аневризмы; костные дефекты черепа, внутричерепные инородные тела, поражения черепных нервов и др.

. Преимущественно прогрессирующие: гидроцефалия, базальная ликворея, субдуральная гигрома, хроническая субдуральная (эпидуральная) гематома, каротидно-кавернозное соустье, порэнцефалия, церебральный арахноидит, эпилепсия, паркинсонизм; вегетативные и вестибулярные дисфункции, артериальная гипертензия, цереброваскулярные нарушения, психические расстройства и др.). Исходы черепно-мозговой травмы во многом определяются возрастом пострадавшего. Например, при тяжёлой черепно-мозговой травме погибают 25% больных моложе 20 лет и до 70-80% пострадавших в возрасте старше 60 лет. Даже при лёгкой черепно-мозговой травме и черепно-мозговой травме средней тяжести последствия дают знать о себе в течение месяцев или лет. Так называемый "посттравматический синдром" характеризуется головной болью, головокружением, повышенной утомляемостью, снижением настроения, нарушениями памяти. Эти расстройства, особенно в пожилом возрасте, могут привести к инвалидизации и семейным конфликтам. Для определения исходов черепно-мозговой травмы предложена шкала исходов Глазго (ШИГ), в которой предусмотрено пять вариантов исходов.

Таблица 1 Шкала исходов Глазго

|  |  |
| --- | --- |
| Исход черепно-мозговой травмы | Определения |
| Выздоровление | Возвращение к прежнему уровню занятости |
| Умеренная инвалидизация | Неврологические или психические нарушения, препятствующие возвращению к прежней работе при возможности обслуживать самого себя |
| Грубая инвалидизация | Неспособность к самообслуживанию |
| Вегетативное состояние | Спонтанное открывание глаз и сохранение цикла сон - бодрствование при отсутствии реакции на внешние раздражители, неспособность выполнять команды и произносить звуки |
| Смерть | Прекращение дыхания, сердцебиения и электрической активности головного мозга |

Об исходах можно говорить через 1 год после черепно-мозговой травмы, так как в дальнейшем каких-либо существенных изменений в состоянии больного не происходит. Реабилитационные мероприятия включают лечебную физкультуру, физиотерапию, приём ноотропных, сосудистых и противосудорожных препаратов, витаминотерапию. Результаты лечения во многом зависят от своевременности оказания помощи на месте происшествия и при поступлении в больницу.

Последствия черепно-мозговой травмы могут быть связаны с повреждением определенного участка мозга или быть результатом общего поражения мозга при отеке и повышенном давлении.

Возможные последствия черепно-мозговой травмы:

- эпилепсия,

- снижение в определенной степени умственных или физических способностей,

- депрессия,

- потеря памяти,

- личностные изменения,

закрытый черепной мозговой травма

2. Особенности сестринского ухода за пациентом с закрытой черепно-мозговой травмой

Вследствие ДТП, в МОКБ им. Бояндина в отделение ОАР 3 поступил пациент:

Statuspresents: Состояние тяжелое, обусловлено тяжестью травмы, шоком. Кожа и видимые слизистые бледноваты. АД 90/60 мм.рт.ст. PS - 110 в минуту, ритмичный. Тоны сердца приглушены. Обе половину грудной клетки симметричны, участвуют в акте дыхания. ЧДД 24 в минуту. Дыхание проводится во все отделы, хрипов нет. Живот мягкий, на пальпацию не реагирует. Моча светлая.

Проведенные исследования:

) 1.05.2011 МСКТ головного мозга и костей мозгового черепа.

) 3.05.2011 МСКТ головного мозга и костей мозгового черепа.

Заключение: геморрагические очаги ушиба в обеих лобных долях, больше справа. САК. Отек лобно-теменно - затылочных областей обоих гемисфер.

) 3.05 2011 рентгенография на открытом (платном) аппарате.

Заключение: С7 позвонок "не пробит", оценка его невозможна. Нарушения целостности тел С2-6 не выявленно.

) 3.05.2011 ЭКГ в реанимации.

Заключение: PQ = 0,18" RR = 0,72" ЧСС = 83 в минуту, синусовый ритм. Нарушения процессов реполяризации в миокарде.

) 10.05.2011 МСКТ головного мозга и костей мозгового черепа.

Заключение: В сравнении с результатами исследования от 3.05.2011года, геморрагические очаги ушиба в медиа - базальных отделах лобных долей обоих полушарий головного мозга уменьшились в размерах полостные характеристики их снизились за счет перецветания и рассасывания крови. Несколько уменьшилась степень перифокального отека.

) 1.05.2011 (67002) Исследование крови на гематологическом анализаторе - 1- показателей - полуавтомат.

) (67097) Кальций - автомат.

) Заключение: кальций, ммоль/л - 2,38.

) (67120) Коагулограмма в лаборатории ОАР.

) (67203) КЩС, газы крови, электролиты, гемоглобин и гематокрит, глюкоза.

) (67215) Комплексное биохимической исследование №2 (глюкоза, мочевина, билирубин, креатинин, белок, АЛТ, АСТ, альфа - амилаза) автомат.

) (83008) Общий анализ мочи в дежурной лаборатории - белок качественно.

) (67004) ОАК (клинич.) - 12 показ. Исследование крови на гем.анализаторе + лейкоформула + СОЭ.

Консультации:

- Уролог от 05.05.2011 года.

- Нейрохирург от 25.05.2011 года.

- Невролог 1 раз в 6 месяцев.

Наблюдение за пациентом

Нарушенные потребности:

- Дышать

- Есть, пить

- Спать, отдыхать

- Двигаться

- Быть здоровым

- Общаться

Проблемы:

- Головные боли в следствии закрытой черепно- мозговой травмы.

- Дискомфорт, связанный с ограничением движения, нарушением целостности кожных покровов, изменением АД.

- Ограничение подвижности вследствие подключенных аппаратов ИВЛ, зонда для кормления, мочеприемника.

Психологические проблемы:

- Нарушение сознания, бред вследствие травмы

- Дефицит знаний о заболевании и состоянии

Приоритетные проблемы:

- Дискомфорт, связанный с ограничением движения

Потенциальные проблемы:

- Риск развития осложнений

Цели сестринского ухода:

- Пациент будет чувствовать себя удовлетворительно к моменту выписки

- У пациента не возникнет осложнений после проведенных сестринских вмешательств

- Профилактика возможных осложнений, профилактика пролежней

- (оболочечно-мозговые рубцы, субарахноидальные и внутримозговые кисты, аневризмы, поражения черепных нервов)

Уход за пациентом

) Информирование родственников о заболевании.

) Обеспечение режима двигательной активности - строгий постельный режим. Создание в постели комфортного положения - с приподнятым головным концом, на противопролежневом матрасе.

) Обеспечение санитарно - эпидемиологического режима в палате.

) Аэротерапия - проветривание 1-2 раза в сутки

) Контроль влажной уборки в палате

) Соблюдение асептики и антисептики

) Обеспечение санитарно - гигиенического режима

) Стрижка ногтей, смена постельного белья, гигиеническая обработка тела и слизистых, уход за подключичным и внутривенным катетером, введение и уход за мочевым катетером.

) Контроль состояния: АД,ЧДД, пульс, температура тела, сознание, состояние кожных покровов и видимых слизистых, суточный диурез, локализация и характер болей, объем и состав получаемой жидкости в сутки, массу тела. [15]

) Диетотерапия пациента

) Отказывается есть самостоятельно, переведен на зондовое питание. Получает мясные мясные бульоны, молочные смеси (через зонд).

) Подготовка пациента к инструментальным и лабораторным обследованиям не требуется из за состояния пациента. Все процедуры проводятся в палате. [17]

) Выполнение врачебных назначений (препараты, вводимые при заболевании), контроль возможных побочных эффектов. [18]

) Документирование деятельности медицинской сестры:

) Заполнение листа назначений

) Заполнение температурного листа

) Оформление заявок в аптеку на медикаменты

) Оформление направлений

Заключение

Проанализировав литературные источники по теме закрытых черепно- мозговых травм было выявлено, что данная травма протекает достаточно тяжело, особенно у пациентов со сдавлением головного мозга в следствии ушиба тяжелой степени. Такие травмы тяжело диагностируются и лечение у таких пациентов более длительное и данные пациенты нуждаются в долговременном уходе за счет нахождения в коме.

Проведя анализ карты стационарного больного выяснили, что состояние пациента тяжелое, обусловлено тяжестью травмы, шоком, в следствии чего находится длительное время на аппарате ИВЛ. Пациент не может самостоятельно принимать пищу и получает питание через назогостральный зонд. Вынужден находиться на строгом постельном режиме, что усиливает риск развития пролежней.

Исходя из этого, особенности сестринского ухода за такими пациентами будут направлены на точное выполнение врачебных назначений, контролю состояния пациента и возможных побочных эффектов от вводимых препаратов. Проведение профилактики возможных осложнений, таких как риск развития пролежней, застойной пневмонии. Грамотное проведение диагностических исследований, а так же рассказать родственникам пациента о его заболевании, возможных последствиях и лечении. Помогать пациентам осуществлять гигиеническую обработку тела. Следить за введенными катетерами. Если пациент находиться на аппарате ИВЛ, то должны уметь проводить ему санацию верхних и нижних дыхательных путей. Осуществлять постановку назогастрального зонда.

Исходя из этого мы выяснили , что медицинская сестра очень важна для осуществления ухода за пациентами.

Список литературы

) Ситель А.Б., Тетерина Е.Б., Аванесова Т.С. Журналы "Традиционная медицина" 2007 г. http://www.tradmed.ru/n8\_8.shtml- применение иглорефлексотерапии в комплексном лечении последствий закрытой черепно- мозговой травмы.

) Щербакова Т. Справочник "Сестринское дело" издание 6, издательство "Феникс" Ростов-на-Дону, 2008год, стр. 377-383

) Буянов В.М., Нестеренко Ю.А. Учебная литература. Для учащихся медицинских училищ. "Хирургия" издательство "Медицина" Москва, 1990год, стр.277-283

) Михайлович В.А Руководство для врачей скорой помощи., 2-е издание, издательство "Медицина" 1990 год, стр. 494-502

) В.Е. Парфенова, Д.В. Свистова издательство Фолиант, Санкт-Петербург 2004, стр. 87-95, стр 296-300

) Древаля О.Н., Парфенов В.Е., Свистов Д.В. "Руководства по нейрохирургии" в 2томах. Лекции по нейрохирургии. Издательство Фолиант, 2004 г

) Котельников Г.П., Миронов С.П. Травматология. Национальное руководство. Москва, 2008 год. Стр. 453

Примечание

1) Диенцефально- катаболитический синдром - тип течения после операционного периода, развивающийся в результате хирургических манипуляций в области дна III желудочка при удалении медиально-базальных менингиом, эпендиом III желудочка, фарингиом и аденом гипофиза с ретро- и супрасселярным ростом.

) Мезенцефалобульбарный синдром - тяжелая степень ушиба ствола головного мозга. Характерна брадикардия, гипотермия, гипотония, брадипноэ на фоне угнетенной сознательной деятельности.

) Гомолатеральная анизокория - расширение зрачка с той же стороны тела, что и пораженное полушарие головного мозга.

) Анизокория - симптом характеризующийся размером зрачков, правого или левого глаза. Как правило, один зрачок ведет себя нормально, а второй в зафиксированном положении.

) Фокальный припадок - локализованная (фокальная) (парциальная) идиопатическая эпилепсия и эпилептические синдромы с судорожными припадками с фокальным началом

) Экстензорная спастичность обусловлена повышенным мышечным тонусом в мышцах разгибателях. Конечности разогнуты, отводятся от тела человека.

) Гематоэнцефалитический барьер - физиологический барьер между кровеносной системой и ЦНС. Главная функция: поддержание гомеостаза мозга. Он защищает нервную ткань от циркулирующих в крови микроорганизмов, токсинов, клеточных и гуморальных факторов иммунной системы, которые воспринимают ткань мозга, как чужеродную. ГЭБ выполняет роль высокоселективного фильтра, через который из кровеносного русла в мозг поступают питательные вещества, а в обратном направлении выводятся продукты жизнедеятельности нервной ткани.

) Прогредиентный - постепенно нарастающие изменения (прогрессирующий)

) Экстензорные движения - разгибание конечности

) Мидриаз - расширение зрачка.

) Шкалу комы Глазго - шкала для оценки степени нарушения сознания и комы детей старше 4-х лет и взрослых.

) Лучевые методы диагностики - методы основанные на результатах показаний МРТ, КТ и рентгенографии.

) Эхоэнцефалография - метод исследования головного мозга с помощью ультразвука.

) Уход за пролежнями:

- Моют и сушат руки, надевают перчатки.

- Пациента поворачивают на бок.

- Обрабатывают кожу спины салфеткой, смоченной теплой водой.

- Обсушивают кожу сухим полотенцем.

- Делают массаж мест, в которых часто образуются пролежни.

- Смазывают кожу стерильным вазелиновым или прокипяченным растительным маслом.

- Образовавшиеся пролежни обрабатывают кварцеванием, начиная с 1 - 2 мин и постепенно увеличивая время экспозиции до 5 - 7 мин.

- Под места образования пролежней подкладывают ватно-марлевые круги или резиновые круги в наволочке.

- Осматривают постель пациента, удаляют крошки после приема пищи.

- Мокрое и загрязненное постельное и нательное белье немедленно меняют.

- При смене постельного и нательного белья следят, чтобы на них в местах образования пролежней не было швов, заплаток, складок.

- Места покраснения кожи обрабатывают слабым раствором перманганата калия.

- В отделении для наилучшей профилактики используются протевопролежневые матрасы.

) Отделение снабжается:

- Противопролежневыми матрасами

- Пресс- массажерами для больных с ОНМК

- Стол- вертикализатор для больных с ОНМК

- Система обогрева и охлаждения пациентов

- Новые аппараты ИВЛ

- Наркозные аппараты Drager с мониторами слежения за пациентом и газоанализатором

- УЗИ аппарат для постановки подключичного, яремного, бедренного и др. катетеров

- Новый аппарат ЭКГ с кардиоверсией

) Кормление пациентов через зонд

Цель: введение зонда и кормление пациента.

Показания: травма, повреждение и отек языка, глотки, гортани, пищевода, расстройство глотания и речи, бессознательное состояние, отказ от пищи при психических заболеваниях, нерубцующая язва желудка.

Противопоказания: язвенная болезнь желудка в стадии обострения.

Оснащение: стерильные: зонд 8 - 10 мл в диаметре, воронку 200 мл или шприц Жане, глицерин, салфетки, раствор фурациллина 1:2000, зажим, фонендоскоп, 3-4 стакана теплой пищи.

На зонде делают метку: вход в пищевод 30 - 35 см, в желудок 40 - 45 см, 12-перстную кишку 50 - 55 см. Пациент садится, если нет противопоказаний. Ход зондирования: осмотр носовых ходов зонд смазывают вазелином и вводят. Если пациент без сознания: положение лежа, голову поворачивают на бок. Зонд оставляют на весь период искусственного питания, но не более 2 - 3 недель. Проводят профилактику пролежней слизистой.

Таблица 2 Кормление пациентов через зонд

|  |  |
| --- | --- |
| ЭТАПЫ | ПРИМЕЧАНИЕ |
|  ПОДГОТОВКА К ПРОЦЕДУРЕ |
| 1. Установить доверительные отношения с пациентом (или с его родственниками). |   |
| 2. Объяснить цель процедуры, получить его (их) согласие, объяснить последовательность действий за 15 минут до кормления. Рассказать пациенту, чем его будут кормить. | Перед кормлением проветрить помещение. |
| 3. Вымыть руки, осушить. |   |
| 4. Придать пациенту высокое положение Фаулера и определить длину вводимого зонда, измерив расстояние от полости рта до желудка. | (или другим способом, например, рост в см - 100), поставить метку. |
| 5. Налить в лоток раствор фурациллина 1:2000 и погрузить в него зонд до отметки. | Смачивание зонда облегчает введение его в желудок. |
| 6. Уложить пациента на спину, подложив подушку под голову и шею, поместив на грудь салфетку. | Голова слегка наклонена вперед. Создаются условия, обеспечивающие свободное прохождение зонда в области носоглотки. |
|  ВЫПОЛНЕНИЕ ПРОЦЕДУРЫ |
| 1. Надеть перчатки. |   |
| 2. Ввести через носовой ход тонкий желудочный зонд на глубину 15 - 18 см, затем придать пациенту положение Фаулера (полусидя) и предложить заглатывать зонд до метки. | Обеспечивается свободное продвижение зонда в желудок. |
| 3. Набрать в шприц Жане воздух 30 - 40 мл и присоединить его к зонду. |   |
| 4. Ввести воздух через зонд в желудок под контролем фонендоскопа. | Выслушиваются характерные звуки, свидетельствующие о нахождении зонда в желудке. |
| 5. Отсоединить шприц и наложить зажим на зонд, поместив наружный конец зонда в лоток. | Предупреждается вытекание содержимого желудка. |
| 6. Зафиксировать зонд отрезком бинта и завязать его вокруг лица и головы пациента. | Обеспечивается фиксация зонда. |
| 7. Снять зажим с зонда, подсоединить воронку или использовать шприц Жане без поршня и опустить до уровня желудка. | Воздух выходит из желудка. |
| 8. Наклонить слегка воронку и влить в нее подготовленную пищу, подогретую на водяной бане до 38 - 40 °С, постепенно поднимать воронку до тех пор, пока пища не останется только в устье воронки. | Предупреждение попадания воздуха в желудок. |
| 9. Опустить воронку до уровня желудка и повторить введение пищи в желудок. |   |
| 10. Промыть зонд чаем или кипяченой водой после кормления. |   |
|  ОКОНЧАНИЕ ПРОЦЕДУРЫ |
| 1. Наложить зажим на конец зонда, снять воронку и обернуть конец зонда стерильной салфеткой, зафиксировать. |   |
| 2. Поместить конец зонда с зажимом в лоток, или зафиксировать петлей бинта на шее пациента до следующего кормления. |   |
| 3. Снять перчатки, продезинфицировать. |   |
| 4. Вымыть руки, осушить |   |
| 5. Уложить пациента в удобное положение, создать полный покой, наблюдение. |   |

) Проводимые процедуры:

. Забор крови на анализ из перефирической вены

.1. Подготовка к процедуре:

.1.1. Убедиться в наличии у пациента информированного согласия на предстоящую процедуру. В случае отсутствия такового, уточнить дальнейшие действия у врача.

.1.2. Вымыть и осушить руки.

.1.3. Подготовить необходимое оснащение.

.1.4. Предложить пациенту занять удобное положение: сидя или лежа.

.1.5. Выбрать и осмотреть/пропальпировать область предполагаемой венепункции во избежание возможных осложнений.

.1.6. При выполнении венепункции в область локтевой ямки - предложить пациенту максимально разогнуть руку в локтевом суставе, для чего подложить под локоть клеенчатую подушечку.

.1.7. Наложить жгут (на рубашку или пеленку) так, чтобы при этом пульс на ближайшей артерии пальпировался, попросить пациента несколько раз сжать кисть в кулак и разжать, затем зажать кисть в кулак.

.1.8. При выполнении венепункции в область локтевой ямки - наложить жгут в средней трети плеча, пульс проверить на локтевой артерии. 1.9. Надеть перчатки (нестерильные).

.2. Выполнение процедуры.

.2.1. Последовательно обработать кожу двумя спиртовыми шариками: первым большую зону и сбросить его в дезинфектант, вторым - непосредственное место пункции и сбросить его, третий зажать по пятым пальцем левой руки.

.2.2. Взять шприц, фиксируя указательным пальцем канюлю иглы. Остальные пальцы охватывают цилиндр шприца сверху.

.2.3. Натянуть кожу в области венепункции, фиксируя вену. Держать игу срезом вверх, параллельно коже, проколоть ее, затем ввести иглу в вену (не более, чем на ½ иглы). При попадании иглы в вену, ощущается "попадание в пустоту"

.2.4. Убедиться, что игла в вене: потянуть поршень на себя, при этом в шприц должна поступить кровь. Предупредить пациента не разжимать кулак.

.2.5. Натянуть в шприц необходимое количество крови.

.2.6. Развязать / ослабить жгут и попросить пациента разжать кулак.

.3. Окончание процедуры.

.3.1. Прижать к месту венепункции салфетку/ватный шарик с кожным антисептиком. Извлечь иглу, попросить пациента держать салфетку / ватный шарик у места венепункции 5-7 минут, прижимая большим пальцем второй руки. Время, которое пациент держит салфетку/ватный шарик у места венепункции (5-7 минут), рекомендуемое.

.3.2. Убедиться, что наружного кровотечения в области венепункции нет.

.3.3. Выпустить кровь в пробирку по стенке, не касаясь ее наружных краев.

.3.4. Сбросить шприц и использованный материал в емкость для дезинфекции.

.3.5. Через 5-7 минут сбросить шарик пациента в дезинфектант.

.3.6. Снять перчатки, поместить их в емкость для дезинфекции.

.3.7. Вымыть и осушить руки (с использованием мыла или антисептика).

.3.8. Сделать соответствующую запись о результатах выполнения в медицинскую документацию или оформить выполнение.

.3.9. Организовать доставку в лабораторию.

. Забор мочи на анализ из мочеприемника

) Вводимые препараты:

Преднизолон - синтетический глюкокортикоидный лекарственный препарат средней силы. Вводится внутримышечно и внутривенно.

Возможные побочные эффекты:

- Со стороны эндокринной системы: синдром Иценко-Кушинга, увеличение массы тела. Гипергликемия вплоть до развития стероидного диабета, истощение (вплоть до атрофии) функции коры надпочечников.

- Со стороны пищеварительной системы: после применения препарата у человека особенно исчезает способность переваривать молочные продукты, исключением являются кисломолочные продукты, которые напротив помогут вывести преднизолон из организма.

- Со стороны обмена веществ: повышение выведения калия, задержка натрия в организме с образованием отёков, отрицательный азотистый баланс.

- Со стороны сердечно-сосудистой системы: артериальная гипертензия.

- Со стороны свертывающей системы крови: повышение свертываемости крови.

- Со стороны костно-мышечной системы: остеопороз, асептический некроз костей.

- Со стороны органа зрения: задняя субкапсулярная катаракта, увеличение внутриглазного давления, глаукома, экзофтальм.

- Со стороны центральной нервной системы: психические расстройства.

- Эффекты, обусловленные иммунодепрессивным действием: снижение сопротивляемости к инфекциям, замедленное заживление ран.

Дексаметазон - мощный глюкокортикоидный препарат. Вводится внутримышечно и внутривенно. Возможные побочные эффекты:

- Со стороны эндокринной системы: снижение толерантности к глюкозе, стероидный сахарный диабет или манифестация латентного сахарного диабета, угнетение функции надпочечников, синдром Иценко-Кушинга

- Со стороны пищеварительной системы: тошнота, рвота, панкреатит, стероидная язва желудка идвенадцатиперстной кишки, эрозивный эзофагит, кровотечения и перфорация ЖКТ, повышение или снижение аппетита, нарушение пищеварения, метеоризм, икота

- Со стороны сердечно-сосудистой системы: аритмии, брадикардия (вплоть до остановки сердца); развитие (у предрасположенных пациентов) или усиление выраженности сердечной недостаточности повышение артериального давления, гиперкоагуляция, тромбозы.

- Со стороны нервной системы: делирий, дезориентация, эйфория, галлюцинации, маниакально-депрессивный психоз, депрессия, паранойя, повышение внутричерепного давления, нервозность или беспокойство, бессонница, головокружение, вертиго, псевдоопухоль мозжечка, головная боль, судороги.

- Со стороны органов чувств: внезапная потеря зрения (при парентеральном введении в области головы, шеи, носовых раковин, кожи головы возможно отложение кристаллов препарата в сосудах глаза), задняя субкапсулярная катаракта, повышение внутриглазного давления с возможным повреждением зрительного нерва, склонность к развитию вторичных бактериальных, грибковых или вирусных инфекций глаз, трофические изменения роговицы, экзофтальм.

- Со стороны обмена веществ: повышенное выведение кальция, гипокальциемия, повышение массы тела, отрицательный азотистый баланс (повышенный распад белков), повышенная потливость. Обусловленные минералокортикоидной активностью - задержка жидкости и натрия (периферические отеки), гипернатриемия, гипокалиемический синдром (гипокалиемия, аритмия, миалгия или спазм мышц, необычная слабость и утомляемость).

- Со стороны кожных покровов и слизистых оболочек: замедленное заживление ран, петехии, экхимозы, истончение кожи, гипер- или гипопигментация, угри, стрии, склонность к развитию пиодермии и кандидозов. Аллергические реакции: генерализованные (кожная сыпь, зуд, анафилактический шок),

- Местные: жжение, онемение, боль, покалывание, гиперемия в месте введения, инфекции в месте введения, редко - некроз окружающих тканей, образование рубцов в месте инъекции; атрофия кожи и подкожной клетчатки при в/м введении (особенно опасно введение в дельтовидную мышцу).

- Прочие: развитие или обострение инфекций, лейкоцитурия, синдром "отмены". При в/в введении: аритмии, "приливы" крови к лицу, судороги.

Лазикс - петлевой диуретик. Вводится внутримышечно и внутривенно. Возможные побочные эффекты:

- Со стороны сердечно-сосудистой системы: снижение АД, ортостатическая гипотензия, коллапс, тахикардия, аритмии, снижение ОЦК.

- Со стороны ЦНС и периферической нервной системы: головокружение, головная боль, миастения, судороги икроножных мышц (тетания), парестезии, апатия, адинамия, слабость, вялость, сонливость, спутанность сознания.

- Со стороны органов чувств: нарушения зрения и слуха.

- Со стороны пищеварительной системы: снижение аппетита, сухость во рту, жажда, тошнота, рвота, запоры или диарея, холестатическая желтуха, панкреатит (обострение).

- Со стороны мочеполовой системы: олигурия, острая задержка мочи (у больных с гипертрофией предстательной железы), интерстициальный нефрит, гематурия, снижение потенции.

- Со стороны системы кроветворения: лейкопения, тромбоцитопения, агранулоцитоз, апластическая анемия.

- Со стороны водно-электролитного обмена: риск развития тромбоза и тромбоэмболии, гипокалиемия, гипонатриемия, гипохлоремия, гипокальциемия, гипомагниемия, метаболический алкалоз.

- Со стороны обмена веществ: гиповолемия, гипокалиемия, гипонатриемия, гипокалиемический метаболический алкалоз (как следствие этих нарушений - артериальная гипотензия, головокружение, сухость во рту, жажда, аритмия, мышечная слабость, судороги), гиперурикемия (с возможным обострением подагры), гипергликемия.

- Аллергические реакции: пурпура, крапивница, эксфолиативный дерматит, многоформная экссудативная эритема, васкулит, некротизирующий ангиит, кожный зуд, озноб, лихорадка, фотосенсибилизация, анафилактический шок.

- Прочие: при в/в введении (дополнительно) - тромбофлебит, кальциноз почек у недоношенных детей.