

ЧАСТНЫЕ ВИДЫ ХИРУРГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ

ГЛАВА 12

ХИРУРГИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ГОЛОВЫ, ЛИЦА, ПОЛОСТИ РТА

12.1. Методы обследования

Объективные методы. *Опрос.* Учитываются сведения, полученные от больного (при наличии сознания), родственников, сопровождающих лиц, а при травме и свидетелей происшествия. Ценные данные можно получить от медицинского персонала, оказавшего первую доврачебную или врачебную помощь и доставившего пациента в больницу. Чрезвычайно важны такие признаки, как нарастание брадикардии, урежение дыхания, подъем температуры, так как они свидетельствуют о тяжелом прогрессирующем поражении головного мозга. При сборе анамнеза необходимо уделить внимание сопутствующим заболеваниям, так как сосудистые новообразования, аневризмы, опухоли мозга могут осложняться внутричерепным кровоизлиянием даже при незначительной травме головы.

Осмотр. При осмотре области лица нетрудно диагностировать врожденные дефекты верхней губы (заячья губа), воспалительные заболевания (рожистое воспаление, фурункул, карбункул), доброкачественные (атерома, липома) и опухоли наружной локализации (кожи лица, губ, языка). Наклонное положение головы в сочетании с асимметрией лица позволяет диагностировать врожденную кривошею. При двустороннем выпячивании глазных яблок (экзофтальм) следует заподозрить заболевание щитовидной железы и проверить «глазные» симптомы. Западение глазного яблока (энтофтальм), сужение зрачка (миоз) и сужение глазной щели за счетптоза верхнего века носит название синдрома Горнера и связано со сдавлением симпатического нерва в области шеи (опухоль, метастазы, зоб, аневризма, натечный абсцесс).

Односторонний экзофтальм свидетельствует о патологическом процессе в глазнице (опухоль глазницы, ретробульбарная гематома, тромбофлебит глазничных вен). Необходимо оценить состояние конъюнктивы (кровоизлияние, воспаление), роговицы, форму зрачка, его размеры, реакцию на свет.

При травмах и воспалительных заболеваниях следует определить размеры припухлости (гематома, отек), а также динамику процесса, склонность к распространению или рассасыванию. При фурункуле, карбункуле необходимо оценить состояние лицевых вен. Гиперемия, болезненное уплотнение по ходу вены свидетельствуют о тромбозе и требуют немедленного лечения.

При травмах необходимо тщательно осмотреть кожные покровы волосистой части головы, так как можно легко просмотреть как ранение кожных покровов, так и перелом костей черепа. Кровотечение из ушей и носа в сочетании с бессознательным состоянием свидетельствует о тяжелой черепной травме, переломе основания черепа.

Для осмотра внутренней поверхности губ между I и II пальцами обеих рук захватывают наружные участки нижней губы и отворачивают ее книзу. Обращают внимание на состояние слизистой оболочки, наличие язвенных дефектов и уплотнений (опухоль), воспалительные изменения (стоматит). Тщательно осматривают десны, определяют состояние зубов, отмечают количество недостающих и кариозных зубов. У больных с сепсисом на слизистой оболочке рта иногда обнаруживают кандидозный стоматит (молочница) в виде множества белых налетов, по виду напоминающих островки створоженного молока. Такая же картина наблюдается при передозировке антибиотиков, приводящей к возникновению кандидоза.

Необходимо оценить состояние языка — наличие налета, влажности, атрофии сосочков (при авитаминозах и опухолях), язв и дефектов слизистой оболочки. На языке встречаются так называемые лейкоплакии (серовато-белые плоские утолщения различной формы), которые могут привести к развитию рака. Для осмотра дна полости рта язык приподнимают, обращают внимание на наличие просвечивающихся ретенционных слизистых кист, длину уздечки языка. Короткая уздечка мешает ребенку сосать молоко. При осмотре можно обнаружить воспаление дна полости рта (ангина Людвига). Для определения проходимости выводящих протоков поднижнечелюстной слюнной железы надавливают на железу со стороны подчелюстной области.

Пальпация. Ощупывание дает возможность установить распространение патологического процесса. Давлением пальцами на лобную кость можно определить воспаление в лобных синусах. Пальпация верхней и нижней челюсти позволяет определить подвижность отломков зубов — патологическую подвижность при переломах. При обширных гематомах и воспалительном отеке для выяснения состояния глазного яблока большими пальцами обеих рук осторожно раздвигают набухшие веки.

Дополнительные методы. Ведущее значение имеют классические рентгенологические методы. При травмах, подозрении на воспали-

тельные процессы, опухоли головного мозга выполняют рентгенограммы черепа обязательно в двух проекциях — прямой и боковой. Большое значение имеет исследование спинномозговой жидкости, забор которой осуществляется с помощью игл Бира с манометром. Пункцию спинномозгового канала проводят на уровне III—IV поясничных позвонков. Для уточнения диагноза проводят энцефалографию головного мозга с целью выявления внутренних гематом; компьютерную томографию и магнитно-резонансную томографию для определения опухолей мозга, гематом; электроэнцефалографию для установления поражения коры головного мозга при черепно-мозговых травмах; электромиографию для регистрации работы мышц. Ангиографию используют для выявления сосудистых поражений головного мозга.

12.2. Врожденные пороки развития

Врожденные пороки развития возникают в процессе внутриутробного развития плода. Нередко врожденные дефекты передаются по наследству. Рассмотрим наиболее часто встречающиеся пороки.

Расщелина верхней губы («заячья губа») — один из наиболее часто встречающихся пороков развития с частотой 1 случай на 1 000 новорожденных. Встречается одно- или двухсторонняя вертикальная расщелина губы, которая обезображивает лицо, нарушает сосание молока (отсутствие вакуума в ротовой полости), глотание и может привести к аспирации молока и развитию тяжелой пневмонии. Новорожденные плохо сосут молоко, поперхиваются, грудное вскармливание часто становится невозможным. Пластическая операция проводится у детей в первые 3 сут после рождения. При наличии противопоказаний (пневмония, родовая травма, недоношенность) ее откладывают до 3 мес.

Расщелина твердого неба и верхней челюсти («волчья пасть») также относится к частым порокам развития (1 случай на 1 200 новорожденных). При этом нарушается кормление ребенка, так как молоко затекает в полость носа и вытекает наружу. Ребенка приходится кормить с ложки, используя плавающий obturator из пластмассы, который разъединяет полость носа и рта. С возрастом у таких детей нарушается фонация, речь становится гнусавой, невнятной, значительно понижается слух. Пластическую операцию по закрытию неба следует выполнять в возрасте 2—4 лет.

Макростомия («большой рот») — незаращение углов рта — сопровождается постоянным слюнотечением и раздражением кожи слюной. Хирургическое лечение проводится в возрасте старше 1 года. *Колобома* — косая боковая щель, идущая от внутреннего угла глаза к верхней губе. Она может быть одно- или двусторонней.

Помимо косметического дефекта часто развиваются конъюнктивиты, может нарушаться процесс вскармливания ребенка. Хирургическое лечение проводят в возрасте 1 года.

К порокам развития мозгового скелета относят черепно-мозговую грыжу, гидроцефалию, краниостеноз.

Черепно-мозговая грыжа — редкий порок развития, при котором через дефекты в костях черепа пролабируют оболочки мозга, а иногда и его вещество. При осмотре ребенка определяется опухольное образование, покрытое кожей, безболезненное при пальпации. Наиболее частая локализация грыжи — область переносицы, у внутреннего угла глаза или в затылочной области. Хирургическое лечение проводят в возрасте 1—3 лет.

Гидроцефалия — расширение желудочков мозга и субарахноидального пространства за счет избыточного количества ликвора. При рождении отмечается увеличение окружности черепа, истончение и расхождение костей скелета, выраженная подкожная венозная сеть, выбухание родничков. Могут быть неврологические расстройства. Лечение начинают с консервативных мероприятий (снижают внутричерепное давление). При прогрессирующей гидроцефалии выполняют операцию.

Краниостеноз — недостаточные размеры черепа, препятствующие развитию головного мозга. При этом нарушается рост костей черепа и происходит преждевременное закрытие швов. У больных развивается прогрессирующая гидроцефалия и атрофия мозга. Хирургическое лечение направлено на увеличение объема черепа.

12.3. Поверхностные травмы черепа и головного мозга

Все травмы черепа и головного мозга можно разделить на поверхностные и глубокие. К поверхностным относят ушибы и разрывы мягких тканей. К глубоким (черепно-мозговые травмы) относят закрытую и открытую черепно-мозговую травму.

Ушибы мягких тканей головы. Клиническая картина. Ушибы мягких тканей головы возникают при ударе по ней твердым предметом. При этом могут повреждаться сосуды и образуются подкожные и подпонаевротические гематомы. Последние распространяются на значительные расстояния, имеют разлитой характер с флюктуацией в центре. Подкожные гематомы выступают над окружающей кожей, четко отграничены от окружающих тканей.

Тактика. Фельдшер накладывает давящую повязку. Холод применяют в течение 1-х суток.

Лечение. Основное лечение консервативное: давящая повязка, покой, тепловые процедуры со 2-х суток после травмы. При

больших гематомах проводится пункция толстой иглой и удаление крови, а затем накладывается асептическая давящая повязка. При нагноении гематомы вскрывают и дренируют.

Ранение мягких тканей головы. Клиническая картина. Раны мягких тканей головы характеризуются некоторыми особенностями: обильное кровотечение, даже при незначительных повреждениях; зияние краев, если рассечен апоневроз; отслойка мягких тканей при ушибленных ранах. При попадании волос и движущиеся механизмы возникают обширные скальпированные раны, когда вместе с волосами отрывается значительная часть кожных покровов.

Тактика. Фельдшер оказывает такую же помощь, как при ранах любой локализации. Кожную поверхность скальпированного лоскута следует смазать йодом, завернуть в стерильную салфетку; если он оторвался, поместить в полиэтиленовый мешок и опустить его в другой мешок, заполненный холодной водой, снегом или кусочками льда. В подвешенном состоянии лоскут доставляют в стационар вместе с пациентом для последующего подшивания.

Лечение. Основной метод лечения ран — первичная хирургическая обработка. Операция завершается наложением швов. Обязательно иммунизация против столбняка.

12.4. Глубокие травмы черепа и головного мозга

Основными причинами глубокими травм черепа и головного мозга являются дорожно-транспортные происшествия (75%), падение с высоты, уличные травмы, различные агрессии. Черепно-мозговая травма характеризуется высоким уровнем летальности (при тяжелых травмах головного мозга достигает до 80 %).

К закрытым травмам относятся черепно-мозговые повреждения, при которых отсутствуют нарушения целостности мягких тканей покровов головы. Если же они имеются, их расположение не совпадает с проекцией перелома костей черепа. Основными общими симптомами черепно-мозговой травмы являются: потеря сознания, головная боль, тошнота, рвота, ретроградная амнезия (потеря памяти на события, связанные с травмой).

Сотрясение головного мозга. Наиболее частый и наименее тяжелый клинический синдром повреждений — сотрясение головного мозга — возникает при падении на затылок, ударе тупым предметом по нефиксированной голове и транспортной аварии.

Клиническая картина. Возникает острое нарушение сознания, продолжительность которого исчисляется от нескольких секунд до нескольких минут. По тяжести выделяют три степени сотрясения. Часто наблюдаются рвота, обычно однократная, тошнота, бледность кожных покровов, сменяющаяся иногда гипер-

мией, в легких случаях тахикардия, тахипноэ, в тяжелых случаях брадикардия, брадипноэ. Пострадавшие жалуются на головную боль, головокружение, тяжесть в голове, шум в ушах, боль в глазах, яблочки и в области лба, усиливающуюся при ярком свете и движении глаз (симптом Манна — Гуревича). При сборе анамнеза у больного обнаруживается характерная ретроградная амнезия. В области ушиба часто возникает ограниченная припухлость на месте подопоневротической гематомы, мягкая в центре и с плотным валиком по окружности.

Тактика. На протяжении нескольких дней после травмы больные обычно жалуются на головные боли, головокружение, прилив крови к голове, чувство жара, потливость, сердцебиение, бессонницу, раздражительность и легкую утомляемость.

Пострадавшему создают покой, укладывают на спину, под голову подкладывают ватно-марлевый круг или подушку. В положении лежа больного транспортируют в нейрохирургическое отделение, на голову прикладывают холод. При выраженном возбуждении больного необходимо ввести 2—4 мл 0,5 % раствора реланиума (седуксена, сибазона).

Лечение. Проводят дегидратационную терапию введением гипертонических растворов глюкозы, хлорида натрия, 25 % раствора сульфата магния, диуретических и седативных препаратов. Постельный режим определяется индивидуально в зависимости от регрессии симптомов и нормализации гемодинамики. Выздоровление, как правило, наступает через 10—20 сут после травмы.

Ушиб головного мозга. Это тяжелая форма повреждений мозговой ткани в виде размозжений, размозжений и кровоизлияний.

Клиническая картина. Клиника складывается из картины сотрясения и очаговых неврологических явлений (парезы, параличи, патологические глазные рефлексы), наличия или отсутствия «светлого промежутка». Ушиб головного мозга можно разделить на три степени. Легкая степень по сравнению с сотрясением характеризуется большей продолжительностью выключения сознания, наличием негрубой очаговой неврологической симптоматики, не исчезающей в течение 1—й недели после травмы.

При средней степени наблюдаются выраженная очаговая симптоматика, появление негрубых переходящих нарушений жизненно важных функций и тяжелое течение острого периода.

Ушиб головного мозга тяжелой степени характеризуется длительностью сопорозно-коматозного состояния (до нескольких суток), грубой очаговой симптоматикой (парезы, параличи, нарушение глотания, речи, зрения, слуха, патологические глазные рефлексы), отсутствием светлого промежутка, тяжелыми нарушениями функций дыхания, сердечной деятельности и угрожающим жизни течением острого периода.

Тактика. Пострадавшего необходимо уложить на бок или живот с возвышенным головным концом. Под голову подкладывают ватно-марлевый круг или подушку. На голову кладут холод, проводят дегидратационную терапию (внутривенное введение 20 мл 40 % раствора глюкозы), вводят обезболивающие и десенсибилизирующие препараты (анальгин, димедрол). Наркотические анальгетики противопоказаны. При появлении судорог или возбуждении больному необходимо ввести 2—4 мл 0,5 % раствора седуксена (реланиума). При необходимости проводят мероприятия по поддержанию дыхания и сердечной деятельности.

При бессознательном состоянии необходимо осмотреть и очистить полость рта, принять меры по профилактике от западения языка и аспирации рвотных масс (фиксируют язык языкодержателем или прошиванием).

Пострадавшего экстренно госпитализируют в нейрохирургию или реанимацию.

Лечение. В 1-е сутки применяют холод на голову, покой. При тяжелой ушибе мозга лечение направлено на устранение дыхательной недостаточности и гипоксии мозга, явлений отека мозга и уменьшение внутричерепной гипертензии, устранение или предупреждение гипертермии, борьбу с шоком, восстановление кровопотери, коррекцию метаболических нарушений, предупреждение инфекционных и легочных осложнений.

Дыхательную недостаточность устраняют аспирацией слизи из воздухоносных путей, оксигенотерапией. В тяжелых случаях показана длительная интубация трахеи или трахеостомия с последующей управляемой вентиляцией легких. При отеке головного мозга проводится дегидратационная терапия. При длительной утрате сознания питание осуществляется через зонд. С диагностической и лечебной целью проводят люмбальные пункции.

Сдавление головного мозга. Основная причина сдавления головного мозга — внутричерепные гематомы с нарастающим отеком головного мозга. В зависимости от локализации гематом по отношению к оболочкам и веществу мозга различают эпидуральные, субдуральные, внутримозговые, внутрижелудочковые, барахноидальные кровотечения (рис. 12.1).

Синдром сдавления обычно сочетается с остро возникшим сотрясением, ушибом головного мозга или переломом костей черепа, но в отличие от последних проявляется через некоторый период с момента травмы: от нескольких минут, часов до нескольких суток в зависимости от вида поврежденного сосуда, прогрессивно нарастая.

Клиническая картина. Важнейшим диагностическим признаком является — повторная утрата сознания после «светлого промежутка» с нарастающим общемозговых и очаговых неврологических симптомов.

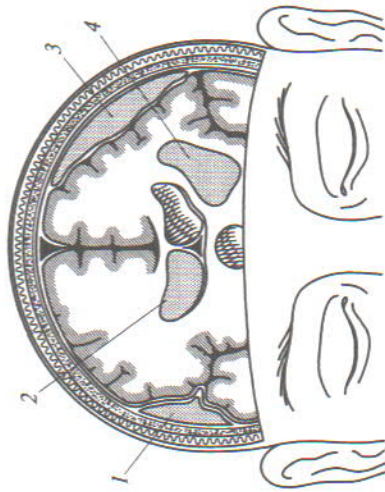


Рис. 12.1. Локализация внутричерепных гематом при черепно-мозговой травме:

1 — эпидуральные; 2 — внутрижелудочковые; 3 — субдуральная; 4 — внутримозговая

Головные боли после травмы не уменьшаются, а продолжают нарастать, принимают распирающий характер. Больной беспокоен, мечется в постели, чаще лежит на стороне гематомы. У него возникают повторные рвоты. Дыхание больного учащается до 50—60 в 1 мин при одновременном замедлении пульса до 60—40 в 1 мин и повышении АД (особенно на стороне, противоположной локализации гематомы). При эпидуральной гематоме «светлый промежуток» обычно короткий, при субдуральной — длительный, очаговые симптомы нарастают медленно. Вслед за возбуждением вскоре наступают адинамия, общая вялость, сонливость, возникают признаки гипоксии в виде цианоза губ и кончика носа. Брадикардия и артериальная гипертензия сменяются коллапсом.

Тактика. Тактика фельдшера такая же, как и при ушибе головного мозга.

Лечение. При эпидуральных и субдуральных гематомах показана экстренная операция — костнопластическая или декомпрессионная трепанация черепа с удалением содержимого гематомы и перевязкой кровотокающего сосуда. Медикаментозная терапия должна быть направлена на устранение отека головного мозга, внутричерепной гипертензии, устранение и предупреждение гипертермии, восстановление кровопотери, борьбу с дыхательной недостаточностью, метаболическими нарушениями и инфекционными осложнениями.

Повреждения костей черепа. Такие травмы делают на переломы свода, основания и комбинированные переломы свода и основания. Переломы сопровождаются клиническими признаками по-

вреждения головного мозга, его оболочек и сосудов, особенно у детей. Симптомы самого перелома обнаруживаются не всегда, обычно при рентгенологическом или специальном хирургическом исследовании.

Переломы свода черепа. Переломы возникают в результате прямой непосредственной травмы и чаще всего приходятся на теменную или лобную кости. При линейных трещинах и большей части вдавленных переломов твердая мозговая оболочка цела. При локализации вдавленного перелома в височной области части ранения ветвей средней оболочечной артерии с развитием гематомы.

Клиническая картина. Отмечаются черепно-мозговые симптомы, иногда легкое течение с кратковременной потерей сознания, головной болью. В тяжелых случаях возникает длительная потеря сознания. Возможны парезы, параличи, нарушение акта глотания, функции речи, хотя очаговых симптомов может и не быть. При оскольчатых переломах со сдавлением мозга, субдуральных гематомах очаговые симптомы присутствуют всегда. Когда формируется гематома, отмечается брадикардия, сменяющаяся тахикардией. Если перелом прошел через содержащий воздух лобные пазухи, отмечается крепитация пузырьков воздуха в подкожной клетчатке лба.

Лечение. Пострадавшим без смещения костей свода черепа или при отсутствии симптомов сдавления головного мозга показано консервативное лечение. Назначают строгий постельный режим, к голове прикладывают холод (пузыри со льдом, обернутые полотенцем) в течение 1-х суток с перерывами через каждые 3 ч на 1 ч. Вводят обезболивающие, седативные, антигистаминные препараты, проводят дегидратационную терапию. При нарастающих явлениях сдавления головного мозга гематомой или за счет отека головного мозга выполняют трепанацию черепа, удаление костных отломков, эвакуацию гематомы.

Переломы основания черепа. Переломы возникают по механизму не прямой травмы как продолженный перелом свода или через травматизацию позвоночником (падение с высоты на голову или на ноги), нижней челюстью, скуловой дугой, сочленяющимися с основанием черепа. При переломах основания черепа часто развивается твердая мозговая оболочка.

Клиническая картина. Помимо черепно-мозговых симптомов наблюдается истечение крови или ликвора из уха, носа (соответствующей ноздри), по задней стенке глотки (абсолютный признак перелома основания черепа). После возвращения сознания у больного обнаруживается утрата обоняния. Кровоизлияние в полость орбиты появляется на 2—3 сут с момента травмы (симптом «очков»); при простых ушибах и кровоизлияниях в области век, глаз кровоизлияние появляется практически в 1-е сутки. Нарастающие плотные кровоподтеки — гематомы образуются в обла-

сти височной впадины, позади уха и сосцевидного отростка. Отмечаются также поражения черепно-мозговых нервов, проходящих через отверстия и каналы костей основания черепа: обонятельных, зрительных (слепота) и глазодвигательных (опущение века, расширение зрачка). Возникает глухота и утрачивается вкус.

Тактика. Необходимо создать пострадавшему покой, уложить его на спину с возвышенным головным концом, под голову подложить круг (ватно-марлевый, резиновый) или подушку. Кровотечение останавливают с помощью давящей асептической повязки. При интенсивном кровотечении из носа или уха необходимо провести переднюю тампонаду носовых ходов или слухового прохода ватными тампонами, смоченными 3 % раствором перекиси водорода. С целью обезболивания вводят 2—4 мл 2 % раствора анальгина, для дегидратации — 20—40 мл 40 % раствора глюкозы. По показаниям вводят сердечные средства, проводят протившоковые мероприятия. На голову кладут пузырь со льдом. Пострадавшего немедленно госпитализируют в нейрохирургическое или травматологическое отделение. Во время транспортировки необходимо наблюдать за сознанием, пульсом, дыханием.

Лечение. Прямые показания к неотложной трепанации черепа возникают в остром периоде лишь ограниченными и по жизненным показаниям, при подозрении на внутримозговое кровоизлияние, осколочных и открытых переломах.

Открытые черепно-мозговые травмы. В мирное время открытые черепно-мозговые травмы встречаются редко и возникают при сильном ударе по голове острым тяжелым предметом (копьем, топором и др.). В военное время причиной открытых черепно-мозговых травм являются огнестрельные раны черепа и головного мозга. Самые тяжелые из них — проникающие ранения, которые сопровождаются повреждением твердой мозговой оболочки, что способствует проникновению в ткани мозга микробов.

Клиническая картина. Проникающие ранения черепа распознаются по местным признакам, общемозговым и очаговым симптомам.

Комплекс местных признаков включает вытекание из раны крови, ликвора, разрушенного мозгового вещества (дебрита); наличие входного и выходного отверстий. Раны черепа обильно кровоточат, поэтому у пострадавших может развиваться коллапс или геморрагический шок.

Общемозговые симптомы включают психомоторное возбуждение, ригидность затылочных мышц и мышц конечностей, нарушение функции тазовых органов (непроизвольное мочеиспускание и дефекация), утрату сознания — от сомноленции (дремотное состояние, медленные и неохотные ответы на вопросы) до

сопора (ответные реакции в виде слабого покалывания руки) и комы (полное отсутствие рефлексов).

Очаговые симптомы появляются, как правило, после улучшения общего состояния раненых.

Тактика. Тактика фельдшера такая же, как и при переломе костей черепа.

Лечение. Осуществляется только оперативное лечение.

12.5. Челюстно-лицевые травмы

Ушибы лица. Причиной этого повреждения служит прямой удар твердым предметом (во время драки, боксирования, от движущегося транспорта) или удар при падении.

Клиническая картина. Симптомами ушиба следующие: ссадины, царапины, поверхностные ранки, отек и гематома, особенно в области век, губ, щек. Нередко припухлость затрудняет распознавание более тяжелых повреждений — переломов.

Тактика. Необходимо обеспечить покой, приложить холод к месту ушиба в течение 1-х суток. Ссадины, мелкие раны промывают водным антисептическим раствором, высушивают, края смазывают спиртосодержащим антисептическим раствором. Повязку не накладывают.

Лечение. Основным является консервативное лечение кровоподтеков и гематом. Со 2-х суток на ушибленную область проводят УВЧ-терапию (5—7 процедур); для рассасывания гематомы применяют парафин или озокерит (10—12 процедур) в сочетании с электрофорезом. Обширные гематомы пунктируют или вскрывают во избежание их инфицирования.

Раны лица. Раны лица могут быть поверхностными, глубокими, проникающими.

Клиническая картина. Особенности ранений лица являются обильное кровотечение при повреждении крупных артерий, вен; значительное зияние краев при рассечении мимических мышц лица; несоответствие между видом пострадавшего и тяжестью повреждения из-за сокращения и смещения кожно-мышечных лоскутов; при повреждении языка, мягкого неба — массивная значительная кровопотери, так как пациент заглывает кровь. Возможна аспирационная асфиксия у пострадавших в бессознательном состоянии.

Тактика. Необходимо уложить пострадавшего на живот или на бок поврежденной стороной и повернуть голову в сторону повреждения. Затем накладывают асептическую давящую повязку. Проверяют проходимость дыхательных путей, удалив из ротовой полости сгустки крови, рвотные массы, инородные тела (сломанные зубы, протезы). Выводят язык (до зубов!) для профилактики

асфиксии. Запрещается извлекать язык изо рта во избежание его прикусывания при транспортировке. Фиксируют язык с помощью воздуховода или булавки и бинтом. Проводят простейшие противошоковые мероприятия. Пострадавшего транспортируют в отделение челюстно-лицевой хирургии.

Лечение. Первичная хирургическая обработка является основой лечения. Лучший шовный материал — конский волос.

Переломы носа. Причинами являются прямой удар кулаком, тяжелым предметом или удар лицом о твердую поверхность при падении, авариях на транспорте.

Часто повреждаются не только кости носа, но и хрящевая перегородка с нарушением слизистой оболочки, поэтому переломы считаются открытыми.

Клиническая картина. Клиническими проявлениями перелома носа являются изменение обычной формы носа, затрудненное дыхание, носовое кровотечение, патологическая подвижность, локальная болезненность. Быстро нарастающий отек и гематома нередко маскируют картину перелома.

Тактика. Необходимо наложить асептическую пращевидную повязку, положить холод на переносицу. Транспортируют пострадавшего в сидячем положении с опущенной на грудь головой.

Лечение. Первичная хирургическая обработка раны и вправление носовых отломков проводятся в первые часы или сутки после травмы. Вправление выполняется под местной анестезией изнутри носовой полости. Для закрепления вправленных отломков и остановки кровотечения проводится тампонада верхнего и среднего носовых ходов на 5—7-е сутки. Тампоны меняются через сутки. Внутрь назначаются антибиотики. Пострадавшим запрещается сморкаться.

Переломы скуловой дуги. Основной причиной этих переломов является прямой удар в скуловую область.

Клиническая картина. При переломе переднего отдела наблюдаются уплощение скуловой области, онемение кожи подглазничной области и неровность нижнего края глазницы; при повреждении стенок верхнечелюстной (гайморовой) пазухи — кровотечение из соответствующей половины носа. Если травмируется верхняя стенка гайморовой пазухи (она же нижняя стенка глазницы), то происходит смещение глазного яблока, возникает диплопия. Для переломов заднего отдела скуловой дуги со смещением характерно ограничение подвижности нижней челюсти (невозможно открыть рот).

Тактика. При изолированных переломах отделов скуловой дуги тактика фельдшера ограничивается созданием покоя, местным применением холода, наложением при необходимости асептической повязки. Пострадавший транспортируется в стационар в сидячем положении или пешком в сопровождении. В случае сочетан-

ной черепно-лицевой травмы оказание помощи проводится по алгоритму действия при черепно-мозговой травме.

Лечение. Проводится лечение в специализированном челюстно-лицевом стационаре. Вправлять смещенные участки скуловой кости лучше в первые часы или дни после травмы для устранения деформаций лица, восстановления подвижности нижней челюсти и освобождения подглазничного нерва от сдавления.

Переломы нижней челюсти. Такие травмы составляют до 75 % всех переломов лицевых костей и возникают вследствие прямого удара в лицо кулаком, тяжелым предметом или удара лицом при падении. По локализации выделяют переломы тела, подбородочного отдела, угла, ветви и альвеолярной части челюсти. Они могут быть одно-, двухсторонними или множественными. Если повреждается слизистая оболочка, то переломы являются открытыми.

Клиническая картина. У пострадавших отмечаются кровоизлияние, боль, нарушение жевания, смыкания зубов, речи, приема пищи, правильного соотношения зубных рядов. При сдавлении челюстей усиливается боль в месте повреждения кости; при пальпации ощущается крепитация отломков. Особенно опасны двухсторонние переломы подбородочного отдела нижней челюсти, так как при этом западает язык и возникает асфиксия.

Тактика. Необходимо обеспечить проходимость дыхательных путей, остановить кровотечение. Иммобилизацию лучше проводить стационарной жесткой подбородочной пращой или пращевидной повязкой.

Лечение. Проводится лечение в стоматологическом стационаре. Основной метод лечения — консервативный: фиксация проволочными шинами в течение 3—6 недель в зависимости от локализации и характера перелома. Фельдшер должен научить пациента уходу за полостью рта и приему пищи.

Переломы верхней челюсти. Травмы возникают от сильного прямого удара по области челюсти или при падении с высоты, транспортных авариях и часто сочетаются с черепно-мозговой травмой.

Клиническая картина. Пострадавшие жалуются на общую слабость, головные боли и боль при глотании. В зависимости от локализации перелома наблюдаются деформация в области носа, уплощение среднего отдела лица. При открывании рта отломки челюсти опускаются вниз, лицо удлиняется. Нарушается смыкание зубов (прикус). Отмечается кровотечение из носа, ротовой полости. Наблюдается симптом «очков» разного происхождения.

Если это местное повреждение костей верхней челюсти и мягких тканей, то симптом возникает сразу после травмы и кровоизлияние распространяется широко за пределы круговой мышцы глаз. При кровоизлиянии, обусловленном повреждением кровеносных сосудов основания черепа, симптом «очков» появляется через не-

сколько часов или суток (1—2 сут) после травмы, локализуется строго в пределах круговой мышцы глаза, гематома с самого начала имеет багровый цвет.

Тактика. Пострадавшему необходимо остановить кровотечение, предупредить аспирацию крови и рвотных масс. При челюсти нижней челюсти и наличии достаточного количества зубов на обеих челюстях накладывают пращевидную повязку, прижав нижнюю челюсть к верхней, или выполняют иммобилизацию жесткой подбородочной пращой. Если зубов недостаточно или повреждены обе челюсти, пращевидную повязку использовать нельзя. В этом случае вводит воздуховод, затем накладывают стандартную жесткую пращу.

Лечение. В стоматологическом стационаре проводится лечение переломов как верхней, так и нижней челюсти.

Вывихи нижней челюсти. Травмы возникают при широком раскрытии рта во время зевоты, крика, пения или лечения зубов. Суставная головка височно-нижнечелюстного сустава выходит из суставной впадины и пальпируется под скуловой дугой. При этом капсула сустава не разрывается, а только растягивается.

Клиническая картина. При двустороннем переднем вывихе рот пострадавшего широко открыт, смыкание зубов невозможно, речь невнятна; глотание и прием пищи затруднены; жевание невозможно; наблюдается обильное слюноотечение. При пальпации впереди козелка определяется глубокая ямка. При одностороннем вывихе рот полуоткрыт, подбородок смещен в здоровую сторону.

Тактика. Необходимо обеспечить покой нижней челюсти в вынужденном положении с помощью пращевидной повязки, уход за отделением слюны (используя клеенчатый нагрудник, салфетки) и быстрее доставить пострадавшего в больницу, чтобы предупредить обезвоживание вследствие обильного слюноотечения.

Лечение. Для ослабления напряжения жевательных мышц вводится 2 % раствор новокаина (2—3 мл) или другого анестетика. Пострадавшего усаживают так, чтобы его нижняя челюсть находилась на уровне локтя врача, помощник фиксирует голову. Большие пальцы рук, обернутые полотенцем, врач помещает на моляры нижней челюсти, а остальными плотно охватывает челюсть и проводит вправление. Пациенту назначается питание полужидкой пищей на 7—10 сут, назначается питание полужидкой пищей.

12.5. Гнойно-воспалительные заболевания

Фурункулы и карбункулы. Фурункулы чаще всего локализуются в области верхней губы, носа, подбородка, височных областей (см. вклейка, рис. 23), карбункулы — в области верхней губы, подбородка, затылка.

Клиническая картина. Локализация фурункулов и карбункулов на лице опасна возможностью развития осложнений: флебитов, тромбозов вен, тромбозов лицевых вен с распространением на вены глазницы, через венозные анастомозы на мозговые оболочки и область пещеристого синуса. Развиваются септикопиемия, гнойный менингит, тромбоз пещеристого синуса. Состояние пациентов при этом резко ухудшается, температура тела повышается до 40 °С, появляются сильная головная боль, бред, рвота, отек вокруг глазницы, экзофтальм. Развитие осложнений провоцирует попытку выдавить фурункул, несоблюдение гигиены, позднее обращение. Способствуют развитию осложнений сеть анастомозов между венами лица и мозга, подвижность мимической мускулатуры.

Тактика. При локализации фурункулов и карбункулов на лице пациента необходимо госпитализировать в гнойное хирургическое отделение, в области носа — в ЛОР-отделение.

Лечение. Назначают антибиотики, повязки с тиретоническим раствором. При абсцедировании вскрывают гнойники. При развитии тромбозов к терапии добавляют антикоагулянты, дезинтоксикационную терапию.

Назначается постельный режим. Больным не разрешают разговаривать. Для питания применяют жидкую и полужидкую пищу.

Остеомиелит нижней челюсти. Это заболевание чаще встречается как осложнение переломов при попадании инфекции из полости рта, носа, уха, зубов или в результате гематогенного заноса из других воспалительных очагов.

Клиническая картина. При остром остеомиелите у пациента появляются сильные пульсирующие боли, покраснение и отек десен, затруднено открывание рта, жевание, расшатываются зубы на стороне поражения. Гнойник может вскрыться в полость рта или наружу, и тогда образуется свищ. Температура тела повышается, появляются симптомы интоксикации. Нередко остеомиелит переходит в хроническое течение с рецидивами.

Осложнениями являются флегмона лица, внутричерепные осложнения, рубцовое сведение челюстей, анкилоз челюстных суставов, деформация челюсти.

Лечение. В стоматологическом отделении проводят лечение остеомиелита. Ликвидируют первичный очаг инфекции (экстракция зуба, лечение воспаления придаточных пазух носа и т.д.). Гнойник вскрывают, дренируют, а после стихания воспаления удаляют секвестры.

Рожистое воспаление. Заболевание часто локализуется на лице.

Клиническая картина. Воспаление начинается остро с повышения температуры, озноба, головной боли. На коже лица появляется покраснение с четкими границами, отеком, кожа лоснится. Постепенно воспаление переходит на волосистую часть го-

ловы. Эритематозная форма рожистого воспаления может перейти в буллезную — появляются пузыри. Флегмонозная и некротическая формы на лице встречаются редко.

Лечение. Пациент должен быть госпитализирован в инфекционное отделение. Проводится консервативное лечение: антибиотики, сульфаниламиды, эритемные дозы УФО, жаропонижающие препараты, обильное питье.

Абсцесс головного мозга. В головном мозге абсцесс возникает при заносе микробов с инородными телами (травматический) или в кровь, лимфу (метастатический). В мирное время причиной абсцессов головного мозга являются гнойные процессы среднего уха и придаточных пазух носа. *Травматические абсцессы* чаще возникают во время военных действий после ранения и различаются по сроку появления: ранние (до 3 мес) и поздние (могут развиваться даже через 20 и более лет). Абсцесс может сформироваться в зоне повреждения вещества мозга и при ушибе. *Метастатические абсцессы* начинаются остро — повышается температура тела, появляются головная боль, рвота, сонливость, недомогание, потеря аппетита. По мере формирования капсулы острые явления стихают, и наступает латентный период, который может длиться несколько недель или месяцев.

Клиническая картина. В стадии формирования абсцесса очаговые симптомы связаны с локализацией гнойника. Прогрессируют общемозговые симптомы из-за нарастания внутричерепного давления: появляются постоянные головные боли, тошнота, рвота, брадикардия, возникают зрительные галлюцинации. Возбуждение сменяется заторможенностью. При абсцессе, расположенном в мозжечке, повышается АД, возникают атаксия, головное головокружение, нистагм. Если абсцесс прорывается на поверхность мозга, возникает менингит, а если в полость четвертого желудочка — моментальная смерть.

При хроническом течении процесса абсцесс головного мозга трудно распознать из-за скудности симптомов, к которым относятся головная боль, вялость, апатия, сонливость. Обнаружить гной в спинномозговой жидкости можно только при прорыве абсцесса в церебральный канал. В этих случаях помогают специальные методы исследования головного мозга — компьютерная томография, реоэнцефалография.

Лечение. Абсцесс головного мозга лечится только оперативно.

Стоматит. Воспаление слизистой оболочки полости рта называется стоматитом. Он возникает как самостоятельное заболевание или как сопутствующее при кори, гриппе, кандидозе и др. Разновидностью стоматита являются *глоссит* — воспаление языка и *гингивит* — воспаление десен. Причинами воспалительных заболеваний ротовой полости могут быть инфекцион-

ные заболевания, авитаминозы, отравления ртутью, курение, употребление крепких спиртных напитков, чрезмерно горячая или холодная, очень кислая или соленая пища и др. Чаще заболевают ослабленные пациенты.

Выделяют разные формы стоматита: катаральный, язвенно-некротический, медикаментозный, травматический и другие, но все они имеют общие признаки.

Клиническая картина. К основным симптомам стоматита относятся жалобы на боль при приеме пищи, отсутствие вкуса, ощущение; покраснение слизистой оболочки ротовой полости, слюнотечение, отек близлежащих тканей, увеличение подчелюстных лимфатических узлов; появление кровоточащих язвочек на деснах. В тяжелых случаях стоматит осложняется флегмоной языка с некрозом слизистой, подлежащего слоя, затрудненным дыханием и глотанием.

Лечение. Основное лечение направлено на устранение причины заболевания и укрепление защитных сил организма. Назначаются антибиотики и сульфаниламиды, антигистаминные препараты (димедрол, супрастин, пипольфен), витаминотерапия. При сильных болях проводят ротовые ванночки с 1–2 % раствором новокаина или другого местного анестетика. Для очищения от некротических масс обрабатывают полость рта большим количеством антисептического водного раствора (0,02 % раствор фурацилина, 0,1 % раствор перманганата калия, 1–2 % раствор бикарбоната натрия) под давлением с помощью кружки Эсмарха. После очищения орошают полость рта аэрозолями «Оксициклозоль», «Ингалипт», «Левовинузоль».

Для ускорения заживления пораженных участков проводится полоскание слабыми антисептическими средствами: отварами трав, 1 % раствором галаскробина.

В предупреждении заболеваний полости рта большое значение имеют правильный уход за зубами, снятие отложений зубного камня, смена плохо прилегающих зубных протезов, лечение кариеса, удаление разрушенных зубов, которые являются очагом инфекции. Санация полости рта особенно важна при сахарном диабете, заболеваниях сердечно-сосудистой системы, у детей и беременных женщин.

Острый паротит. Это воспаление околоушной железы возникает вследствие проникновения микробов из полости рта в слюнную железу. Предрасполагающими факторами являются ослабление иммунитета, нарушение выделения слюны у обезвоженных больных при инфекционных заболеваниях, в операционном периоде.

Клиническая картина. К основным симптомам относятся боль и припухлость в области околоушной железы, затруднено раскрытие рта, температура тела повышается до 39–40 °С.

Напряжение тканей постепенно растёт, кожа околоушной области краснеет, но плотная фасция, окружающая железу, не позволяет обнаружить флюктуацию. Прорыв гноя происходит поздно. Общее состояние пациента ухудшается, отек распространяется на шею, подчелюстную область, мягкое нёбо и боковую стенку глотки. У ослабленных больных с гнойным паротитом прогноз неблагоприятный. Заболевание может осложниться сепсисом.

Лечение. Тактика лечения зависит от формы паротита. На ранних стадиях заболевания при серозном паротите используются антибиотики широкого спектра действия; местно — тепловые и физиотерапевтические процедуры (согревающие компрессы, УВЧ-терапия, соллюкс и др.). Необходим тщательный уход за полостью рта. При гнойном паротите вскрывают гнойник, дренируют и лечат по принципу лечения гнойных ран.

Профилактика включает тщательный туалет полости рта, ношение слюноотделителя с помощью пищевых продуктов (сок лимона, клюквы, жевательная резинка, сухари) или лекарственных препаратов (10 капель 1 % раствора пилокарпина в ротовую полость).

12.6. Особенности ухода за пациентами

Черепно-мозговая травма — одна из самых тяжелых травм, требующая особого отношения медицинского персонала к пострадавшему на всех этапах лечения, начиная от места происшествия и до восстановления трудоспособности.

При консервативном лечении черепно-мозговых травм, особенно если пациент находится в бессознательном состоянии, на фельдшера возлагается особая ответственность по профилактике наиболее часто встречающихся осложнений.

Профилактика пневмонии начинается с первых же часов и включает предупреждение аспирации жидких сред, попадающих в рот, и поддержание дренажной функции трахеобронхиального дерева. Из ротовой полости жидкие среды (слюну, слезы) удаляют, протирая рот салфетками или с помощью электроотсоса. Дренажную функцию трахеи и бронхов поддерживают с помощью кашлевого рефлекса или пассивного удаления слизи электроотсосом. Для облегчения отсасывания мокроты в трахею вводят растворы натрия бикарбоната, протеолитические ферменты, проводят ингаляцию аэрозолями.

Для улучшения дренирования проводятся поколачивание и вибрационный массаж грудной клетки, дыхательная гимнастика, попеременные приподнимание головного и нижнего конца кро-

вати. При аспирации большого количества рвотных масс делаются lavage трахеобронхиального дерева (промывание дыхательных путей). Во время проведения эндотрахеального наркоза пациенту вливают в трахею 50 мл стерильного изотонического раствора натрия хлорида, в котором разведены антибиотики, а затем сразу же его отсасывают.

Для предупреждения вторичного инфицирования легких фельдшер обязан строго соблюдать правила асептики при работе с катетерами, инструментами, растворами, вводимыми в трахею. Все они должны быть стерильными и индивидуальными. Фельдшер осуществляет кормление пациента: парентеральное — внутривенное введение жидкостей (белковые гидролизаты, растворы аминокислот, липофундин, глюкоза) или энтеральное — через назогастральный зонд до восстановления глотательного рефлекса. Проводят профилактику пролежней.

У пациентов с заболеваниями области рта, особенно с переломами и вывихами челюстей, фельдшер обязан наладить питание. Пища должна быть жидкой или полужидкой, калорийной, витаминизированной. Вводить пищу лучше через поильник. На носик поильника надевается резиновая трубка длиной 25—30 см, ее конец вводится в преддверие рта за щеку. Поильник приподнимается, и пища поступает в ротовую полость. Регулировка поступления пищи осуществляется периодическими сжиманиями и разжиманиями трубки. Оптимальное количество пищи в одном глотке составляет 6—10 мл, так как проглатывание такого объема почти бесполезно и опасно в отношении аспирации.

Тщательный туалет полости рта необходим при уходе за пациентами в бессознательном состоянии и особенно с челюстно-лицевой травмой, стоматитами. Очистка ротовой полости проводится систематически 8—10 раз в сутки, а после кормления — обязательно водными растворами антисептиков (0,02 % раствором фурацилина, 0,1 % раствором перманганата калия, 1—2 % раствором натрия гидрокарбоната и др.). Промывание следует проводить струей жидкости под давлением с помощью резинового баллона, а лучше кружки Эсмарха. У лежачих больных эту процедуру выполняет медицинская сестра или родственники, ходячие пациенты делают это самостоятельно.

Фельдшер обязан обучить родственников и пациента правилам проведения ирригации ротовой полости. У каждого пациента должна быть индивидуальная кружка Эсмарха со шлангом и накопником или резиновый баллон.

Контрольные вопросы

1. Каковы особенности обследования больного с хирургической патологией головы, лица, полости рта?

2. Какие виды врожденной патологии головы, лица, полости рта вы знаете?

3. В чем отличия сотрясения от ушиба головного мозга?

4. Назовите основные принципы лечения больных с черепно-мозговой травмой.

5. Какие инструменты необходимы для трепанации черепа?

6. Какова тактика фельдшера при черепно-мозговой травме?

7. Перечислите особенности ран в области лица. Какова тактика фельдшера?

8. Назовите симптомы перелома носа. Какова тактика фельдшера?

9. У вас на приеме больной с признаками карбункула лица. Какова тактика фельдшера? В чем отличие карбункула от фурункула?

10. Назовите симптомы и методы местного лечения стоматита.

11. В чем состоит профилактика послеоперационного паротита?

12. В чем заключаются особенности ухода за больными с гнойно-воспалительными заболеваниями головы и лица?