

ТЕМА: ПЕРВАЯ ПОМОЩЬ ПРИ ТРАВМАХ ГОЛОВЫ И ШЕИ.

Литература

Учебник Д.В. Марченко «Первая медицинская помощь при травмах и несчастных случаях», страницы 161-162,182-190.

УЧЕБНЫЕ ВОПРОСЫ

1. Строение головы.
2. Порядок действия на месте происшествия. Алгоритм действия при первом контакте с пострадавшим.
3. Алгоритм действия при первом контакте с пострадавшим.
4. Виды черепно-мозговых травм. Признаки черепно-мозговых травм
5. Принципы оказания первой помощи при черепно-мозговой травме.
6. Первая помощь при переломах челюстей.
7. Первая помощь при травмах глаз.
8. Строение шеи. Ранения шеи.
9. Травмы уха.
10. Выполнение норматива: повязки на голову.

1. Строение головы.

Голова по праву считается самой главной частью тела. Ведь в черепе находится головной мозг, а на лице располагаются основные органы чувств (глаза, уши, нос и язык).

Череп - скелет головы, образованный 23 костями. Он состоит из мозгового отдела, являющегося вместилищем головного мозга, и лицевого отдела.

Мозговой отдел черепа

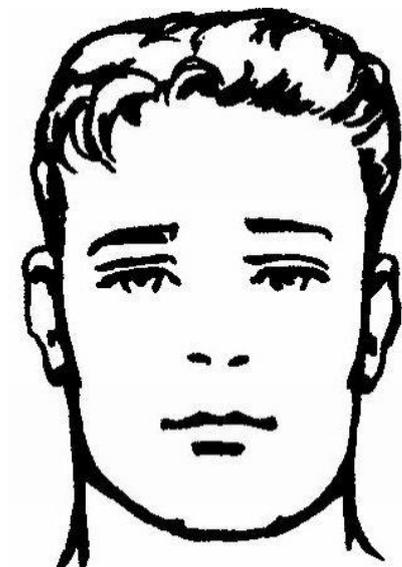
Мозговой отдел черепа образован 8 костями. У новорожденных в местах соединения отдельных костей имеются неокостеневшие участки (роднички), которые допускают значительное смещение костей черепа во время родов, что облегчает проход головки через узкие места родовых путей. Большой родничок находится в месте схождения теменных и лобной костей, а малый родничок - в месте схождения теменных и затылочной костей. Малый родничок зарастает к 3 месяцам, а большой - 12-15. Кости мозгового отдела окружают и защищают мозг и связанные с ним структуры. В некоторых костях черепа есть пазухи, открывающиеся в носовую полость. Череп имеет ряд отверстий для нервов и кровеносных сосудов. В его основании расположено большое затылочное отверстие (от лат. Foramen occipitale magnum), которое соединяет полость черепа с позвоночным каналом.

Лицевой отдел черепа

Этот отдел расположен между глазницами и подбородком. В состав лицевого отдела черепа входят 15 костей. На нем имеется ряд важных образований: глазницы, носовая, ротовая и барабанная полости. В последней находится орган слуха. К скуловой кости, расположенной ниже глазницы, рядом с барабанной полостью, прикрепляется много мышц. Скуловые кости защищают от ударов глаза и нос.

Челюсти - это одни из основных костей лицевого черепа. Верхняя челюсть - парная кость, а нижняя - непарная (единственная подвижная кость, которая активно участвует в процессе пережевывания пищи). К нижнечелюстной кости прикреплены сильные жевательные мышцы.

Череп покрыт кожей, имеющей многочисленные кровеносные сосуды и нервы. Верхняя часть мозгового отдела черепа называется сводом. Изнутри к нему прилежат артерии, вены и извилины полушарий головного мозга.



Кровообращение кожи головы очень интенсивно. Поэтому любая (даже небольшая) черепно-мозговая травма головы сопровождается сильным и длительным кровотечением, что может привести к большой кровопотере и серьезным последствиям для здоровья человека.

Под кожей располагаются различные мышцы. Лицевой скелет черепа образует остов начальных отделов пищеварительной и дыхательной систем организма и является местом прикрепления жевательных и мимических мышц. Полости лицевого отдела черепа человека выстилает слизистая оболочка, строение которой зависит от функции соответствующей полости.

2. Порядок действия на месте происшествия. Алгоритм действия при первом контакте с пострадавшим.

Порядок действия на месте происшествия.

Началу оказания первой медицинской помощи предшествует оперативное принятие верных и безопасных для спасателя решений, так как этот шаг предопределяет успех и в сохранении жизни самого пострадавшего. Исходя из вышеизложенного, представляется возможным обозначить конкретные действия спасателя в виде приведенного ниже алгоритма, который иногда еще называют схемой «4 по 4».

I. Непосредственно на месте происшествия

1. Убедись, что тебе ничего не угрожает (очень важно выяснить безопасность подхода к месту происшествия и нахождение в нем пострадавших и спасающих):

- посмотри;
- послушай;
- понюхай.

2. Определи, что именно произошло (по мере приближения к пострадавшему уже следует определить примерный объем предстоящей медицинской помощи, продумать план дальнейших действий и какие медицинские средства, например из автомобильной аптечки, могут потребоваться),

3. Выясни количество пострадавших:

- посмотри;
- спроси у окружающих;
- попроси отозваться пострадавших.

4. Узнай, кто может тебе помочь.

II. Первичный осмотр пострадавшего:

1. Проверь реакцию:

- громко оклики или хлопни в ладоши около каждого уха;
- осторожно сожми плечо;
- ущипни за ухо или кожу кисти.

2. Аккуратно запрокинь голову пострадавшего, фиксируя шейный отдел позвоночника (при этом он должен находиться в положении лежа на спине).

3. Проверь дыхание (не менее 5 секунд):

- послушай, дышит ли он;
- посмотри, поднимается ли грудь;
- почувствуй рукой движение грудной клетки.

ВНИМАНИЕ! Если не дышит — начинай искусственную вентиляцию легких!

4. Проверь наличие пульса на шее (7—10 секунд);

ВНИМАНИЕ! Если пульса нет — приступай к наружному массажу сердца!

III. Вызов скорой медицинской помощи.

1. Не оставляй пострадавшего одного дольше чем на 30 секунд (лучше попроси позвонить другого человека).

2. Сообщи диспетчеру, что и где произошло.

3. Сообщи количество и состояние пострадавших.

4. Сообщи, кто именно (квалификация) оказывает помощь.

ВАЖНО! Не вешай трубку; пока не получишь указания диспетчера скорой помощи!

IV. Подробный осмотр пострадавшего

(если дыхание и пульс сохранены)

Осмотри и осторожно ощупай:

- шею и голову;
- грудь и живот;
- таз, поясницу, пах;
- ноги и руки.

5. Если дальнейшее проведение реанимационных действий сопряжено с опасностью для реаниматора и (или) для окружающих.

Теперь, после изучения этой достаточно непростой главы, появляется возможность сформировать некий своеобразный порядок первичных действий персонала первого контакта на месте происшествия.

3. Алгоритм действия при первом контакте с пострадавшим.

А - обеспечение проходимости дыхательных путей;

В - ИВЛ;

С — НМС.

Правило А — контроль и восстановление проходимости дыхательных путей имеет наиважнейшее значение для проведения успешной реанимации, так как, если оно не будет выполнено, окажутся бесполезными и искусственная вентиляция легких, и наружный массаж сердца. Поэтому необходимо знать способы устранения основных причин непроходимости дыхательных путей.

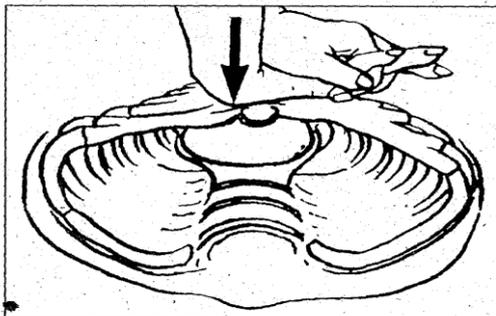


Рис. 14. Схематичное изображение наружного (непрямого) массажа сердца



Рис. 15. Устранение стесняющих элементов одежды

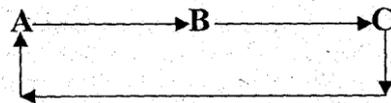


Рис. 16

4. Виды черепно-мозговых травм. Признаки черепно-мозговых травм.



Ранения и повреждения головы — черепно-мозговые травмы (ЧМТ) — встречаются в 40% случаев всех повреждений. Травмы приводят к большим осложнениям и смертности среди наиболее активных и трудоспособных групп населения, преимущественно мужчин в возрасте 17—50 лет.

Основные причины ЧМТ:

- травматизм (бытовой, уличный, в том числе и транспортный — рис. 1);
- стихийные бедствия;
- боевые действия.

Виды черепно-мозговых травм.

Все ЧМТ в зависимости от тяжести пострадавшего подразделяются на следующие виды:

- сотрясение головного мозга (нарушение функции самого мозга без каких-либо повреждений его вещества);
- ушиб головного мозга (травматическое повреждение мозгового вещества в точке приложения травмирующей силы или на противоположной стороне — по типу противоудара);
- сдавление головного мозга (сдавливание самого вещества мозга либо кровью из поврежденных сосудов, либо костными отломками черепной коробки, инородным предметом).

Признаки черепно-мозговых травм

Признаки, характерные для ЧМТ, условно можно разделить на две группы: общие и частные.

Общие признаки ЧМТ:

- постоянная головная боль;

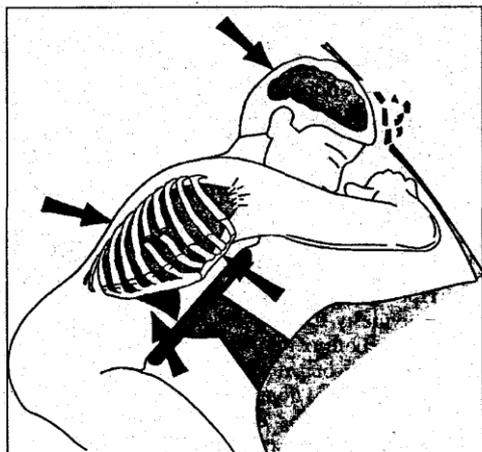


Рис. 1. Варианты воздействия на водителя при дорожно-транспортном происшествии (механизм получения ЧМТ)

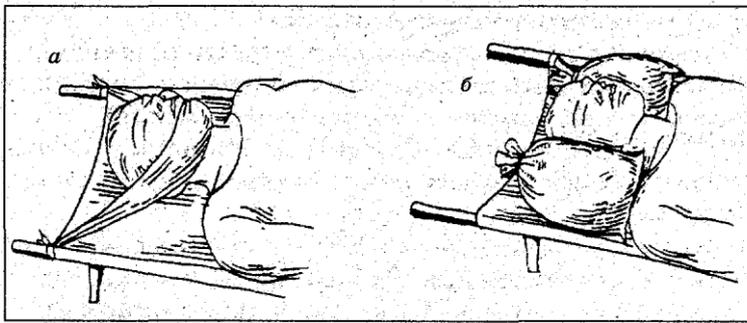


Рис. 2. Варианты фиксации головы пострадавшего при его переноске: а — к носилкам посредством повязки через нижнюю челюсть; б — при помощи импровизированных валиков

при взгляде в сторону);

- замедление пульса;
- повышение температуры тела;
- кратковременная или длительная потеря сознания;
- шумное прерывистое дыхание;
- расстройство чувствительности и (или) речи;
- разная величина зрачков (как правило, расширенный зрачок указывает на сторону повреждения);
- симптом «очков» (кровоподтеки вокруг глазных яблок, которые образуются при ударе в область переносицы);
- истечение крови и (или) ликвора (спинномозговой жидкости) из ушей или носа (возникает при нарушении целостности внутренней оболочки черепной коробки);
- судороги (непроизвольные мышечные подергивания);
- участки вдавления и (или) похрустывание костных отломков при ощупывании места травмы.

5. Принципы оказания первой помощи при черепно-мозговой травме.

Первая помощь при различных видах ЧМТ сводится к выполнению следующих основных принципов:

- обеспечение покоя пострадавшему (желательно — лежа);
- голова должна быть зафиксирована (особенно на период транспортировки) при помощи импровизированного валика из одежды либо перевязочным материалом к носилкам (рис. 2);
- обеспечение холода к месту травмы (или ко всей голове) при помощи пакетов со льдом, снегом, холодной водой;
- при наличии ран — произвести обработку по общим принципам;
- если в ране застрял какой-либо предмет (не извлекать его!), необходимо прикрыть края раны чистым, а лучше стерильным материалом, не накрывая сам предмет; после чего, положив с обеих сторон от предмета прокладки, произвести бинтование вокруг предмета по типу «креста»;
- если из уха и (или) рта вытекает кровь или ликвор, прикрыть чистым материалом и уложить пострадавшего на сторону истечения;
- перемещение пострадавшего, если необходимо, следует осуществлять с предельной осторожностью и обязательно с фиксацией шейного отдела позвоночника;
- при бессознательном состоянии пострадавшего — осуществлять постоянный контроль за проходимость дыхательных путей и дыханием, при этом голову пострадавшего лучше всего зафиксировать - в положении набок и уложить его в «безопасное положение» (рис. 3);
- при угрозе жизни — начать выполнение комплекса СЛМР;
- если имеются признаки повреждения головного мозга (см. Признаки черепно-мозговых травм), а также рвота — ни в коем случае при оказании помощи не обезболивать!

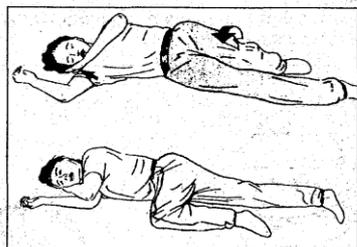


Рис. 3. Очищение полости рта пострадавшего и укладывание его в «безопасное положение»

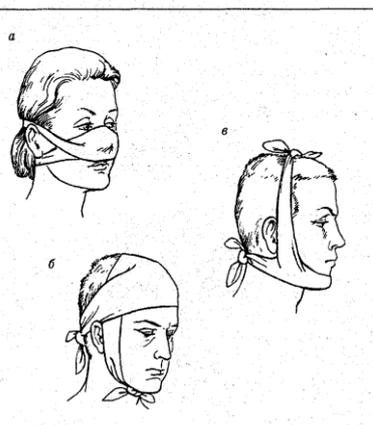


Рис. 4. Варианты «трапецидных» повязок: а — на нос; б — в качестве давящей повязки; в — на нижнюю челюсть

- оглушенность, зарожённость;
- головокружение, тошнота, рвота (не приносящая облегчения);
- звон и шум в ушах;
- дезориентация в пространстве и времени;
- утрата памяти (кратковременная или стойкая).

Дополнительно к общим признакам могут иметь место и частные признаки ЧМТ:

- напряжение мышц затылка (голова как бы запрокидывается назад);
- нистагм (подергивание глазных яблок

— переноску пострадавшего следует осуществлять только лежа в положении на боку (животе) с обязательным контролем состояния пострадавшего.

Основные принципы оказания первой помощи при ЧМТ - покой, фиксация, холод и срочная госпитализация.

6. Первая помощь при переломах челюстей.



Рис. 5. Вариант повязки при повреждении глаза



Рис. 6. Способы устранения неосложненного носового кровотечения

К ЧМТ можно отнести переломы челюстей, возникающие, как правило, в результате прямой травмы.

Признаки переломов челюстей:

- резкая боль в месте травмы; затруднение открывания рта (достоверным признаком перелома нижней челюсти является невозможность закрывания рта и, тем более, сжатия зубов);
- гематома (подкожное кровоизлияние);
- отек;
- невнятная речь;
- слюнотечение;
- при ощупывании места травмы резко усиливается болезненность и может определяться подвижность костных отломков с характерным похрустывающим звуком — крепитацией;
- нарушение прикуса.

Первая помощь:

- обезболить;
- наложить фиксирующую повязку по типу «працевидной» или «уздечки» (рис. 4);
- обеспечить холод к месту травмы;
- при подозрении на перелом верхней челюсти пострадавший зажимает зубами палочку, к концам которой прикреплен бинт, фиксирующийся на голове;
- при повреждении глаза необходимо наложить «крестообразную» повязку (рис. 5), предварительно накрыв область повреждения стерильным материалом (салфеткой);
- при носовом кровотечении, вопреки сложившимся убеждениям, необходимо наклонить голову вперед и плотно сжать крылья носа своими пальцами или смоченным в холодной воде носовым платком (рис. 6); как правило, через 2—3 минуты кровотечение прекращается. Если носовое кровотечение продолжается 5 и более минут, а также если оно явилось следствием черепно-мозговой травмы, пострадавшего необходимо срочно доставить в медицинское учреждение.

При всех видах ЧМТ пострадавшего постараться срочно госпитализировать, постоянно осуществляя контроль за его состоянием.

7. Первая помощь при травмах глаз.

С помощью зрения человек получает важнейшую информацию о внешнем мире, формирующую в процессе жизнедеятельности сознание, побуждающую к анализу окружающего мира, накоплению опыта и принятию решения в той или иной ситуации. Травма глаз представляется весьма опасным видом, поэтому в этой главе будут рассмотрены основные причины и принципы оказания первой помощи при травматизации органа зрения.

Внезапное понижение остроты зрения.

Внезапное понижение остроты зрения может произойти как за счет закупорки одного из сосудов, питающих головной мозг, так и при отслойке сетчатки глаза.

В первом случае речь идет об остром нарушении мозгового кровообращения у больных гипертонической болезнью и (или) атеросклерозом сосудов головного мозга. Внезапное затуманивание зрения, резкое немотивированное понижение его остроты являются очень неприятным, с точки зрения прогноза, признаком.

Скорее всего потеря зрения — не единственный признак. Дополнительно могут иметь место головная боль, головокружение, дезориентация в пространстве (окружающей обстановке) и времени. В этом случае показана срочная госпитализация пострадавшего в неврологическое отделение.



Рис. 1. Защитная повязка на область глаз при их травматизации

Во втором случае (при отслойке сетчатки глаза) прямым поводом для этого может послужить или внешнее воздействие (удар) в область главного яблока или головы, или физическая перегрузка.

Для того чтобы понять суть этого вида травмы, нужно попытаться представить строение глаза: именно в сетчатке (внутренней оболочке главного яблока) находятся светочувствительные нервные клетки, улавливающие и передающие информацию в головной мозг посредством зрительного нерва. Признаки будут аналогичны вышеизложенным, и такая ситуация требует также незамедлительных действий в отношении пострадавшего — вызов бригады СМП или срочная госпитализация в главное отделение.

Снежная слепота

Достаточно редкий вид травмы глаз. Он представляет собой поражение глаз ультрафиолетовыми лучами на освещенном снегу, водоеме или при сварочных работах.

Признаки при этом будут следующие: раздражение глаз светом, боль и резь в глазах (яркие болезненные вспышки при закрытых веках), может иметь место временная потеря зрения. Первые действия в этом случае следующие: перевести пострадавшего в темное место, обеспечить холод на голову и область глаз (например, мокрая повязка), вызвать СМП или госпитализировать в офтальмологическое отделение.

Ожоги глаз

Ожоги глаз могут быть представлены двумя вариантами: термическими и химически агрессивными веществами.

При термических ожогах, для которых характерны интенсивная болезненность и отек, не нужно пытаться открыть веки — это вызовет дополнительные болевые страдания пострадавшего и только ухудшит ситуацию; необходимо пораженный глаз накрыть стерильным (или, в крайнем случае, чистым) материалом (рис. 1), можно слегка влажным, *дать обезболивающее* и принять меры к срочной госпитализации.

При химических ожогах глаз (рис. 2) чистыми руками нужно осторожно попытаться раздвинуть веки и осуществить промывание пораженного глаза холодной водой, например, подставив его под струю воды (рис. 3).

Важно!

Рис. 2. Химический ожог глаз

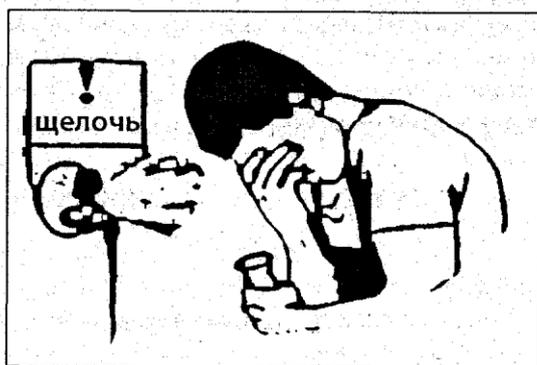


Рис. 4. Этапы выворачивания верхнего века с целью удаления инородного тела (в области верхнего века)

1. Промывание необходимо осуществлять таким образом, чтобы пораженный глаз находился ниже здорового.

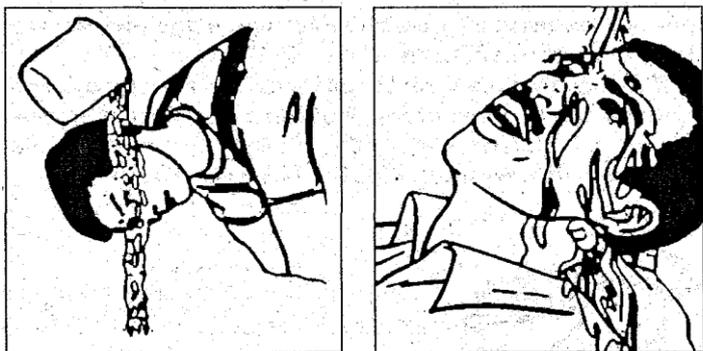


Рис. 3. Промывание глаза при его поражении химически агрессивными веществами

2. Нельзя применять нейтрализующую жидкость, только холодную воду.

Ранения глаз

При различных вариантах ранений глаза пострадавшего необходимо уложить, накрыть пораженный глаз стерильным (чистым) материалом (салфеткой, носовым платком, бинтом), зафиксировать повязкой. Промывать водой не рекомендуется. Второй (здоровый) глаз необходимо также прикрыть. Повязкой для прекращения движения глазных яблок (рис. 1).

Попадание в глаза инородных тел

Инородные тела в глазу доставляют массу неудобств пострадавшему, дискомфорт, постоянное моргание и слезотечение, а также иногда и серьезные болевые ощущения. Вокруг инородного тела (кусочки дерева, металла, стекла) развивается воспаление, как правило, образуется кровоточащая ранка. Иногда, вследствие попадания в глаза инородных предметов, пострадавший может отмечать существенное снижение зрения.

Удалять инородные тела, застрявшие в главном яблоке, ни в коем случае нельзя из-за опасения дополнительной травматизации.

Необходимо накрыть пораженный глаз чистым материалом и принять меры к срочной госпитализации в офтальмологическое отделение. Инородные тела в конъюнктиве (прозрачной оболочке, выстилающей внутреннюю поверхность век) глаза могут быть удалены и самостоятельно. Если пострадавший ощущает инородное тело в области нижнего века, его нужно оттянуть вниз и чистым материалом (например, кончиком носового платка или бинта) попытаться аккуратно извлечь инородное тело. Как правило, эта манипуляция не вызывает особых сложностей при ее проведении; важнее проводить ее чистыми руками и использовать чистый материал.

При нахождении инородного тела в области верхнего века первая помощь будет выглядеть чуть сложнее: надо попросить пострадавшего закрыть глаз, пальцами (чистыми!) одной рукой взяться за ресницы верхнего века, потянув слегка вниз, а пальцами другой руки (или гигиенической палочкой) аккуратно нажать на верхнюю поверхность века — в этот момент верхнее веко вывернется (рис. 4). Если эти действия не удались, а также при значительном повреждении конъюнктивы, дальнейшие самостоятельные попытки удаления инородного тела считаются нецелесообразными, поэтому необходимо, прикрыв поврежденный глаз чистым материалом, срочно обратиться к офтальмологу.

8. Строение шеи. Ранения шеи.

Шею условно можно разделить на три основных области: 2 боковых, переднюю, заднюю. Любые травмы и заболевания этого отдела связаны с поражением расположенных здесь тканей и органов.

Пищевод - это орган пищеварительной системы. Он представляет собой трубку длиной 25-30 см и является продолжением глотки.

Пищевод начинается в области шеи на уровне 6-7-го шейного позвонка, проходит через грудную клетку и заканчивается в брюшной полости, впадая в желудок. Соответственно, различается шейная, грудная и брюшная части пищевода.

В шейной части спереди от пищевода лежит трахея, сзади - позвоночник, а по бокам с обеих сторон - возвратный гортанный нерв и общая сонная артерия.

Пищевод имеет сужение в 3 местах:

- на уровне 6-7-го шейного позвонка, где глотка переходит в пищевод;
- на уровне 4-5-го грудного позвонка (бифуркации трахеи - разделение ее на два главных бронха);
- на уровне диафрагмального отверстия.

Снаружи пищевод покрыт рыхлой соединительно-тканной оболочкой, под ней идет мышечная оболочка (наружный слой - продольный, а внутренний - круговой), затем располагается подслизистая основа, которая позволяет слизистой оболочке собираться в складки; изнутри расположена толстая слизистая с мышечной пластинкой. Железы пищевода, открывающиеся в его просвет, расположены в слизистом и под слизистом слое.

Дыхательные пути области шеи представлены гортанью и трахеей. Гортань выполняет функции голосообразования, дыхания и защиты нижних дыхательных путей от инородных тел. Гортань располагается посередине передней области шеи и может образовывать выступ. У взрослого человека гортань расположена от 4-го до 6-7-го шейного позвонка. Сверху она подвешена к подъязычной кости, а снизу переходит в трахею.

Спереди и с боков гортани находятся правая и левая доли щитовидной железы, позади - глотка, где перекрещиваются дыхательные и пищеварительные пути. Из глотки в гортань можно попасть через вход в гортань, который спереди ограничен надгортанником, сзади - черпаловидными хрящами, а по бокам - черпалонадгортанными складками.

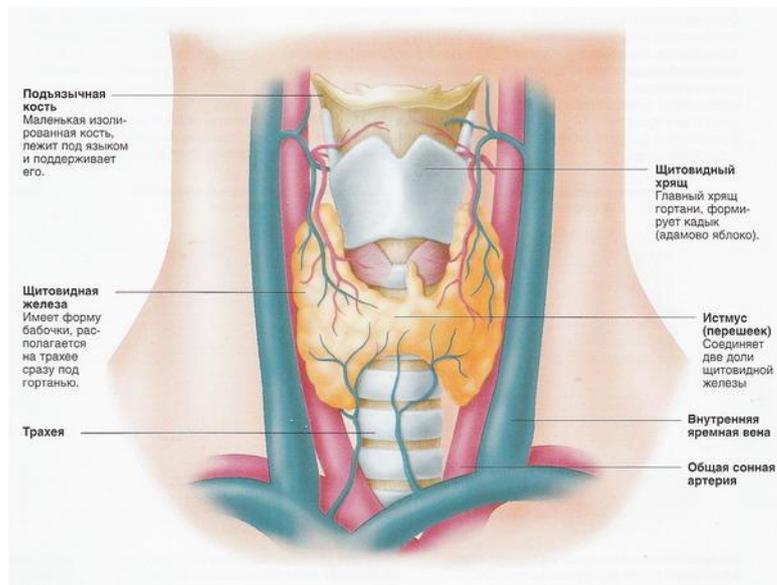
В самом узком отделе полости гортани находится голосовая щель. У мужчин длина щели 20-24 мм, у женщин - 16-19 мм, ширина 5 мм, при голосе - до 15 мм.

Трахея служит для прохождения воздуха в легкие и обратно. Она начинается от нижней границы гортани на уровне 6-7-го шейного позвонка и заканчивается на уровне 4-5-го грудного позвонка, где делится на 2 главных бронха.

Трахея представляет собой трубку длиной 9-11 см и шириной 15-18 мм. В шейной части трахеи к ней прилежит щитовидная железа: перешеек железы охватывает трахею спереди на уровне 2-4-го ее кольца, а доли железы - ниже. Позади трахеи - пищевод, по бокам - сосудисто-нервные пучки (общая сонная артерия, яремная вена и блуждающий нерв).

Щитовидная железа расположена в нижней части передней поверхности шеи. Она состоит из 2 долей, связанных между собой перешейком. Правая доля больше левой. Иногда от перешейка или одной из долей вверх отходит длинный отросток - это третья доля железы. Щитовидная железа - самая крупная эндокринная железа в организме. Поперечный размер железы у взрослого человека равен 50-60 мм, продольный - 50-80 мм, перешеек может быть высотой от 2,5 до 5 см. У женщин железа больше, чем у мужчин. После 50-55 лет объем и масса железы уменьшаются.

Задняя вогнутая поверхность железы охватывает спереди и с боков нижнюю часть гортани и верхнюю часть трахеи. Снаружи железа покрыта фиброзной капсулой, сращенной с гортанью и глоткой, поэтому при их движении перемещается и железа.



Ранения шеи

При кровотечении из сонной артерии (рис. 13) следует немедленно сдавить рану пальцами или кулаком и после этого произвести тампонирование (попросту говоря — набить рану большим количеством чистой марли или салфеток) или наложить давящую повязку.

Рис. 13. Этапы оказания первой помощи при ранении шеи (сонной артерии): а — прямое давление на рану пальцами (кулаком); б — прямое давление на рану при помощи салфеток (валика); в — фиксация (бинтование) валика к месту ранения

Повреждения уха возникают при воздействии самых разнообразных факторов как в мирное время (бытовые, производственные, транспортные, спортивные травмы и др.), так и особенно часто во время войны. При травме могут быть повреждены различные участки уха. Однако чаще наблюдаются комбинированные травмы, когда повреждаются и соседние с ухом органы. Среди повреждающих факторов наиболее частыми являются механические, химические и термические. Особое место среди повреждающих факторов занимают чрезмерное акустическое воздействие; вибрации и перепады атмосферного давления.

Повреждения могут быть поверхностными, когда травмируются только мягкие ткани уха без нарушения костей, и глубокими, которые сопровождаются трещинами, переломами и т.д.

Механические повреждения уха.

Повреждения ушной раковины. Ушная раковина часто подвергается различным повреждениям. Поверхностные повреждения ушной раковины могут возникнуть в результате ушиба, удара, укуса и т.д. В ряде случаев бывает частичный или полный отрыв раковины.

Ототематома возникает в результате ушиба ушной раковины или длительного давления на нее, при этом возможно кровоизлияние. Ототематома обычно находится на передней поверхности верхней половины ушной раковины. При осмотре определяется округлой формы флюктуирующая припухлость красного цвета с синюшным оттенком. Пальпация ототематомы, как правило, безболезненна.

Повреждения барабанной перепонки. Различают прямые и косвенные повреждения барабанной перепонки. Прямые повреждения могут возникать при использовании для очистки уха различных предметов (спички, шпильки и др.), которые приводят к разрыву барабанной перепонки при случайных толчках. Возможны повреждения барабанной перепонки мелкими ветками при ходьбе или беге по кустарнику, а также в случаях неумелой попытки удалить инородное тело из слухового прохода.

Повреждения барабанной перепонки могут наблюдаться при внезапном сгущении или разрежении воздуха в наружном слуховом проходе, например при падении на ухо, ударе по нему, прыжках с высоты в воду. Эти повреждения встречаются при нарушении правил компрессии и декомпрессии у водолазов и кессонщиков, при аэротравме, а также в результате действия воздушной волны при взрывах на близком расстоянии. В этих случаях разрыв барабанной перепонки при отсутствии должного лечения часто ведет к развитию хронического гнойного среднего отита.

Повреждения барабанной перепонки могут ограничиваться травмой сосудов с точечными кровоизлияниями в ее толщу, но часто приводят к разрывам перепонки различной формы; реже встречается полное ее разрушение (при воздействии паром, горячей жидкостью или химическим веществом). Повреждения барабанной перепонки сопровождаются появлением внезапной резкой боли, шума в ухе и тугоухости.

При названных травмах в первую очередь необходимо распознать и оценить повреждения черепа, головного мозга, позвоночника и в зависимости от этого определить дальнейшие действия. Наличие симптомов перелома основания черепа или позвоночника указывает на необходимость немедленной фиксации головы и тела больного.

Первая помощь при изолированном кровотечении из уха.

1. Не закупоривайте ухо!
2. Придайте пострадавшему полусидячее положение с наклоном головы в сторону повреждения, чтобы кровь свободно вытекала из уха.
3. Наложите на ухо стерильную повязку, не используя тугих тампонов.
4. Вызовите «скорую помощь» или доставьте пострадавшего в лечебное учреждение.
5. Дальнейшее лечение проводится в отделении челюстно-лицевой хирургии стационара совместно с ЛОР-врачом.

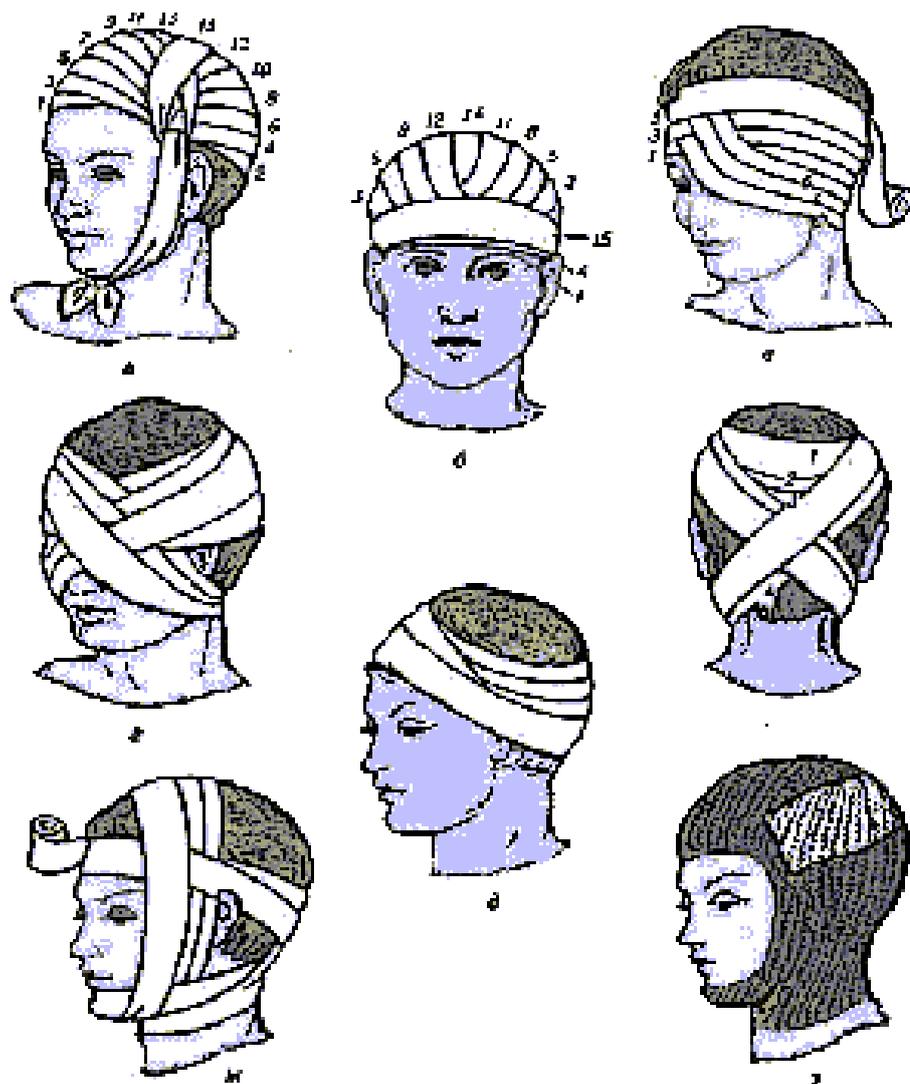


Рис. IV-1. Повязки на голову: а — челец; б — повязка-шапочка; в — на один глаз г — на оба глаза; д — на ухо и затылочную область; е — на затылочную область и шею; ж — на подбородок и нижнюю челюсть; з — сетчато-трубчатая повязка на волосистую часть головы и шею. Цифрами обозначен порядок накладывания туров бинта