

Билет № 8.

Вопрос 3. Ушибы головы. Сотрясение мозга. Выявление и первая помощь.

Удар по голове может привести к черепно-мозговой травме (ЧМТ) – повреждению головного мозга той или иной степени тяжести. Его следует подозревать, если были потеря или хотя бы помрачнение сознания. ЧМТ делят на сотрясения мозга и ушибы (и разрывы) тканей мозга.

При сотрясении не происходит механического разрушения ткани мозга, это нарушение относительно лёгкое. Характерна временная потеря или помрачнение сознания в момент травмы (несколько минут), в дальнейшем возможны тошнота, головокружение, слабость. Пострадавшего следует успокоить, согреть, дать ему отдохнуть, но никаких лекарств применять не нужно! Разгруженный, он может идти сам, если способен на это. Следует учитывать, что если нарушения не появились сразу, это не значит, что они не появятся позже. Мог разорваться один из сосудов, кровоснабжающих мозг, и тогда через некоторое время образуется гематома (скопление крови), которая будет давить на окружающие ткани. *Поэтому даже если пострадавший выглядит абсолютно здоровым, его должен осмотреть невропатолог.*

Ушибы и разрывы тканей мозга - это более серьёзные травмы. Потеря или спутанность сознания длятся дольше, наблюдаются асимметрия лица, разный размер зрачков, асимметричные двигательные расстройства. Нарушения возникают во-первых, из-за механического повреждения тканей мозга при травме (первичное повреждение), во-вторых, из-за того, что развивается отёк, при этом череп давит на мозг, дополнительно его травмируя (вторичное повреждение). Если с первичным повреждением на этапе первой помощи ничего сделать нельзя, то попытаться предупредить вторичное можно и нужно. Основная идея заключается в том, что мозг нужно как можно меньше стрессовать. Прежде всего нужно контролировать жизненно важные функции, о которых травмированный мозг уже не может должным образом заботиться.

Первая помощь: Дыхание - нужно обеспечить проходимость дыхательных путей и следить за ней в дальнейшем. Как это сделать – вспоминаем алгоритм действий при СЛВ. Если пострадавший не дышит, то приступаем к реанимационным действиям. В идеале, нужно интубировать трахею - сделать дырку в горле, через которую воздух сможет напрямую проникать в лёгкие. Эта процедура увеличивает выживаемость в 8 раз, но поскольку она требует специальных навыков, то скорее всего придётся ограничиться более простыми манипуляциями - вставить воздуховод или, на худой конец, хотя бы уложить пострадавшего в безопасную позу (на бок).

Холод на область удара и тепло для остального тела. Обеспечить покой, транспортировка щадящая, с приподнятым головным концом носилок.

Если предстоит достаточно длительная транспортировка, нужно поставить катетер в мочевой пузырь, особенно если применяются мочегонные, т.к. перерастяжение мочевого пузыря будет являться фактором дискомфорта и стресса для пострадавшего.

Если помимо ЧМТ есть другие травмы, которые надо обезболить, не рекомендуется применять наркотические анальгетики - они угнетают дыхательный центр! Успокоительные применять только если без них больной не даёт себя транспортировать.

Мочегонные препятствуют отёку мозга, но приводят к уменьшению объёма крови очень опасно! **Если помимо ЧМТ есть другие травмы, ведущие к кровопотери (закрытые переломы считаются), применять мочегонные нельзя!** Если других травм нет, то мочегонные можно применять, при условии, что есть возможность быстрой (до суток) эвакуации пострадавшего.

Глюкокортикоиды (преднизолон и пр.) при обширных травмах, особенно если

транспортировать предстоит долго, используют - они препятствуют отёку и поддерживают кровообращение. Но угнетают иммунитет.

Все симптомы проявляются не сразу, поэтому пострадавшему необходимо дать отдохнуть, а затем спустить вниз к людям, обеспечив максимальный покой и медицинский осмотр и уход.

Подготовил: Двойнин Игорь Геннадиевич