

**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
УКРАЇНСЬКИЙ ЦЕНТР НАУКОВОЇ МЕДИЧНОЇ ІНФОРМАЦІЇ
ТА ПАТЕНТНО-ЛІЦЕНЗІЙНОЇ РОБОТИ**

«УЗГОДЖЕНО»
ДИРЕКТОР ДЕПАРТАМЕНТУ
РОЗВИТКУ МЕДИЧНОЇ
ДОПОМОГИ МОЗ УКРАЇНИ
М.П. ЖДАНОВА 27.12.2007 р.

**УШКОДЖЕННЯ М'ЯКИХ ТКАНИН ГОЛОВИ.
ДОШПИТАЛЬНИЙ ЕТАП.**

(МЕТОДИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ)

КИЇВ - 2008

УДК 616.831-001: 614.88

В.Г.Ринденко, М.І. Завеля, О.Л.Чернов.
Ушкодження м'яких тканин голови. Дошпитальний етап /
Методичні рекомендації. – Харків, «Оберіг», 2008.- 24 с.

Установа розробник:

Харківська медична академія післядипломної освіти МОЗ України

Автори:

- В.Г.Ринденко – доктор медичних наук, професор кафедри
травматології, вертебрології та анестезіології;
- М.І.Завеля – кандидат медичних наук, доцент кафедри
травматології, вертебрології та анестезіології;
- О.Л. Чернов – кандидат медичних наук, доцент кафедри
травматології, вертебрології та анестезіології;

Рецензент:

- М.О.Корж – Головний спеціаліст зі спеціальності «Ортопедія та
травматологія» МОЗ України, доктор медичних наук,
професор

ВСТУП.

Однією з актуальних проблем сучасної медицини є черепно-мозкова травма (ЧМТ). Щорічне зростання кількості цих ушкоджень і великі економічні витрати на лікування нейротравми виводять цю проблему в розряд соціальних. Незважаючи на значні досягнення в галузі медицини та біології, поліпшення якості надання медичної допомоги, зберігається високий рівень смертності та інвалідності. Результати лікування потерпілих з ЧМТ на даний момент не можна вважати задовільними.

Максимальної ефективності лікування потерпілих з ЧМТ можна досягти за умови єдиної, чіткої системи організації допомоги на всіх етапах терапії.

Українською важливою ланкою в наданні допомоги потерпілим з ЧМТ є дошпитальний етап, де неадекватна або несвоєчасно надана допомога при ЧМТ сприяє виникненню небезпечних для життя ускладнень.

Практика показує, що значна частина діагностичних помилок на доклінічному етапі обумовлена порушенням методики обстеження потерпілих з ЧМТ. Формальний огляд, ігнорування обов'язкової частини методики виявлення зовнішніх ушкоджень голови призводить до неадекватної оцінки стану хворого.

Правильна морфологічна оцінка локальних ушкоджень допомагає відтворити механізм травми, впливає на якість діагностики й тактику лікувального процесу, а з урахуванням криміногенного характеру ЧМТ, на правильні висновки судово-медичної експертизи.

Дуже негативно на результатах лікування позначаються помилки догоспітального етапу, пов'язані з недостатнім знанням особливостей ушкодження зовнішніх покривів черепа. Тим часом, перебіг ранового процесу на голові має характерні відмінності, які багато в чому обумовлені анатомо-топографічною будовою м'яких тканин голови. Висока вірогідність розвитку ускладнень при ранах даної локалізації зумовила необхідність остаточної їх обробки в умовах відділень нейрохірургічного профілю. Не

зупинена на етапі госпіталізації кровотеча з невеликої за розмірами рани може призводити до масивної крововтрати, аж до розвитку геморагічного шоку. Практично будь-який, навіть незначний, об'єм крововтрати посилює перебіг ЧМТ, особливо при сполучених та комбінованих ураженнях.

Актуальність даного питання очевидна враховуючи, що ушкодження м'яких тканин голови (УМТГ) становлять 60-70% від всіх травм голови, а понад 50% потерпілих з УМТГ це діти, переважно віком 5-9 років.

ВИДИ УМТГ

Виявлення зовнішніх ушкоджень голови є обов'язковою частиною методики обстеження потерпілого з ЧМТ. При огляді голови потерпілого необхідно визначити наявність ушкоджень м'яких покривів голови, уточнити їх характер і локалізацію.

До УМТГ відносять порушення їх структури й функції, що виникло як результат дії одного або декількох зовнішніх ушкоджувальних чинників. Відповідно до Міжнародної статистичної класифікації хвороб (МКХ-10) дані ушкодження кодуються шифром S00.0 (поверхнева травма волосистої частини голови) або S00.7 (множинні поверхневі травми голови).

Розрізняють такі види УМТГ: крововиливи в м'які тканини голови, садна й рани.

Крововилив – наслідок кровотечі у вигляді крові, що вилася з кровоносною судиною в порожнини, тканини та середовища організму. Крововилив може бути тільки внутрішнім. При УМТГ доцільно виокремити два види крововиливу: гематому й синець.

Синець – крововилив, що просочує підшкірний жировий шар. Синці можуть локалізуватися в будь-яких відділах голови. При зовнішньому дослідженні їх найчастіше знаходять в проекції кісткових виступів обличчя, проте в більш пізні терміни травми найбільші скупчення крові можуть

формуватися там, де є найбільш товстий та пухкий підшкірний жировий шар. Синець в окремих випадках може повторити не тільки загальну форму та розміри, але й рельєф обмеженої травмувальної поверхні, що чітко контурується. Від одного удару, як правило, утворюється одиничний синець. Проте, особливості анатомічної будови обличчя допускають можливість утворення 2—3 синців в суміжних ділянках лица від одноразової дії. Наприклад, від одного удару кулаком одномоментно можуть виникнути синці на спинці носа, повіках та у виличній ділянці. Добре відомі також крововиливи в навколоочноямкову клітковину, що виявляються у вигляді «синців-окулярів» на верхніх та нижніх повіках. Вони можуть утворитися без жодного місцевого докладання сили як натічний крововилив з ділянки перелому основи черепа.

Безпосередньо після травми синці виділяються лише своїм синьо-багровим кольором, але вже через 1 – 3 год. через місцевий набряк та наростання крововиливу, що швидко розвивається, починають вивищуватися над оточуючою шкірою. Ця припухлість зберігається протягом перших трьох діб, а потім зникає. Синьо-багровий колір синця стійко зберігається перші 12—24 год. З 2—3-ї доби в результаті трансформації гемоглобіну до нього домішуються зеленуваті (білівердин, вердохромоген) і жовті (білірубін), а пізніше, з 6—7-ї доби, бурі (гемосидерин) відтінки.

Динаміка розвитку синців незначно піддається різним впливам навколишнього середовища і може виявитися залежною від віку потерпілого та місцевого лікування.

Гематома – окремий вид крововиливу у вигляді локального скупчення крові з формуванням згустків. Утворення гематоми зовнішніх покривів голови має низку характерних відмінностей, пов'язаних з особливостями їхньої анатомічної будови. За локалізацією виокремлюють підшкірні та підпапоневротичні гематоми.

Підшкірна гематома. Формування підшкірної гематоми відбувається в обмеженому, заповненому підшкірною клітковиною просторі. Розміри простору досить постійні за рахунок жорсткої фіксації сполучнотканинними перемичками, що йдуть вертикально від шкіри до сухожилкового шолома (*aponeurosis epicranialis*). Утворення підшкірної гематоми є можливим, якщо відбувається ушкодження не тільки кровоносної судини, але й перемичок. Розрив сполучнотканинних перемичок відбувається безпосередньо унаслідок травми або в результаті надмірного тиску крові в ушкодженій судині, що найбільш часто спостерігається в осіб з високим АТ. При закритих травмах склепіння черепа вказані фасціальні перемички сприяють значному обмеженню кровотечі та формуванню підшкірних гематом, іноді чітко круглястої форми (рис. 1).

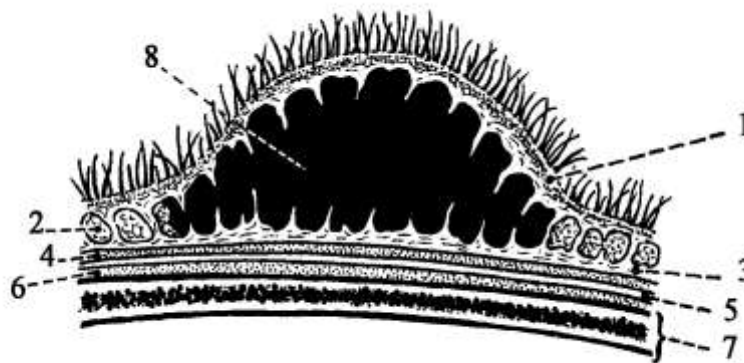


Рис.1 Підшкірна гематома голови.

1 – шкіра; 2 – підшкірно-жирова клітковина; 3 – сухожилковий шолом; 4 – підапоневротична клітковина; 5 – окістя; 6 – підокісна клітковина; 7 – кістки черепа; 8 – підшкірна гематома.

Підапоневротична гематома. Утворення гематоми пов'язане з накопиченням крові в підапоневротичному просторі та відшаруванням надчерепного апоневрозу (рис.2).

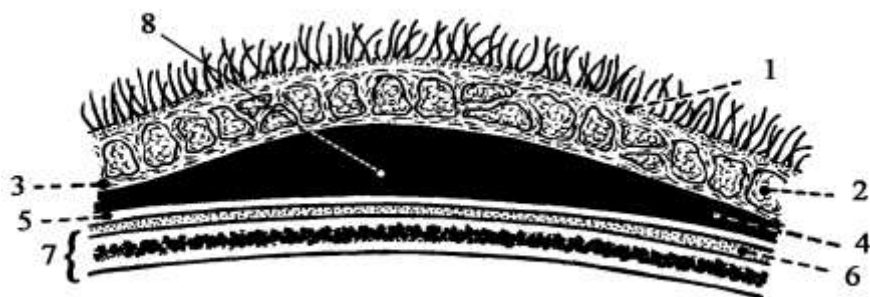


Рис.2 Підапоневротична гематома голови.

1 – шкіра; 2 – підшкірно-жирова клітковина; 3 – сухожилковий шолом; 4 – підапоневротична клітковина; 5 – окістя; 6 – підокісна клітковина; 7 – кістки черепа; 8 – підапоневротична гематома.

Зважаючи на вкрай слабкий зв'язок апоневрозу з підлеглими шарами, через наявність прошарку пухкої підапоневротичної жирової клітковини, відшарування може відбуватися на значній ділянці з формуванням масивної гематоми. Слід пам'ятати, що підапоневротичні гематоми є частими супутниками переломів кісток черепа, особливо в дітей. Якщо джерелом кровотечі є судини підшкірно-жирового шару, то це пов'язано з порушенням анатомічної цілісності апоневрозу.

Підшкірні крововиливи схильні до нагноєння, можуть імітувати втиснутий перелом.

Садно — поверхнєве ушкодження шкіри, що не поширюється глибше за її сосочковий шар. Садно може утворюватися на будь-яких ділянках поверхні голови. Але найчастіше їх виявляють на обличчі. Завдяки захисним властивостям волосся та головного убору садна рідше виникають на волосистій частині голови.

Кількість саден зазвичай вказує на кількість травматичних дій. При динамічному контакті найбільша глибина та вираженість подряпини простежується в початковій ділянці, біля протилежного кінця садна помітні білясті латочки відшарованого епідермісу. Ці морфологічні ознаки дозволяють встановити напрямок вектора сили.

Безпосередньо після травми садно є дефектом поверхневих шарів шкіри із западаючою вологою блискучою поверхнею. Уже через декілька годин дно садна підсихає та набуває матового відтінку. Поступово ушкоджені тканини некротизуються й разом з кров'ю, що згорнулася, формують щільну скориночку. Протягом 1-ї доби скориночка досягає рівня оточуючої шкіри, на 2-у добу вже вивищується над ним. Паралельно з формуванням скориночки від периферії садна до її центру розпочинаються процеси спонтанної епітелізації ушкодженої шкіри. Новоутворений епітелій з 3 - 4-ї доби поступово відшаровує краї скориночки. До 4 - 8-го дня скориночка відпадає, оголяючи поверхню рожевуватого епідермісу, який легко збирається при стискуванні шкіри в множинні дрібні поверхневі складки. До кінця 2-го тижня за кольором та консистенцією ділянки не відрізняються від оточуючої шкіри.

Рана — ушкодження м'яких тканин глибше за сосочковий шар шкіри. Розрізняють колоті, забиті, рвані, забито-рвані, різані, скальповані та вогнепальні. Найчастіше при черепно-мозковій травмі спостерігають забиті, рвані та забито-рвані рани.

Забиті рани утворюються від ударної дії. Їх морфологічними ознаками є нерівні, синцеві, розтрощені та вкриті саднами краї, сполучнотканинні перемички між протилежними краями рани.

Рвані рани виникають за механізмом розтягування. Найтиповіша рвана рана утворюється від дії зсередини кінцем або краєм перелому кісток склепіння черепа. Рвані рани найчастіше прямолінійної або дугоподібної форми, іноді з додатковими розривами, що надають їм складної конфігурації. Краї рани нерівні та ніколи не бувають вкритими саднами. Сполучнотканинні перемички відсутні. Дном рани, як правило, є ушкоджена кістка.

Забито-рвані рани виникають від сполученої ударної та розтягувальної дії. Рана утворюється частіше за все від дії тупого предмета під гострим кутом: на першому етапі формується забитий компонент рани з вкритими

саднами синяковими, іноді розтрощеними краями, потім шкіра відшаровується від підшкірного жирового шару або відривається у вигляді клаптів (рваний компонент рани).

Скальповані рани характеризуються відшаруванням шкіри та клітковини з повним відділенням їх від підлеглих тканин. Обширні скальповані рани небезпечні через наявність значної крововтрати й можливості подальшого омертвіння клаптя.

Колоті рани виникають при дії гострої або обмеженої поверхні предмета, що раниць. Загальні розміри таких ран не виходять за межі розмірів травмувальної поверхні предмета. Глибина ран превалює над шириною та довжиною. Дно ран заглиблене, часто досягає підлеглої кістки, може бути представлене окремими волокнами сполучнотканинних перемичок.

Вогнепальні рани можуть бути кульовими, дробовими, осколковими, із сліпим або наскрізним рановим каналом. Вхідну рану характеризують три обов'язкові ознаки: дефект тканини, поясочок, вкритий саднами, шириною 1-2 мм та поясочок обтирання (мастило, кіптява). Вихідна рана може мати щілиноподібну форму. Кількість вхідних і вихідних поранень може не збігатися. Особливості ушкоджень при вогнепальних ранах пов'язані з виникненням ударної головної хвилі й формуванням «зони молекулярного струсу». Тканини, що піддалися молекулярному струсові, некротизуються, у зв'язку з чим, вогнепальні рани завжди заживають вторинним натягненням.

ЛОКАЛІЗАЦІЯ УМТГ

На голові виокремлюють два великі відділи – лицьовий і мозковий. Мозковий відділ голови відмежований від ділянки лица та задньої поверхні шиї умовною лінією, яка проходить надчочномковим краєм лобової кістки, верхнім краєм виличної кістки та виличної дуги, через зовнішній слуховий

прохід, потім через вершину соскоподібного відростка верхньою вийною лінією до зовнішнього потиличного горба, і далі симетрично на протилежний бік.

Згідно з анатомо-топографічною класифікацією в мозковому відділі голови виокремлюють лобово-тім'яно-потиличну ділянку та парну скроневу ділянку (рис.3).

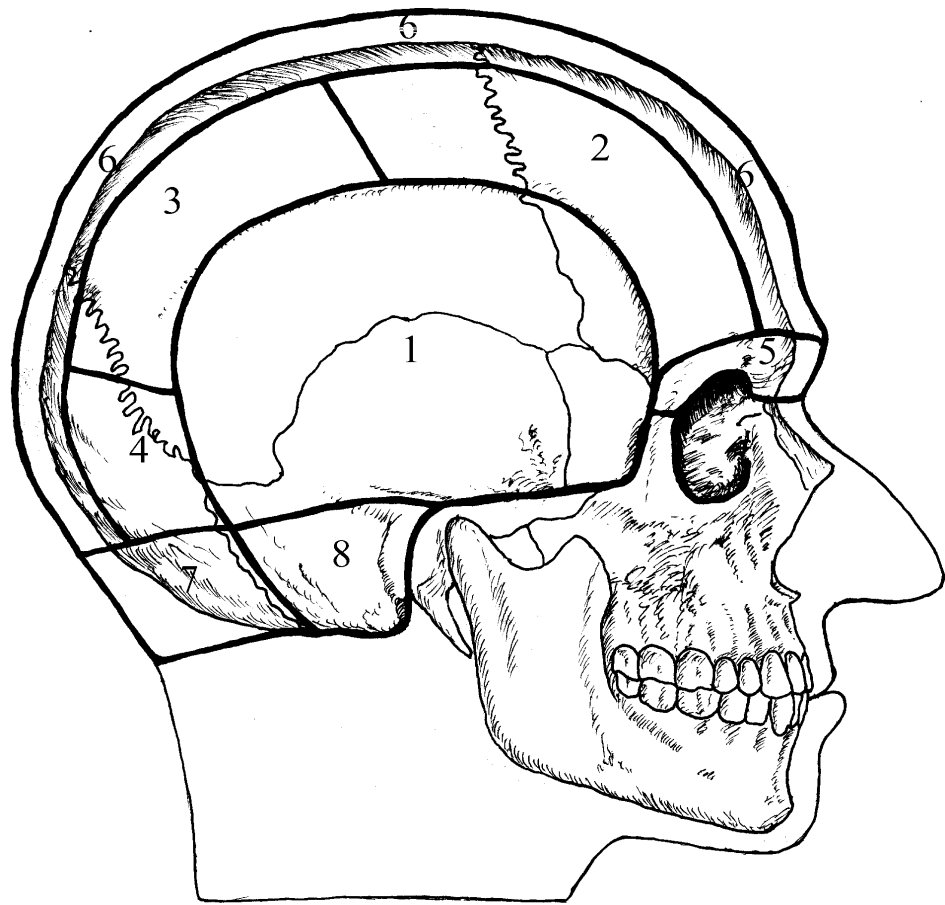


Рис.3 Ділянки мозкового відділу голови

1 – скронева ділянка; 2 – лобова ділянка; 3 –тім'яна ділянка; 4 – потилична ділянка; 5 – надочномкова ділянка; 6 – парасагітальна ділянка; 7 – ділянка мозочка; 8 – ділянка соскоподібного відростка.

Підрозділ склепіння черепа на ділянці відбувається залежно від проєкції на поверхню шкіри відповідних часток мозку: лобової,тім'яної, скроневої та потиличної. Слід відмітити, що проєкція часток мозку й проєкція однойменних кісток на шкірні покриви склепіння черепа не збігаються. Отже, орієнтація на межі кісток помилкова, оскільки не дозволяє проводити

єдине урахування локалізації проникаючих і непроникаючих ушкоджень голови.

Ділянка соскоподібного відростка топографічно належить до основи черепа, але схожість будови зовнішніх покривів, доступність для зовнішнього обстеження, значущість при операційних доступах має на увазі доцільність розгляду цієї зони у складі мозкового відділу голови.

З клінічної точки зору, в мозковому відділі голови додатково виокремлюють надочноямкову, мозочок та парасагітальну ділянки. Це пов'язано з характерними анатомічними порушеннями та своєрідним клінічним перебігом ранового процесу в даних ділянках, які потребують особливих оперативних прийомів при хірургічній корекції.

Скронева ділянка (*regio temporalis*) відповідає проекції скроневого м'яза. Верхньозадня межа ділянки проходить по лінії прикріплення скроневої фасції, спереду вона обмежена лобовим відростком виличної кістки, знизу – виличною дугою. Досить легко межі скроневої ділянки визначаються пальпаторно за напруженням скроневого м'яза при акті жування.

Клінічно значущою є можливість сильної кровотечі навіть з невеликих за розмірами ран при пораненні гілок *a.temporalis superficialis*. Особливу увагу при обробленні ран скроневої ділянки слід приділяти дослідженню дна рани на предмет перелому, у зв'язку з дуже незначною товщиною підлеглої кістки та високою вірогідністю ушкодження великих судин головного мозку при впровадженні кісткових відламків.

Лобово-тім'яно-потилична ділянка (*regio fronto-parieto-occipitalis*) обмежена: спереду – по верхньоочноямковому краю лобової кістки, ззаду – по верхній вийній лінії потиличної кістки, латеральний – по верхній скроневої лініїтім'яної кістки, медіальний – лінією в сагітальному напрямку, відступивши від серединної лінії склепіння на два сантиметри.

Лобова,тім'яна та потилична ділянки з'єднані в одну через схожість анатомічної будови. Межі усередині ділянки відповідають проекції на шкіру

меж між частками головного мозку. У зв'язку з цим помилково ототожнювати задню межу лобової ділянки з лінією росту волосся, тим більше що у чоловіків з віком вона катастрофічно зміщується назад та нерідко зникає зовсім.

Для даної ділянки найбільш характерні скальповані рани, іноді великої протяжності, що обумовлено рухливістю шкірно-апоневротичного клаптя щодо окістя через наявність шару пухкої підапоневротичної клітковини. Масивна кровотеча в лобовій ділянці обумовлена ушкодженням представницьких артеріальних стовбурів: *a.supraorbitalis* et *a.supratrochlearis*

Надочноямкова ділянка (*regio supraorbitalis*) є переднім відділом лобової ділянки, яка відповідає надбрівним дугам лобової кістки. Виокремлення даної ділянки продиктовано особливостями хірургічної тактики та застосуванням особливих методик при обробленні проникних та непроникних поранень черепа. Багато в чому це обумовлено тим, що на надочноямкову ділянку проєціюється додаткова лобова пазуха носа.

Парасагітальна ділянка (*regio parasagittalis*) непарна, розташована між лівою та правою лобово-тім'яно-потиличною ділянками, уздовж проєкції на склепіння черепа верхнього сагітального синусу, відступивши від серединної лінії склепіння на два сантиметри в обидва боки.

Парасагітальна ділянка склепіння виокремлюється виключно через клінічні мотиви, оскільки оброблення ран та операційні доступи в цій зоні мають низку характерних відмінностей. Технічна складність хірургічного втручання в першу чергу обумовлена можливістю розвитку надзвичайно масивної кровотечі при пораненні безпосередньо найбільш верхнього сагітального синусу, парасагітальних лакун, численних вен головного мозку, вен твердої мозкової оболонки, диплоїчних та емісарних вен. Незначна погрішність при хірургічному обробленні ран навколострілоподібної ділянки може призвести до трагічних наслідків для хворого. Розвиток гнійного процесу в даній зоні посилює стрімкий перебіг менінгоенцефаліту й

тромбозу синусу, у зв'язку з численними венозними анастомозами, які сполучають підшкірно-жирову клітковину з системою венозних пазух.

Ділянка (*regio cereberallis*) мозочка анатомо-топографічно належить до основи черепа, розташована донизу від верхньої вийної лінії, зовнішнього потиличного горба та відповідає проекції задньої черепної ямки на задню поверхню шиї. Проте на підставі узагальнених даних лікування нейротравми, з урахуванням особливості клінічного перебігу травматичних процесів субтенторіальної локалізації, проф. Е.М.Маргорін запропонував виокремити ділянку мозочка як самостійну та розглядати її як складову мозкового відділу голови.

Ділянка соскоподібного відростка (*regio processus mastoideus*) відповідає соскоподібному відростку скроневої кістки. Верхня межа ділянки проходить по умовній лінії, що є продовженням назад виличної дуги, спереду ділянку обмежує лінія прикріплення вушної раковини.

Хірургічна значущість соскоподібної ділянки обумовлена трикутником (Шипо)трепанації, в межах якого знаходиться резонуюча порожнина – сосцеподібна печера, що сполучається з барабанною порожниною. Травма кістки наперед від трикутника Шипо призводить до ушкодження нижньої вертикальної частини лицьового нерва, назад – до розкриття сигмоподібного синуса.

Ділянка соскоподібного відростка топографічно належить до основи черепа, але схожість будови зовнішніх покривів, доступність для зовнішнього обстеження, значущість при операційних доступах надає можливість розгляду цієї зони як складову мозкового відділу голови.

ДОПОМОГА НА ЕТАПІ ТРАНСПОРТУВАННЯ

При огляді рани, крім визначення виду рани, необхідно враховувати ушкодження апоневрозу лобово-потилічного м'яза, оскільки дана ознака дозволяє диференціювати закриту та відкриту ЧМТ. Надто важливо виявити

можливе ушкодження підлеглої кістки та мозкової речовини. Візуальне або пальцеве дослідження дна рани дозволяє визначити деформацію кортикального шару кістки або наявність вільних кісткових фрагментів, які вказують на наявність вдавненого перелому. Витікання з рани цереброспінальної рідини або мозкового детриту достовірно говорить про проникний характер ЧМТ.

Особливості перебігу ранового процесу на голові та висока вірогідність розвитку грізних ускладнень, аж до летального кінця, зумовили необхідність остаточного оброблення ран тільки в умовах відділення нейрохірургічного профілю.

При обробленні ран і плануванні тактики з надання допомоги потерпілим з ЧМТ завжди повинні бути враховані анатомо-топографічні особливості м'яких покривів голови. Навіть з невеликих за розмірами ран спостерігається рясна кровотеча, яка призводить до значної крововтрати, аж до геморагічного шоку, що різко ускладнює перебіг ЧМТ. Багато в чому це пов'язано з надзвичайно рясним кровопостачанням м'яких тканин голови та численними судинними анастомозами. Обов'язково необхідно враховувати, що адвентиція кровоносних судин міцно зростається з фасціальними перемичками, унаслідок чого, при травмі судини не спадаються.

Найефективнішим і доступним способом припинення кровотечі на догоспітальному етапі є накладення тиснучої асептичної пов'язки, за допомогою якої можна здавити просвіт судини, що кровоточить, притиснувши м'які тканини голови до кісток черепа. Аналогічний ефект можна отримати при пальцьовому здавлюванні судини (рис.4).



Рис.4. Припинення кровотечі пальцьовим притисненням

Для посилення компресійного ефекту пов'язки, можливим є використання марлевих валів, які розміщують на краях рани. Адекватність накладеної пов'язки визначають за інтенсивністю кровотечі з рани.

При правильно накладеній пов'язці кровотеча припиняється.

Крім припинення кровотечі з рани, необхідність в стисній пов'язці обумовлена ще цілою низкою анатомо-топографічних особливостей. Розташований під шкірно-апоневротичним клаптом шар жирової клітковини перешкоджає міцній фіксації клаптя з підлеглими тканинами (окістям), і навіть при незначній травмі призводить до відриву або відшарування клаптя з формуванням великих підапоневротичних гематом і набряків. Своєчасно накладена стисна пов'язка перешкоджатиме скупченню крові під апоневрозом.

Протипоказанням до накладення стисної пов'язки є наявність оскольчастого втиснутого перелому кісток черепа, щоб уникнути занурення кісткових фрагментів в мозкову речовину.

Найзручнішими гемостатичними пов'язками є «вузлова» і «чепець». Вузлова пов'язка (рис.5) належить до стисних, і її зазвичай використовують для припинення артеріальної кровотечі. Під час надання допомоги потерпілому кровотеча з ушкодженої судини тимчасово припиняється пальцьовим притисненням, після чого стерильною марлевою серветкою покривають ділянку ушкодження і накладають пов'язку двоголовим бинтом.

Рекомендується починати бинтування зі скроневої ділянки здорового боку, обводячи головку бинта навколо голови. У ділянці ушкодження роблять перехрест бинта, для чого праву головку бинта беруть в ліву руку, а ліву головку - у праву руку. Далі головки бинта ведуть на скроневу ділянку здорового боку, потім їх проводять на ділянку ушкодження, де знов роблять перехрест і ведуть бинт навколо лоба та потилиці. Подальші ходи бинта повторюються. Перехрест бинтів розташовують кожного разу над ділянкою ушкодження.



Рис.5. Вузлова пов'язка

Пов'язка «чепець» (рис.6) дозволяє зручно та міцно фіксувати асептичний матеріал до волосистої частини голови потерпілого. Потребує наявності помічника, роль якого може виконувати сам хворий. Пов'язка формується у такий спосіб: окремий шматок бинта (зав'язка), завдовжки близько 1 метра, вкладають на тім'яно-скроневу ділянку наперед від вушних раковин і асистент (або хворий) утримує кінці зав'язки в натягнутому стані. Навколо голови роблять горизонтальний тур та, дійшовши до зав'язки, перекидають над нею бинт, підводять під зав'язку й ведуть назад, прикриваючи потилицю. На іншому боці бинт знов обводять навколо зав'язки і ведуть його наперед, прикриваючи лоб і частину тім'я до зав'язки на протилежному боці. Подальші тури бинта повторюють ходи попередніх; але з кожним ходом їх все більше зміщують у бік зав'язки. Кінець бинта

укріплюють круговим туром або фіксують під однією із зав'язок. Кінці зав'язки зв'язують під нижньою щелепою.



Рис. 6. Пов'язка «чепець».

При обширному ушкодженні склепіння черепа загальноприйнято накладення поворотальної пов'язки (рис.7).



Рис. №7. Повертальна пов'язка

Для накладення цієї пов'язки спочатку проводять закріплюючі тури (1) навколо голови, роблять перегин бинта в лобовій ділянці (2) якнайнижче та ведуть його бічною поверхнею голови вище за попередній. На потилиці утворюють другий перегин і покривають бинтом бічну поверхню голови з протилежного боку (3). Закріплюють поворотальні ходи круговим туром (4). Подальшими поворотальними турами (5, 6, 8, 9, 11, 12, 14) покривають бічну поверхню голови, роблячи ходи все вище і вище, поки не буде забинтована вся голова. Повертальні тури закріплюють круговими ходами бинта (7, 10).

Слід зазначити, що повертальна пов'язка неміцна, легко сповзає з голови, і тому її застосовують тільки для тимчасової фіксації перев'язувального матеріалу.

Більш міцною бинтовою пов'язкою є «шапка Гіппократа» (рис.8).

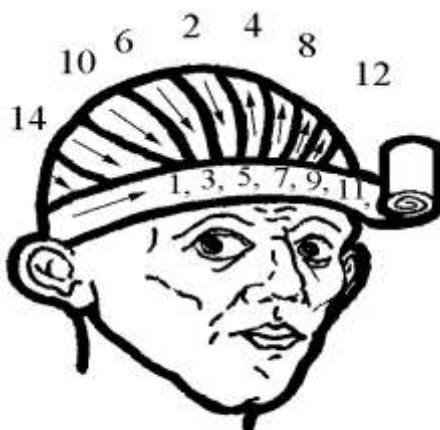


Рис. 8. Пов'язка «шапка Гіппократа»

Пов'язку «шапка Гіппократа» (рис.8) накладають за допомогою двоголового бинта, який легко виготовити зі звичайного бинта, частково перемотавши його, або за допомогою двох бинтів. Роблять круговий хід навколо голови (1) нижче за зовнішній потиличний виступ. Після перетину бинта в потиличній ділянці правою рукою проводять головку бинта через склепіння черепа на лоб (2), де укріплюють круговим туром (3). Після перехреста з циркулярним туром бинт через склепіння черепа повертають на потилицю (4), прикриваючи зліва попередній тур на половину ширини бинта. Після перехреста в потиличній ділянці цією головкою бинта роблять наступний тур в сагітальному напрямку, розташовуючи його праворуч від попередніх (6). Кількість повертальних ходів бинта справа (10, 14) і зліва (8, 12) повинна бути однаковою. Головною бинта, що знаходиться в лівій руці, весь час накладають через лоб і потилицю кругові тури (5, 7, 9, 11). Кругові ходи бинта, щільно накладені нижче за лобові горби, над вушними раковинами та під потиличним горбом, мають менший периметр, ніж коло

голови в найширшій частині. Завдяки цьому, пов'язка міцно тримається на голові.

За наявності вираженого психомоторного збудження, неадекватності поведінки потерпілого, пов'язку «шапка Гіппократа» додатково укріплюють: у фронтальній площині через склепіння черепа спереду від вушних раковин, під нижню щелепу проводять 2—3 кругові ходи бинта.

На тім'яну, тім'яно-скроневу ділянки, нижню щелепу зазвичай накладають пов'язку на зразок «вуздечки» (рис.9).

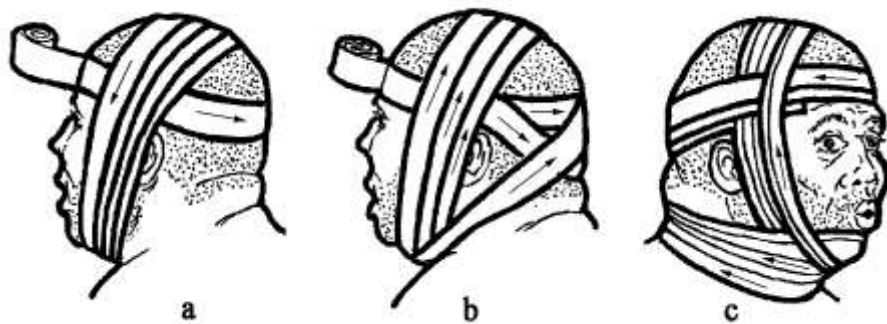


Рис.9 Пов'язка на зразок «вуздечки»

Спрощений варіант цієї пов'язки (рис. 9а) такий: навколо голови роблять закріплюючі тури. Дійшовши до скроневої ділянки, бинт перегинають і ведуть його вертикально вгору по тім'яній ділянці на протилежний бік вниз по щоці, під нижньою щелепою на щоку іншого боку і фіксують місце перегину. Кількість вертикальних турів довільна, як правило, до повного закриття тім'яної ділянки. У кінці бинтування роблять перегин в скроневої ділянці, ходу бинта надають горизонтального напрямку і укріплюють пов'язку круговим туром.

Аналогічну пов'язку можна накласти і без перегинів бинта (рис. 9б). Після двох обов'язкових закріплюючих горизонтальних турів бинт проводять над лівим вухом по потиличній ділянці на праву бічну поверхню шиї і звідти — під нижню щелепу. На лівому боці нижньої щелепи тури бинта набувають вертикального напрямку і проходять попереду вушної раковини.

Вертикальними ходами забинтовують всю тім'яну та скроневу ділянку, а потім з-під підборіддя бинт по лівій бічній поверхні шиї ведуть на потилицю і переводять в горизонтальні тури. Пов'язку укріплюють круговими закріплюючими горизонтальними ходами.

Для закриття нижньої щелепи після закріплюючих турів навколо голови (рис. 9с) бинт ведуть криво, закриваючи потилицю, на праву поверхню шиї і горизонтальними ходами бинта обходять нижню щелепу спереду, а потім вертикальними турами закривають тім'яно-скроневу ділянку. Пов'язку закінчують круговими горизонтальними ходами бинта, які проєціюють на перші закріплюючі.

Необхідно пам'ятати, що накладення кругових фронтальних ходів бинта під нижню щелепу утруднює відкриття ротової порожнини та створює об'єктивні труднощі при проведенні реанімаційних заходів. Використання пов'язок з подібною фіксацією особливо небажане у потерпілих з ЧМТ, у зв'язку з високим ризиком аспірації при блюванні та можливому западанні язика.



Рис.10 Пов'язки на ділянку ока.

Пов'язка на праве око (рис. 10а). Бинт укріплюють двома горизонтальними круговими ходами навколо голови. Потім по потиличній ділянці спускають його вниз під праве вухо та проводять криво вгору по бічній поверхні щоки, закривають chore око й внутрішню частину очної ямки. Циркулярним туром закріплюють висхідний хід бинта. Після цього бинт знов криво ведуть під праве вухо і закривають око, дещо зміщуючи бинт дозовні. Косий хід бинта закріплюють круговим. Чергуючи кругові та

висхідні тури бинта, закривають ділянку ока. Звичайно після трьох повертальних турів бинтування можна закінчити, закріпивши бинт круговим ходом.

Пов'язка на ліве око (рис. 10b). Бинтувати зручніше справа наліво по ходу годинникової стрілки, утримуючи головку бинта лівою рукою. Чергування турів бинта таке саме, як при накладанні пов'язки на праве око.

Пов'язка на обидва ока (рис. 10c). Бинт закріплюють круговими горизонтальними турами навколо голови. Третій тур проводять над лівим вухом криво по потиличній ділянці під праве вухо, під ділянкою правого ока далі на потилицю, над правим вухом на праву скроневу, лобову ділянку, а потім зверху вниз на ліве око. Бинт спрямовують під ліве вухо, по потиличній ділянці під праве вухо, по правій щоці та проводять над правим оком, зміщуючи бинт на третину його ширини донизу й досередини від попереднього туру, ведуть над переніссям по лівій лобово-скроневої ділянці на потилицю, по правій бічній поверхні голови, дещо вищий за попередній тур на ділянку лівого ока, зміщуючи досередини від попереднього туру. Пов'язку закінчують круговим горизонтальним туром через лоб та потилицю. При накладанні пов'язки на обидва ока кожний тур бинта, закриваючи праве або ліве око, можна закріплювати круговим ходом.

При накладанні пов'язки на одне або обидва ока не слід накладати тури на вушні раковини.

Неаполітанську пов'язку (рис.11) накладають на ділянку вуха та соскоподібний відросток. Ходи бинта нагадують такі, як і при пов'язці на око. Тури бинта після закріплюючих ходів ведуть вище ока на боці ушкодження, не захоплюючи шиї. Наприкінці бинтування пов'язку закріплюють круговим туром.



Рис.11 Неаполітанська пов'язка.

При невеликих ушкодженнях в лобовій, скроневій або потиличній ділянці можна застосовувати «кругову» або «пращоподібну» пов'язки.

Слід зазначити, що за необхідності закрити ділянку носа, нижньої щелепи раціональніше накладати пращоподібну пов'язку, оскільки вона більш проста, надійно фіксує перев'язувальний матеріал, не потребує значного часу для виготовлення, економна.

Динаміка ранового процесу на голові також багато в чому обумовлена анатомо-топографічними особливостями. Наявність численних анастомозів, що проходять через кістки черепа та зв'язують вени покривів голови з внутрішньочерепними венозними синусами, має на увазі при нагноєнні рани швидкоплинний розвиток таких грізних ускладнень, як менінгоенцефаліт, абсцес мозку, тромбоз венозних синусів, остеомієліт кісток черепа.

Вимога до асептичності пов'язки обумовлена профілактикою вторинного інфікування.

При наданні допомоги хворим з інфікованими та гнійними ранами без ознак кровотечі цілком прийнятним є застосування косинкових пов'язок (рис.12).



Рис.12 Косинкова пов'язка.

Під косинкою розуміють трикутний шматок будь-якої матерії (краще за все бязі), який виходить після розрізання по діагоналі квадрата тканини зразковим розміром 100×100 см. Імпровізовану косинкову пов'язку можна виготовити з жіночої головної хустки, складеної по діагоналі. Основу косинки розташовують в ділянці потилиці, а верхівку спускають на обличчя. Кінці косинки проводять над вушними раковинами на лоб, де їх зв'язують. Верхівку завертають над зв'язаними кінцями догори та закріплюють англійською шпилькою або прошивають. Якщо рана розташована в ділянці лоба, то асептичний матеріал покривають основою косинки.

ВИСНОВКИ

Правильна морфологічна оцінка локальних ушкоджень допомагає відтворити механізм травми, впливає на якість діагностики й тактику лікувального процесу, а з урахуванням криміногенного характеру ЧМТ, на правильні висновки судово-медичної експертизи.

Виявлення зовнішніх ушкоджень голови є обов'язковою частиною методики обстеження потерпілого з ЧМТ. При огляді голови потерпілого необхідно визначити наявність ушкоджень м'яких покривів голови, уточнити їх характер і локалізацію, виявити можливе ушкодження підлеглих кісток та мозкової речовини.

При обробленні ран і плануванні тактики для надання допомоги потерпілим з ЧМТ завжди повинні бути враховані анатомо-топографічні особливості м'яких покривів голови.

Особливості перебігу ранового процесу на голові й висока вірогідність розвитку грізних ускладнень, аж до летального кінця, зумовили необхідність остаточного оброблення ран тільки в умовах відділення нейрохірургічного профілю. Однак максимальна ефективність лікування потерпілих з ЧМТ можлива тільки за умови єдиної, чіткої системи організації допомоги на всіх етапах терапії.

Дуже важливою ланкою в наданні допомоги потерпілим з ЧМТ залишається догоспітальний етап, де неадекватна або несвоєчасно надана допомога при ЧМТ сприяє виникненню небезпечних для життя ускладнень.

РЕКОМЕНДОВАНА ЛІТЕРАТУРА

- Золотарева Т.В., Топоров Г.Н. Хирургическая анатомия головы.- М.: «Медицина», 1968. - 225 с.
- Кованов В.В. Оперативная хирургия и топографическая анатомия.- М.: «Медицина», 1978. - 416 с.
- Латчук В.Н., Марков В.В. Основы безопасности жизнедеятельности. Метод. пособие. – М.: «Дрофа», 2002. – 96 с. Лебедев В.В., Крылов В.В. Неотложная нейрохирургия: Руководство для врачей.- М.: «Медицина», 2000. - 568 с.
- Петров С. В. Общая хирургия: Учебник для вузов. – СПб.: Изд-во «Питер», 2004. - 768 с.
- Полищук Н.Е., Старча В.И. Огнестрельные ранения головы.- Киев: Изд-во ТОВ «Тон», 1996.- 72 с.
- Поліщук М.Є., Верхоглядова Т.В., Лісовий А.С., Шевчук В.А. Клініка та судово-медична експертиза черепно-мозкових ушкоджень – К.: Вид. ТОВ.: «Тон», 1996.- 119 с.
- Скрипников Н.С., Топоров Г.Н., Пронина Е.Н., Шепитько В.И. Клиническая анатомия и оперативная хирургия гнойно-воспалительных процессов головы и шеи. – Полтава: «Полтава», 1994.- 188 с.
- Смирнов В.П., Вохмянина О.А. Десмургия Учебно-методическое пособие. – Нижний Новгород: Изд-во НГМА, 2004. - 172 с.;
- Туркина Н.В. Общий уход за больными. Учебник – М.: Узд-во: КМК, 2007. - 550 с.
- Фролов Л. А., Дядичкин В.П., Бушик В. Я. и др. Основы медицинских знаний: Учеб. программа для под. специальностей высших учеб. Заведении - Мн.: РИВШ БГУ, 2001. - 32 с.