

Эта часть работы выложена в ознакомительных целях. Если вы хотите получить работу полностью, то приобретите ее воспользовавшись формой заказа на странице с готовой работой:

<https://stuservis.ru/diplomnaya-rabota/169889>

Тип работы: Дипломная работа

Предмет: Медицина (другое)

ВВЕДЕНИЕ 3

ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ИССЛЕДУЕМОЙ ТЕМЫ 5

1.1. ЧМТ, этиология, патогенез, классификация 5

ГЛАВА 2. РОЛЬ ФЕЛЬДШЕРА ПРИ ЧМТ, ПОЛУЧЕННОЙ ВО ВРЕМЯ ДТП 20

2.1. История болезни больного с ЧМТ 20

2.2. Основные принципы и правила транспортировки больных и пострадавших при ДТП 24

2.3. Клиническая картина, осложнения ЧМТ 24

2.4. Особенности реабилитации 36

2.5. Оказание психологической помощи пострадавшим в ДТП 46

2.6. Лечебно-диагностическая тактика фельдшера пострадавшим в ДТП с ЧМТ 24

ЗАКЛЮЧЕНИЕ 51

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ 52

ПРИЛОЖЕНИЕ.....63

Паспортная часть

Мужчина Петров Виктор Михайлович.

Возраст: 30 лет.

Пол: мужской

Семейное положение: женат

Образование: средне специальное

Дата поступления в клинику: 15.04.2021

Жалобы больного

На общую слабость, ограничение активных движений в правой верхней конечности, нарушение слуха в левом ухе. Также головокружение, неустойчивость при ходьбе.

Anamnesis morbi

Считает себя больным с 15.04.2021, когда при переходе на железнодорожном переходе сбило поездом. Сколько времени был без сознания сказать не может. После травмы появились ограничение активных движений в правой верхней конечности, отсутствие слуха в правом ухе и гематома в левой височной области, приступы судорог. СМП был госпитализирован в нейрохирургическое отделение 1 ГБ.

Anamnesis vitae

Бытовые условия детства хорошие. Болел редко. Трудовой анамнез. По профессии столяр.

Бытовой анамнез: проживает в благоустроенной квартире. Питание полноценное, разнообразное, регулярное.

Вредные привычки: курит в течении 15 лет, по 10 сигарет в день. Злоупотребляет алкоголем. Употребление наркотиков отрицает.

Перенесенные заболевания: отмечает грипп, ОРВИ. Вирусный гепатит, туберкулёз, венерические и психические заболевания отрицает.

Операции, контузии, переливания крови и кровезаменителей отрицает.

Наследственный анамнез: неотягощен.

Соматический статус

Общий осмотр: общее состояние удовлетворительное. Положение больного активное. Сознание ясное, выражение лица спокойное.

Телосложение правильное, отдельные части тела пропорциональны и симметричны, соответствует возрасту и полу. Рост - 172 см. Вес - 70 кг. Тип конституции нормостенический. Походка неровная, не уверенная.

Кожные покровы бледного цвета, целостность не нарушена, участки пигментации и депигментации отсутствуют, влажность умеренная, эластичность не изменена.

Лимфатические узлы: пальпируется подчелюстной узел с правой стороны овальной формы, примерно 1 см, плотной консистенции, безболезненный, подвижный, не спаян с подкожной клетчаткой, кожа над ним не изменена.

Мышечная система вне очага поражения развита удовлетворительно.. Тонус сохранен, сила мышц не изменена, уплотнений и участков болезненности нет.

Кости развиты пропорционально, целостность не нарушена, поверхность гладкая, болезненность при пальпации и поколачивании отсутствует.

Патологии дыхательной, сердечно-сосудистой, мочевыделительной систем – без патологии. ЧСС – 90, АД 140/80, ЧД – 15.

Неврологический статус

Сознание: больной в ясном сознании, ориентируется в пространстве и времени. Адекватен. Менингеальные симптомы. Ригидности затылочных мышц нет. Симптомы Брудзинского и Кернига отрицательные.

Острота зрения в пределах нормы. Поля зрения не изменены. Зрительные галлюцинации, фотопсии не выявлены.

Глазодвигательная система. Патологии не выявлено. Реакция зрачков на свет не изменена.

Слуховая и вестибулярная система. При обследовании выявлено отсутствие слуха в левом ухе (анакузия) и наличие симптомов раздражения (ощущения шума и треска). Слуховые галлюцинации отсутствуют.

Двигательная и рефлекторная система. При осмотре выявлен правосторонний монопарез верхней конечности. Мышечная сила в нормальном тоне. Объем пассивных движений сохранен, атрофии мышц не наблюдается. Сухожильные рефлексы: Сгибательно - и разгибательнолоктевые рефлексы повышены справа. Коленный и подошвенные рефлексы не изменены. Патологические рефлексы на нижних конечностях не выявлены. Патологические рефлексы на верхних конечностях: Россолимо, Жуковского, Бехтерева положительны справа. Тремор отсутствует.

Болевая, температурная, тактильная чувствительность не нарушена. Симптом натяжения тканей отсутствует. Вертеброгенные рефлексоторные периартрозы и туннельные болевые невропатии отсутствуют.

Со слов больного наблюдаются симптоматические эпилептические припадки в течении 2-х лет, возникшие после ЧМТ. Хватательный рефлекс не нарушен.

Психические расстройства. Отмечается кратковременное снижение памяти. Неустойчивость к эмоциональным нагрузкам. Предположительно хронический алкоголизм.

Обязательное обследование:

1. Общий анализ мочи.
2. Общий анализ крови.
3. Флюорография органов грудной клетки
4. Кровь на реакцию Вассермана.

Специальное обследование:

Компьютерная томография головного мозга – позволит получить полноценную информацию о состоянии мозга (наличие очагов ушиба, внутричерепные кровоизлияния, повреждения костей черепа).

Диагноз: Закрытая черепно-мозговая травма. Ушиб головного мозга средней степени.

Диагноз поставлен на основании:

1. наличия факта травмы
2. наличия очаговой симптоматики в виде повышенных сухожильных рефлексов и патологических рефлексов на правой верхней конечности.

Лечение

1. Постельный режим в течении 14 дней.
2. Сосудистая терапия (кавинтон, трентал) – способствует улучшению микроциркуляции головного мозга, торможению агрегации тромбоцитов, улучшению переносимости гипоксии клетками головного мозга за счет уменьшения сродства кислорода к эритроцитам, усилению поглощения и метаболизма глюкозы
3. Антиоксидантная терапия (мексидол) – способствует ингибированию свободнорадикальных процессов и оказывает выраженное антигипоксическое действие.
4. Дегидратационная терапия (манитол) проводится при появлении симптомов повышения ВЧД.
5. Седативная терапия (феназепам) – оказывают выраженное противосудорожное, миорелаксантное и снотворное действие.
6. Ноотропные препараты (пирацетам) – стимулируют передачу возбуждения в центральных нейронах, облегчают передачу информации между полушариями головного мозга, улучшают энергетические

процессы и кровоснабжение мозга, повышают его устойчивость к гипоксии.

Назначения.

1. кавинтон 0,05 внутрь по 2 таб. 3 раза в день.
2. мексидол 5% - 4мл в/в капельно, предварительно развести в 200мл физ. раствора №4, затем в/м 5% - 2 мл 2 раза в день.
3. феназепам по 0,0005 2 раза в день
4. глиатилин по 400 мг 3 раза в день.
5. финлепсин ретард 400 мг по ½ таб. 1 раз в день.

2.2. Лечебно-диагностическая тактика фельдшера пострадавшим в ДТП с ЧМТ

Первая помощь при ЧМТ предполагает проведение следующих мероприятий:

- Сперва важно самостоятельно оценить степень полученных травм и всю тяжесть состояния пострадавшего;
 - Далее – вызвать карету скорой для последующей эвакуации человека в больницу с целью принятия дальнейших медицинских мер;
 - На следующем этапе следует выяснить, потерял ли человек сознание, или нет. При потере можно применять меры по приведению его в чувство;
 - После этого рекомендуется изучить тип повреждения (ЧМТ имеет закрытую или открытую форму, наличие ран и кровотечения, а также вытекания жидкости из спинного мозга);
 - Также оказание первой помощи предполагает проверку работы сердечной мышцы и ее ритма. При отсутствии дыхания нужно срочно провести реанимационные процедуры в форме искусственного дыхания и непрямого массажа сердца для его запуска;
 - При открытой форме ЧМТ на рану нужно наложить стерильную повязку.
- При наличии обломков костей вокруг раны повязку следует положить по ее периметру.
- В случае обнаружения вытекания жидкости из спинного мозга предполагается укладка марлевых тампонов в слуховой и носовой проход для их закрытия;
 - Если человек потерял сознание, необходимо проверить его дыхательные пути и при необходимости освободить их. Также нужно удалить любые посторонние предметы из полости рта и носоглотки, а после аккуратно уложить его набок до момента прибытия кареты скорой помощи;
 - Если пострадавший пребывает в сознании, ему нужно оказать помощь для размещения в лежачем положении и фиксации головы;
 - К месту травмы следует приложить холодный предмет для облегчения болевых ощущений;
 - Если на месте происшествия нет возможности предоставить пострадавшему качественную первую помощь важно сделать все возможное, чтобы произвести транспортировку человека в медицинское учреждение. При этом нужно осуществлять постоянный контроль состояния пострадавшего и следить за тем, чтобы его дыхание и сердцебиение не останавливались. Также важно предпринять все возможные меры для обеспечения максимальной неподвижности человека в лежачем состоянии до прибытия в больницу. [9]

Ряд действий в попытках оказывать первичную медпомощь при травме головы могут привести к серьезному ухудшению состояния пострадавшего. По этой причине важно знать, что именно делать недопустимо:

- Ни в коем случае нельзя позволять потерпевшему подниматься, даже когда тот уверяет, что с ним все хорошо. Затуманенное сознание и болевой шок не дают человеку нормально понять серьезность повреждений и тяжесть своего состояния, что может привести к серьезному ухудшению его здоровья;
- Нельзя допускать перемещения человека без реальной нужды;
- При наличии обломков костей или иных посторонних предметов в открытой ране не следует самостоятельно заниматься их извлечением – таким образом можно нанести дополнительные травмы, которые лишь усугубят и без того тяжелое состояние.

1. Анатомия черепных и спинномозговых нервов / ред. М.А Корнев. - М.: СПб: Фолиант, 2017. - 104 с.
2. Абриталин, Е.Ю Функциональная нейрохирургия в лечении / Е.Ю Абриталин. - СПб.: Спецлит, 2018. - 191 с.
3. Гринберг, А.С. Нейрохирургия / А.С. Гринберг. - М.: МЕДпресс-информ, 2011. - 1008 с.
4. Гринберг, М.С. Нейрохирургия / М.С. Гринберг. - М.: МЕДпресс-информ, 2010. - 1008 с.
5. Гусев, Е.И. Неврология и нейрохирургия: учебник. В 2 т. / Е.И. Гусев. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2017. - 308 с.
6. Гусев, Е.И. Неврология и нейрохирургия / Е.И. Гусев, А.Н. Коновалов, Г.С. Бурд. - М.: Медицина, 2000. - 656 с.

7. Клинические рекомендации. Неврология и нейрохирургия; ГЭОТАР-Медиа - Москва, 2015. - 370 с.
8. Лебедев, В.В. Неотложная нейрохирургия: Руководство для врачей / В.В. Лебедев, В.В. Крылов. - М.: Медицина+, 2000. - 568 с.
9. Лекции по черепно-мозговой травме. - М.: Медицина, 2014. - 320 с
10. Лумента, Х. Нейрохирургия. Европейское руководство. В 2 т. Т. 2 / Х. Лумента. - М.: Панфилова, 2013. - 360 с.
11. Лумента, Х. Нейрохирургия. Европейское руководство. В 2 т. Т. 1 / Х. Лумента. - М.: Панфилова, 2013. - 392 с.
12. Лумента, Х. Нейрохирургия. Европейское руководство. В 2 т / Х. Лумента. - М.: Панфилова, 2013. - 752 с.
13. Назаров, В.М. Неврология и нейрохирургия: Учебное пособие / В.М. Назаров. - М.: Академия, 2011. - 240 с.
14. Назаров, В.М. Неврология и нейрохирургия / В.М. Назаров. - М.: Academia, 2014. - 96 с.
15. Нейрохирургия: руководство. В 2 т. Т.2. Лекции, семинары, клинические разборы/Под ред. О.Н. Древаля.- М.:ГЭОТАР-Медиа, 2009. - 159с.
16. Никифоров А. С., Коновалов А. Н., Гусев Е. И. Клиническая неврология. В 3 томах. Том 3 (часть1). Основы нейрохирургии; Медицина - Москва, 2012. - 600 с.
17. <http://operaciya.info/orto/vyviv/>
18. <http://cyberleninka.ru/article/n/detskiy-travmatizm-prichiny-i-factory-vozniknoveniya-na-primere-engelskogo-rayona-saratovskoy-oblasti>
19. <http://lekmed.ru/spravka/neotlozhnaya-pomosch/vyvih-travmaticheskiy.html>
20. http://www._Travmatologiya_i_ortopediya__konspekt_lekcii.html

Эта часть работы выложена в ознакомительных целях. Если вы хотите получить работу полностью, то приобретите ее воспользовавшись формой заказа на странице с готовой работой:

<https://stuservis.ru/diplomnaya-rabota/169889>