**Министерство образования Российской Федерации**

**Пензенский Государственный Университет**

**Медицинский Институт**

**Кафедра Хирургии**

Реферат

на тему:

**«Термическая травма и повешение»**

**Пенза**

**2008**

**План**

1. Ожоги носа и ушей
2. Ожоги глотки, гортани, пищевода
3. Ожоги мочевого пузыря и уретры
4. Отморожение
5. Повешение

Литература

**1. Ожоги носа и ушей**

При воздействий горячих жидкостей (вода, масло, смола), пламени, пара, расплавленного металла возникают термические поражения наружных ЛОР-органов, преимущественно кожи носа и ушей.

Неотложная помощь. Производят первичную обработку поврежденной поверхности: марлевыми тампонами обмывают кожу вокруг места ожога 0,5% теплым раствором нашатырного спирта или мыльной водой. При ожогах I степени ожоговую поверхность обрабатывают спиртом или 2–5% раствором перманганата калия. При ожогах II степени после первичной обработки накладывают повязки с антисептическими мазями: бальзамом Шостаковского, стрептоцидовой мазью, синтомициновой эмульсией, фурацилиновой мазью. Ожоговую поверхность можно обработать аэрозольным препаратом ливианом. Иссечение пузырей целесообразно производить в условиях стационара.

Госпитализация, Больные с ожогами III и IV степени подлежат срочной госпитализации в хирургическое или ожоговое отделение.

**2. Ожоги глотки, гортани и пищевода**

Различают ожоги термические и химические. Термические ожоги возникают при воздействии горячих жидкостей, паров, газов. Химические ожоги встречаются чаще. Они наблюдаются при проглатывании кислот и щелочей по ошибке или с целью самоубийства. Наиболее распространены ожоги уксусной эссенцией, нашатырным спиртом и каустической содой. Степень ожога (от катарального воспаления до некроза) зависит от характера вещества, его концентрации и количества, а также от длительности воздействия на ткани.

Резкие боли в полости рта, глотке, за грудиной по ходу пищевода, усиливающиеся при глотании, невозможность приема даже жидкостей, повторная рвота (часто с примесью крови), обильная саливация, затрудненное дыхание, повышение температуры тела. При осмотре отмечаются ожоги на губах, коже лица вокруг рта, яркая гиперемия и выраженная отечность слизистой оболочки ротовой полости и глотки. Ожоги глотки, гортани и пищевода вследствие реактивных изменений наружного кольца гортани могут осложняться стенозом гортани и удушьем. Глубокий некроз стенки пищевода может привести к перфорации его и развитию медиастинита.

Диагноз ставят на основании анамнеза и осмотра.

Неотложная помощь. Для удаления химического вещества промывают желудок (3–4 л жидкости). При термических ожогах промывание желудка не производят. Для снятия болевого синдрома и спазма пищевода подкожно вводят 1–2 мл 1% раствора промедола или 2 мл 2% раствора пантопона, 1 мл 0,1% раствора атропина и 2 мл 2% раствора папаверина; внутривенно 5 мл 0,5% раствора новокаина. Для снятия интоксикации внутривенно капельно вводят 300 мл 5% раствора глюкозы, 400 мл гемодеза. Назначают антибиотики, сердечные средства. Рекомендуется глотать кусочки льда, растительное масло, рыбий жир, несколько раз в день пить по 1 столовой ложке 0,5% раствор новокаина, применять таблетки анастезина для сосания, полоскания глотки дефинфицирующими растениями (0,002% раствор фурацилина, 0,1% раствор риванола). При нарастании затруднения дыхания через гортань может потребоваться трахеостомия.

Госпитализация. При ожогах глотки, гортани и пищевода показана срочная госпитализация в токсикологическое или хирургическое отделение.

**3. Ожоги мочевого пузыря и уретры**

Термические ожоги мочевого пузыря и уретры, как правило, являются следствием трансуретральный операций или ошибочного введения растворов повышенной температуры, имеют незначительную поверхность, хорошо сформированный струп и не требуют специального лечения. Химические ожоги мочевого пузыря и уретры связаны с введением в их полость различных веществ, способных вызвать местную воспалительную реакцию, а при значительной концентрации и экспозиции – коагуляцию клеточных белков и некроз. Лучевые ожоги мочевого пузыря могут быть выделены лишь условно, так как проявляются интерстициальным циститом после лучевой терапии надлооковой зоны.

Боль, возникающая уже в момент введения раствора, дизурия, при ожоге уретры возможна задержка мочеиспускания.

Неотложная помощь. Необходимо экстренно проверить характер, и концентрацию вводимого вещества. В зависимости от вида введенного вещества мочевой пузырь и уретру промывают раствором соответствующего нейтрализатора (при ожоге кислотами – слабым раствором гидрокарбоната натрия, при ожоге щелочами – слабыми растворами органических кислот, в частности, лимонной, уксусной и др.). Промывание мочевого пузыря целесообразно закончить введением в него синтомициновой эмульсии. Назначают обильное питье или парентеральное введение жидкости в стимуляцию диуреза приемом внутрь 40 мг фуросемида или внутривенным введением 40 мг лазикса.

В дальнейшем лечение проводится, как при остром цистите и остром уретрите. При тяжелых комбинированных ожогах мочевого пузыря и уретры для проведения лечения требуется дренирование мочевого пузыря эпицистостомией.

Осложнения (острый цистит, уретрит) требуют дальнейшего контроля и лечения в урологическом отделении.

Ожоги половых губ, полового члена и мошонки, как правило, комбинированные, чаще встречаются у детей раннего возраста (1–3 лет). Ожоги обычно термические, реже химические. Локализация и объем ожоговой поверхности зависят от положения ребенка во время ожога: промежность, когда дети садятся на сосуд с горячей жидкостью; нижняя половина туловища, кожа полового члена, мошонки и бедер при опрокидывании на себя сосуда с горячей жидкостью.

Резкая боль, гиперемия кожи (ожог I степени), образование пузырей (ожог II степени), участки некроза (ожог III–IV степени), интоксикация, ожоговый шок. Тяжесть клинической картины определяется возрастом обожженного, степенью ожога и его площадью. Изолированные ожоги полового члена и мошонки встречаются редко.

Диагноз не вызывает затруднений.

Неотложная помощь. Наложение на обожженную поверхность асептической повязки. При обширных повреждениях или ожогах 111-IV степени показана госпитализация. Перед транспортировкой вводят обезболивающие средства: 1 – 2 мл 1% пантопона или 1% морфина.

При ожогах 1 степени обожженную поверхность смазывают вазелином, маслом или сульфаниламидными эмульсиями или мазями. При небольших по площади ожогах II степени применяют сульфаниламидные присыпки и сухие повязки. Назначают анальгетики внутрь или в инъекциях. При повышении температуры тела вводят антибиотики для профилактики инфекционных осложнений.

Госпитализация специализированное учреждение (ожоговое, хирургическое) при обширных ожогах, особенно осложненных ожоговым шоком, для проведения экстренных противошоковых мероприятий, ограничения возможности развития вторичной инфекции, борьбы с интоксикацией.

**4. Отморожение**

Отморожение наступает при длительном воздействии холода на какой-либо участок тела или (чаще) конечностей. Воздействие на весь организм вызывает общее охлаждение организма. Под воздействием холода наступают расстройства кровообращения, вначале кожи, а затем и глубжележащих тканей, затем наступает омертвение вначале кожи, а затем и глубжележащих структур. Как и ожоги, отморожения различают по степеням. В отличие от ожогов определить глубину повреждения сразу после отморожения трудно. Степень отморожения можно установить через 12–24 ч.

Кожа бледно-синюшная, холодная, чувствительность (тактильная и болевая) отсутствует или резко снижена. При растирании и согревании появляется сильная боль в пальцах или во всей стопе и кисти. Через 12–24 и можно определить глубину отморожения: при 1 степени кожа гиперемированна, синюшна, пальцы отечны; при II степени образуются пузыри с геморрагическим содержимым, при III степени – по вскрытии пузырей видна раневая поверхность с участками темных некрозов; при IV степени отморожению подвержены целиком пальцы или дистальные отделы конечностей: они черного цвета, вначале отечны, затем подвергаются мумификации. При общем охлаждении пострадавший вял, безучастен к окружающему, кожные покровы бледные, холодные, пульс редкий, артериальное давление снижено. Температура тела меньше 36 ˚С.

Неотложная помощь: пострадавшего вносят в теплое помещение, снимают обувь и перчатки. Отмороженную конечность вначале растирают сухой тканью, затем помещают в таз с теплой (32–340 водой. В течение 10 мин температуру доводят до 40–45С. Если боль, возникающая при отогревании, быстро проходит, пальцы принимают обычный вид или немного отечны, чувствительность восстанавливается, то конечность вытирают насухо протирают 33% раствором спирта и надевают сухие проглаженные носки, а сверху шерстяные носки (или перчатки, если отморожены руки). Пострадавшему рекомендуют обратиться к хирургу. Если отогревание сопровождается усиливающейся болью, пальцы остаются бледными и холодными, то это признак глубокого отморожения, и пострадавшего следует направить в отделение термической травмы, травмотологическое или гнойно-хирургическое отделение. При боли вводят 1 мл 1% раствора пантопона или 1 мл 1% раствора морфина.

При общем охлаждении пострадавшего необходимо тепло укрывать, обложить грелками, ввести аналептики (2 мл сульфакамфокаина, 1 мл кофеина), напоить горячим чаем. При невозможности быстро доставить в стационар пострадавшего лучше всего поместить в теплую ванну температуры 40 ˚С на 30–40 мин.

Госпитализация показана при глубоких отморожения III–IV степени, общем охлаждении организма.

Отморожение полового члена и мошонки является большой редкостью, как правило, ограничены небольшими участками кожи полового члена и мошонки. У детей отморожения бывают вследствие шалости при непосредственном соприкосновении полового члена и мошонки с охлажденными металлическими предметами при сильных морозах. Отморожение обычно ограничивается I степенью.

Боль, покраснение кожи, ее отек.

Неотложная помощь заключается в постепенном активном согревании отмороженного участка кожи. После порозовения и потепления кожи пораженный участок обрабатывают 33% раствором спирта и накладывают асептическую повязку.

Госпитализация при изолированном поражении не требуется.

**5. Повешение**

Повешение – странгуляционная асфиксия – происходит чаще всего при суицидальных попытках, но может наступить и случайно: в состоянии сильного алкогольного опьянения, при внезапной потере сознания и падении с ущемлением шеи между плотными предметами (например, в развилке дерева и т.д.), у детей во время игры. Повешение может быть полным, когда тело и ноги пострадавшего не имеют опоры, и неполным, когда какие-либо части тела опираются на твердый предмет (пол, землю, мебель и др.). Тяжесть состояния больного определяется в первую очередь длительностью странгуляции; последняя наступает быстрее при сдавлении шеи скользящей петлей с расположением узла в области затылка. В результате сдавления шеи перелавливаются трахея или гортань иногда с переломом подъязычной кости сдавливаются сначала яремные вены, а затем сонные и позвоночные артерии, что приводит к асфиксии, резкому венозному полнокровию, а затем к ишемии головного мозга. При полном повешении могут наблюдаться переломы и вывихи шейных позвонков с повреждением шейного отдела спинного мозга.

В зависимости от длительности странгуляции пострадавший может быть извлечен из петли с признаками жизни или в состоянии клинической смерти. Как правило, отчетливо видна странгуляционная борозда на шее бледного или багрово-бурого цвета. Если даже остановки дыхания и сердечной деятельности не наступило, сознание пострадавших, как правило, утрачено, они резко возбуждены, наблюдаются клонические или тонические судороги; иногда непрерывные. Может развиться эпилептиформный синдром. Лицо отечное, синюшно-багрового цвета, множественные кровоизлияния в склеру и конъюнтиву глаз. Дыхание резко учащено, хриплое, шумное, иногда аритмичное. Может развиться отек легких. Пульс учащен до 120–140 уд/мин, отмечаются нарушения ритма (экстрасистолия). В претерминальном и агональном состоянии – брадикардия. АД повышено, вены набухшие. Непроизвольное моче – и калоотделение. После выведения больного из тяжелого состояния отмечаются ретроградная амнезия, иногда острые психозы. Частые осложнения – пневмонии, хондроперихондриты хрящей гортани.

Неотложная помощь. Первоочередная задача – обеспечить проходимость дыхательных путей. Необходимо немедленно освободить шею пострадавшего от сдавливающей петли. Далее освобождают ротовую полость от слизи, пены, придают голове положение максимального затылочного разгибания (если нет признаков повреждения спинного мозга – тетраплегии).

При остановке сердечной деятельности сразу же после восстановления проходимости дыхательных путей приступают к непямому массажу сердца и искусственной вентиляции легких способами изо рта в рот, изо рта в нос или через маску мешком Рубена – Амбу). Если сердечная деятельность сохранена, но имеются тяжелые нарушения дыхания или оно отсутствует, немедленно начинают искусственную вентиляцию легких, ни в коем случае не прибегая к введению каких-либо дыхательных аналептиков. После устранения опасной для жизни степени гипоксии производят интубацию трахеи и обязательно продолжают искусственное дыхание через интубационную трубку. Внутривенное введение препаратов может быть крайне затруднено из-за выраженного возбуждения пострадавшего и судорог. В этих случаях можно ввести 0,8–1 мл 0,1% раствора атропина и первую дозу (100 мг) 5 мл 2% раствора листенона в корень языка для осуществления интубации трахеи.

Основной метод лечения больного, перенесшего странгуляционную асфиксию, длительная искусственная вентиляция легких в условиях полной мышечной релаксации, поэтому при транспортировке больного и в стационаре продолжают искусственное дыхание с дробным (по 50–70 мг) введением листенона. Тотальную кураризацию следует продолжать до полного исчезновения судорог и восстановления нормального мышечного тонуса, а искусственную вентиляцию легких – до полного восстановления сознания. При отеке легких искусственную вентиляцю легких следует проводить с положительным давлением в конце выдоха (8 – 10 см вод. ст.).

Внутримышечно вводят 250 мг гидрокортизона и внутривенно – К) мг преднизолона. Если у больного нет тяжелых нарушений дыхания, но имеется двигательное возбуждение, показано внутривенное введение оксибутирата натрия в дозе 40–50 мг/кг или седуксена – 2–3 мл 0,5% раствора.

От дегидрационной терапии на догоспитальном этапе следует воздержаться, ее можно применять только в стационарных условиях по строгим показаниям (повышение ликворного давления выше 300 мм вод. ст.) и под строгим контролем.

Госпитализация срочная в отделение реанимации и интенсивной терапии.

**Литература**

1. «Неотложная медицинская помощь», под ред. Дж.Э. Тинтиналли, Рл. Кроума, Э. Руиза, Перевод с английского д-ра мед. наук В.И. Кандрора, д.м.н. М.В. Неверовой, д-ра мед. наук А.В. Сучкова, к.м.н. А.В. Низового, Ю.Л. Амченкова; под ред. д.м.н. В.Т. Ивашкина, д.м.н. П.Г. Брюсова; Москва «Медицина» 2001
2. Елисеев О.М. (составитель) Справочник по оказанию скорой и неотложной помощи, «Лейла», СПБ, 1996 год