

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ
УЧРЕЖДЕНИЕ
ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«КРАСНОЯРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ
ИМЕНИ ПРОФЕССОРА В.Ф.ВОЙНО-ЯСЕНЕЦКОГО»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Кафедра ЛОР болезней с курсом ПО

Заведующий кафедрой
дмн, профессор С.Г. Вахрушев
Куратор
кмн, доцент М. А. Петрова



Реферат
На тему «Инородные тела уха, глаза и носа»

Выполнила:
клинический ординатор 1-го года, группы 115
Д.Б. Иваненко

Красноярск

2023 г.

СОДЕРЖАНИЕ

Введение

1. Инородные тела уха
2. Инородные тела глаза
3. Инородные тела носа

Заключение

Список литературы

Введение

Инородные тела глаза - мелкие неострые предметы (соринки, мошки, песчинки и т.д.), задерживаясь на слизистой оболочке (конъюнктиве) вызывают острое чувство жжения в глазу, которое усиливается при мигании, слезотечении.

Первая помощь. Тереть глаз нельзя, так как это вызывает еще большее раздражение. Обычно соринка располагается под верхним или нижним веком. Больного просят посмотреть вверх, оттягивая нижнее веко вниз. Видимую соринку удаляют плотным ватным тампончиком, сухим или смоченным в растворе борной кислоты. Удалить соринку из-под верхнего века сложнее - необходимо вывернуть верхнее веко наружу конъюнктивой. Больного просят направить взор вниз, оказывающий помощь, захватив двумя пальцами правой руки верхнее веко за ресницы, оттягивает его вперед и вниз, затем указательным пальцем левой руки, наложенным поверх верхнего века, вывертывает его движением снизу вверх. После удаления инородного тела больного заставляют посмотреть вверх, и вывернутое веко возвращается самостоятельно в исходное положение. С целью профилактики в глаз закапывают 2-3 капли альбуцида. При попадании в глаз острых предметов необходимо обратиться к врачу.

Инородные тела уха. Различают два вида - живые и неживые инородные тела.

Неживые - мелкие предметы (пуговицы, бусины, горох, семечки и т.д.) чаще не вызывают никаких болевых ощущений. Самостоятельно извлекать их категорически запрещается, так как всякие попытки будут лишь способствовать дальнейшему проталкиванию в глубь слухового прохода.

Живые инородные тела (клопы, тараканы, мошки, мухи и др.) вызывают неприятные субъективные ощущения - чувство сверления, жжения. В этом случае необходимо заполнить слуховой проход жидким маслом, спиртом, можно водой и заставить пострадавшего несколько минут

полежать на здоровой стороне. Насекомое быстро гибнет. После исчезновения неприятных ощущений в ухе необходимо полежать на больной стороне. Нередко вместе с жидкостью удаляется и инородное тело. Если оно осталось в ухе, следует обратиться к врачу-отоларингологу.

Инородные тела носа чаще встречаются у детей, которые сами себе заталкивают в нос мелкие предметы (шарики, бусинки, куски бумаги или ваты, ягоды, пуговицы и др.). В качестве первой помощи можно посоветовать больному сильно высморкаться, закрыв при этом вторую половину носа. Запрещается делать какие-либо попытки самостоятельно вынуть инородное тело из носа. Удаление инородных тел производит только врач.

Инородные тела дыхательных путей. Попадание инородных тел в дыхательные пути может привести к их закупорке и асфиксии. Очень часто в дыхательные пути попадает пища, когда человек разговаривает во время еды, что вызывает приступ резкого кашля. Инородное тело часто в момент кашля удаляется, но иногда может возникнуть спазм голосовых связок, и просвет голосовой щели полностью закрывается, что приводит к удушью.

Первая помощь. Если резкое и сильное откашливание не помогает, то пострадавшего укладывают животом на согнутое колено, голову опускают как можно, ниже и ударяют рукой по спине. При отсутствии эффекта пострадавшего укладывают на стол, голову резко сгибают назад и через открытый рот осматривают область гортани: обнаруженное инородное тело захватывают и удаляют. В случаях полного закрытия дыхательных путей, развившейся асфиксии и невозможности удалить инородное тело единственная мера спасения - экстренная трахеотомия

1. Инородные тела уха

Инородные тела наружного уха. Наиболее часто наблюдается у детей, которые, играя с различными мелкими предметами, вкладывают их себе в ухо.

Симптомы зависят от величины и характера ИТ. При острых ИТ боль и кровотечение из уха. ИТ, obturiruyushchie слуховой проход, вызывают чувство давления и шум в ухе, понижение слуха, иногда головокружение. При живых ИТ резкая боль в ухе и шум.

Неотложная помощь. ИТ уха, как правило, не представляет опасности для больного и не требует срочного удаления. Опасны неумелые попытки удаления ИТ, так как это может привести к смещению их в костный отдел слухового прохода и даже в барабанную полость. Пинцетом можно удалять только ИТ удлинённой формы (спичка). При живых ИТ рекомендуется вливание в наружные слуховой проход подогретого масла, что приводит к гибели насекомого. Удаление ИТ производится промыванием уха теплой водой или дезинфицирующим р-ром (р-р перманганата калия слабой концентрации, 0,02% р-р фурацилина) из шприца Жане вместимостью 100-150 мл. При отсутствии шприца его можно заменить резиновым баллоном. Струю жидкости направляют по верхне-задней стенке наружного прохода, вместе с жидкостью удаляют ИТ. Перед удалением разбухающих ИТ (горох, фасоль) для их обезвоживания рекомендуется предварительно влить в ухо несколько капель подогретого 70% спирта. Во время промывания уха голова должна быть хорошо фиксирована. Промывание уха противопоказано при наличии перфорации барабанной перепонки (особенно сухой), при полной obturacii слухового прохода ИТ, а также при ИТ остrokonechnoy формы (металлическая стружка). Как правило, ИТ уха удаляют амбулаторно. Если удалить ИТ промыванием не удастся, больного направляют в оториноларингологическое отделение.

Инородные тела среднего уха. Встречаются редко. Они бывают при травмах и ранениях височной кости. ИТ при неудачных попытках удаления может внедриться в барабанную полость из слухового прохода.

Симптомы: боль в ухе и снижение слуха, кровотечение из уха. Может быть тяжелым общее состояние. Возможны головокружение, нистагм, периферический парез лицевого нерва.

Неотложная помощь. При кровотечении вводят в ухо стерильную турунду.

Госпитализация больного в экстренном порядке в положении лежа (направляют в оториноларингологическое отделение).

В слуховой проход иногда заползают или залетают насекомые. Они не могут проникнуть за барабанную перепонку и остаются в наружном слуховом проходе, иногда завязнув в мягкой сере. Живое насекомое иногда может издавать сильный шум и биться о барабанную перепонку. Это не опасно.

Удаление насекомых из уха

Испытанное средство: если в слуховой проход попало насекомое, его можно вымыть оттуда, осторожно вливая теплую воду в ухо из маленькой кружки.

Если насекомое все-таки осталось в ухе, следует обратиться к врачу.

Не пытайтесь самостоятельно извлекать твердые инородные тела: вы только затолкнете их еще глубже в слуховой проход. Отвезите больного к доктору.

2. Инородные тела глаза

В глаз часто попадают мелкие инородные тела. Вот несколько мест, где их можно обнаружить.

Чаще всего поражаются следующие места:

- Наружные уголки глаза.
- Под веками, где инородное тело может причинять сильную боль, давя на чувствительную роговицу (а).

- Металлические инородные тела, летящие с большой скоростью, могут иногда проникать сквозь глазную оболочку и застревать внутри.

Если инородное тело не удастся увидеть сразу, можно поддеть верхнее веко спичкой и заглянуть под него (b). Это будет проще, если больной направит взгляд вниз.

Способы удаления инородных тел из глаза

Инородное тело часто удастся удалить, моргая глазом под водой (a).

1. Песчинку, прилипшую с внутренней стороны века или возле края роговицы, часто можно подцепить уголком сложенного листка бумаги (b).

Если инородное тело осталось в глазу, обращайтесь к доктору. Никогда не применяйте иглу или другие твердые заостренные предметы.

Не пытайтесь извлечь песчинку, крепко застрявшую в оболочке глаза.

Никогда не пытайтесь удалить инородное тело из середины роговицы. Образовавшийся здесь рубец может серьезно повредить зрение.

Металлические инородные тела, летящие с большой скоростью. Они вылетают при работе на шлифовальных, сверлильных и других механизмах и могут почти безболезненно проникать в глаз, однако их присутствие там составляет серьезную угрозу для зрения. В таких случаях следует обращаться к хирургу-офтальмологу.

3. Инородные тела носа

Мелкие инородные тела, оказавшиеся в ноздре, чаще всего хорошо видны, и их иногда можно вытолкнуть, сделав сильный выдох пострадавшей ноздрей. Удаление застрявшего инородного тела следует производить с крайней осторожностью и по возможности под присмотром врача.

Если не удастся извлечь инородное тело, отведите пострадавшего к врачу. Не проявляйте настойчивость, если не достигнете немедленного успеха, так как вы рискуете затолкнуть застрявший предмет еще глубже.

Первая медицинская помощь при ранении и повреждении носа

Повреждение наружного носа весьма часты. Степень повреждения мягких тканей, костного и хрящевого скелета зависит от характера травмы, направления и силы удара. Наиболее часто повреждаются носовые кости и перегородка, реже происходит перелом лобных отростков верхней части и стенок околоносовых пазух. Иногда встречаются повреждения носа с отрывом его кончика или крыла. Травмы носа всегда сопровождаются обильным кровотечением.

Симптомы. Основные жалобы: боль в области носа, кровотечение при формировании гематомы перегородки носа - затрудненное носовое дыхание. В случаях перелома костей носа со смещением костных обломков отличается деформация наружного носа. При ударе, нанесенном спереди, происходит разъединение носовых костей или их перелом в продольном направлении. В этих случаях спинка носа западает. Боковые удары приводят к разъединению шва между носовой костью и лобным отростком на стороне удара и перелому лобного отростка на противоположной стороне, что приводит к сколиозу спинки носа, почти всегда при этом наблюдается перелом или вывих перегородки носа. Появление подкожной эмфиземы лица при сморкании указывает на наличие разрывов слизистой оболочки носа. В случае перелома решетчатой пластинки наблюдается ликворея.

Неотложная помощь. Остановка кровотечения и репозиция костных обломков с их последующей фиксацией. Целесообразно производить вправление костных отломков в возможно ранний срок. При наличии противопоказаний (сотрясение головного мозга, выраженная отечность мягких тканей наружного носа и др.) манипуляция может быть отсрочена на несколько дней. Репозиция костей носа осуществляется с помощью носового элеватора под местной анестезией (слизистая оболочка смазывается 3% р-ром дикаина и в зону перелома вводят 5-10 мл 1% р-ра новокаина) или кратковременным наркозом. Фиксация отломков обеспечивается тампонадой полости носа марлевой турундой, пропитанной парафином. В отдельных

случаях (многооскольчатые переломы) целесообразна дополнительное использование фиксирующих валиков и повязок. При дефектах наружного носа предпочтительна пластика аутотканями, если с момента травмы прошло не более 24 часов. При поверхностных дефектах хороший результат можно получить, используя метод свободной пересадки кожи по Тирину. В случае утраты аутотканей возможно формирование недостающих отделов носа из щечного лоскута.

Заключение

Ранения, ожоги и отморожения ушной раковины по клиническим признакам и оказанию медицинской помощи ничем не отличаются от повреждений кожных покровов других областей тела.

Повреждение наружного слухового прохода наблюдается при переломе сустава нижней челюсти, при огнестрельных ранениях, а также при переломах основания черепа. Одновременно с этим нередко отмечается разрыв барабанной перепонки.

В тех случаях, когда наблюдается кровотечение из уха, а раны в области уха нет, следует предполагать перелом основания черепа. На возможность этого могут указать также обстоятельства, при которых возникла травма: воздействие взрывной волны, сотрясение при падении с высоты и т.д. В этих случаях надо наложить на ухо стерильную повязку и эвакуировать пострадавшего на медицинский пункт, где имеется врач. Чтобы остановить кровотечение, поверх повязки к уху можно приложить пузырь или бутылку со льдом.

Если в наружный слуховой проход попало инородное тело и его можно захватить пальцами, то его удаляют. Чтобы удалить из уха насекомое (при отсутствии повреждения), в слуховой проход закапывают несколько капель теплой воды или вазелинового масла и голову наклоняют ухом вниз. Принимать какие-то другие меры для удаления инородных тел из уха спасателю не следует.

Повреждение барабанной перепонки чаще всего происходит при внезапном повышении давления воздуха в наружном слуховом проходе (удар ладонью по уху, прыжки в воду, резкое снижение самолета с большой высоты т.д.), а также при резком снижении давления в наружном слуховом проходе. В военное время причиной разрыва барабанной перепонки в основном является действие взрывной волны при взрывах боеприпасов. Признаки разрыва: боль, понижение слуха, небольшое кровотечение из уха.

При повреждении барабанной перепонки через прободное отверстие в среднее ухо может проникнуть инфекция и развиваться отит (воспаление среднего уха), поэтому нельзя промывать ухо или закапывать в него какие-либо лекарства, а надо наложить повязку. Для уменьшения кровотечения поверх повязки можно положить пузырь со льдом.

Повреждение среднего и внутреннего уха встречаются одновременно с закрытыми и открытыми повреждениями головного мозга. При контузии нарушаются функции барабанной перепонки, кровоизлияние в среднее ухо и смещение его частей. Признаки повреждения среднего и внутреннего уха при ранениях и контузии: расстройство или полная потеря слуха, глухонмота, головная боль, шум в ушах, головокружение, рвота, потеря равновесия.

Первая помощь при ранениях среднего и внутреннего уха состоит в наложении на рану антисептической повязки, создании раненому покоя, эвакуации в положении лежа.

Ранения и повреждения носа, глотки гортани и трахеи нередко сочетаются с ранением и контузией черепа. Ранения и повреждения носа и глотки часто сопровождаются кровотечением. При повреждении глотки затрудняется или становится совершенно невозможным глотание, в следствии чего кровь затекает в трахею и легкие, что может называть воспаление легких или смерть. У пострадавшего, находящегося в бессознательном состоянии, в следствии западения языка может произойти удушье.

При повреждении гортани или трахеи бывает хриплый голос или сохраняется только шепотная речь, может быть также удушье. Во время разговора и особенно кашля появляются боли в области ранения. Ранения гортани или трахеи сопровождается еще более тяжелыми осложнениями.

Из них наиболее опасны следующие:

- повреждение близко расположенных к гортани или трахее жизненно важных нервов и сосудов. Это приводит к остановке сердечной деятельности или к смертельному кровотечению;

- развитие удушья (асфиксии) в результате отека гортани, сдавливания ее или трахеи скапливающейся в тканях шеи кровью и следствие - спазм гортани. Обычно это бывает в первые часы после ранения, сопровождается нарастанием удушья и нередко заканчивается смертью. Затруднение дыхания может быть вызвано также затеканием крови в легкие, попаданием в бронхи обрывков тканей, отломков костей и хрящей;

- воспаление легких вследствие затекания в них крови и попадания инфекции. Особенно опасно воспаление средостения, в котором расположены крупные сосуды и жизненно важные нервы.

Список литературы

1. АбуАли Ибн Сина (Авиценна). Канон врачебной науки. Избранные разделы. М.: «МИКО Коммерческий вестник», Ташкент: Фан АН Републики Узбекистан, 1994. — 400 с.
2. Белов В.И. Энциклопедия здоровья. Молодость до ста лет; Справочное издание. М.: «Химия» 1993. — 400 с.
3. Булай П. И. Первая помощь при травмах, несчастных случаях и некоторых заболеваниях. Минск: Беларусь, 1989. — 78 с.
4. Депутатов В.П. Кровотечения. Методические рекомендации по курсу «Медицинская подготовка» для студентов педагогических институтов, Шуя., Изд. Шуйского госпединститута, 1988. — 26 с.
5. Инструкция по оказанию первой помощи пострадавшим в связи с несчастным случаем при обслуживании энергетического оборудования / Управление по технике безопасности и пром. санитарии Минэнерго СССР. М.: Энергоиздат, 1987, — 62 с.
6. Кутушев Ф.Х., Волков П.Т., Либов А.С, Мичурин Н.В, Атлас мягких бинтовых повязок. Л.: Медицина, 1978. — 200 с.
7. Неотложная хирургическая помощь при травмах (руководство для врачей нехирургического профиля). Под ред. Б.Д.Комарова. М.: Медицина, 1984. — 272.
8. Первая медицинская помощь; Популярная энциклопедия. Гл. редактор — акад. РАМН В.И.Покровский. М.: Большая Российская Энциклопедия. 1994. — 254 с.