

Уход за больными с повреждением челюстно-лицевой области

Уход за больными с повреждением челюстно-лицевой области

Правильный и систематический уход за больными, а тем более за ранеными с повреждениями челюстно-лицевой области во многом предопределяет результаты и исход лечения. Это объясняется тем обстоятельством, что при повреждении челюстей, проникающем в полость рта ранении резко нарушается самоочищение полости рта. При этом остатки пищи, кровяные сгустки, некротизированные ткани подвергаются воздействию микробов, в большом количестве находящихся в полости рта. Гнилостный процесс, при котором вирулентность некоторых бактерий возрастает, усугубляет и осложняет раневой процесс. Одной из причин вторичных кровотечений, аспирационных (гнилостных) пневмоний, травматического остеомиелита челюстей, флебита и тромбоза лицевых вен у больных с повреждением челюстно-лицевой области является плохой уход за полостью рта. Поэтому специальный уход за полостью рта у таких больных должен проводиться в течение всего периода лечения.

Основным мероприятием, направленным на удаление остатков пищи, кровяных сгустков, является обильное промывание полости рта дезинфицирующими растворами: теплым раствором фурацилина (1:5000) или 0,1% раствором (бледно-розового цвета) перманганата калия. Обычно для этого приспособляют кружку Эсмарха или резиновые баллоны (рис. 180).



Обильное орошение полости рта обеспечивает также вымывание большого количества бактерий, что способствует ограничению развития воспаления и снижает возможность осложнения раневого процесса. При тяжелом состоянии больного ирригацию полости рта выполняет медицинская сестра. По мере выздоровления больные осуществляют промывание полости рта самостоятельно. Эту процедуру желательно производить до приема пищи и обязательно после него, а также перед сном. В тех случаях, когда путем промывания не удастся удалить из межзубных промежутков и из-под шин

остатки пищи, прибегают к помощи пинцета, деревянной палочки типа зубочистки, после чего вновь производят промывание полости рта: струей жидкости сначала промывают преддверие полости рта, а затем собственно полость рта.

Гангрена и некроз пульпы

При показаниях, помимо промывания, протирают слизистую оболочку полости рта и язык марлевыми шариками, смоченными в растворе перекиси водорода, что способствует лучшему очищению от налета и слизи.

Важное значение в профилактике легочных осложнений при челюстно-лицевых ранениях имеет положение больных. При повреждении нижней челюсти резко нарушается акт глотания, поэтому для предупреждения аспирации содержимого полости рта необходимо придать больному полусидячее положение. Саливация у раненых в челюсть, когда рана проникает в полость рта, резко повышается, достигая иногда 1500—2000 мл в сутки. Из гигиенических соображений таким раненым под подбородком укрепляют (на тесемках через свод черепа) клеенчатый или резиновый мешочек-слюноприемник. Для предупреждения мацерации кожу вокруг раны обрабатывают пастой Лассара.

Как указывалось выше, особые условия в полости рта, обилие микрофлоры и раневой секрет при плохом уходе вызывают активное развитие гнойного процесса и появление резкого гнилостного запаха. Тщательный уход за полостью рта у таких раненых должен свести до минимума условия для возникновения гнилостного процесса. Обязательное соблюдение гигиенических правил ухода за полостью рта способствует быстрейшему заживлению ран и предупреждает развитие осложнений.

Общие принципы ухода за ранеными в челюстно-лицевую область мало чем отличаются от правил ухода за ранеными вообще. Однако раненые, получившие серьезное ранение лица, в результате которого возникло его обезображивание, крайне тяжело переживают это. Обезображивание лица вызывает у большинства раненых тяжелую психическую травму, подавленность. Психическое состояние может усугубляться в результате нарушения жевания, глотания, речи, дыхания. Сочетание функциональных расстройств с сознанием косметического дефекта иногда создает у раненого ложное представление о беспомощности, безнадежности и приводит к его отчужденности. Такие люди становятся замкнутыми, нередко отказываются от пищи, лечения, не хотят возвращаться в семью.

Большая задача в подобных случаях стоит перед обслуживающим персоналом, который должен внушать больным надежду на успех проводимого лечения, на восстановление утраченных отделов лица, функций речи, глотания и т. д. Только очень чуткое и внимательное отношение к таким раненым вселит в них веру в излечение и позволит предупредить развитие тяжелых психических расстройств.

