

СЕСТРИНСКАЯ ПОМОЩЬ ПРИ ХИРУРГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ И ТРАВМАХ ГОЛОВЫ, ШЕИ

ТРАВМЫ ГОЛОВЫ

Все механические травмы головы делят на поверхностные — ушиб мягких тканей и раны и глубокие. Последние объединяют термином ЧМТ (черепно-мозговые травмы).

Механизмы изменения при закрытой черепно-мозговой травме:

1. Непосредственное повреждение в точке приложения силы.
2. Противоудар — ушиб мозга о внутренние костные выступы.
3. Расстройство микроциркуляции (спазм, застой) — нарушение циркуляции цереброспинальной жидкости, гипоксия, отек мозга.

Для всех травм головы характерны **общие** и **местные симптомы**. Общие симптомы для всех травм одинаковы, но выраженность их разная при разных травмах. Травмы головы отличаются друг от друга местными симптомами, они для каждой травмы свои.

Общие симптомы:

1. **Общемозговые симптомы** или синдром повышения внутричерепного давления.
2. **Менингеальные симптомы** или синдром раздражения мозговых оболочек.
3. **Стволовые расстройства**.

При тяжелых травмах (ушиб головного мозга, сдавление головного мозга, перелом основания черепа) могут быть все 3 синдрома, в то же время при легких травмах (сотрясение головного мозга, перелом свода черепа) могут быть только общемозговые симптомы.

Общемозговые симптомы или синдром повышения внутричерепного давления:

- головная боль, головокружение;
- шум в ушах;
- тошнота, рвота;
- угнетение или потеря сознания, оглушение. Сопор, кома, эпилептические припадки;
- ретроградная амнезия (больной не помнит, что было перед травмой) или антероградная амнезия (больной не помнит, что было после травмы);
- повышение АД;
- повышение внутричерепного давления.

Менингеальные симптомы или синдром раздражения мозговых оболочек:

1. **Симптом — верхний Брудзинский** — при наклоне головы к груди ноги сами сгибаются в коленных и тазобедренных суставах. Нижний Брудзинский — при надавливании на лобок — сгибание и приведение ног в тазобедренных и коленных суставах.
2. **Симптом Кернига** — больной лежит на спине, сгибают ногу в тазобедренном и коленном суставах под прямым углом, а потом разгибают в коленном суставе кверху — сопротивление сгибателей голени и боль.
3. **Симптом Гордона** — тыльное сгибание большого пальца при сжатии икроножных мышц.
4. **Поза легавой собаки** (больной лежит на боку с приведенными ногами к животу, согнутыми руками и запрокинутой головой).
5. **Симптом Бабинского** — при проведении молоточком или большим пальцем по подошве больного — большой палец разгибается, а четыре пальца сгибаются.

6. **Ригидность затылочных мышц** — обеими руками поднимают голову — от подушки невозможно поднять голову.

Стволовые расстройства:

1. Дыхание Чейн — Стокса.
2. Расстройство ССС.
3. Непроизвольное мочеиспускание и дефекация.
4. Арефлексия.
5. Отсутствие плотательного рефлекса.
6. Судороги.

ПЕРЕЛОМ СВОДА ЧЕРЕПА

Перелом свода черепа — считается легкой травмой, если нет осложнений.

Классификация:

- открытый и закрытый;
- □полный (вся толща кости сломана) и неполный перелом (сломана какая-то пластинка);
- дырчатый, оскольчатый, вдавленный, звездчатый, расхождение швов, линейный.

Клиника: выделяют общие и местные симптомы. Общие:

Общемозговые симптомы или синдром повышения внутричерепного давления.

- головная боль, головокружение;
- шум в ушах;
- тошнота, рвота;
- угнетение или потеря сознания, оглушение. Сопор, кома, эпилептические припадки;
- ретроградная или антероградная амнезия;
- повышение АД;
- повышение внутричерепного давления. Местные симптомы:
- болезненность;
- кровоподтек или гематома на месте нанесения травмы;
- если открытый перелом, можно на дне раны увидеть поврежденные кости;
- если при переломе свода черепа имеется **ушиб или сдавление головного мозга**, тогда будут еще **очаговые неврологические симптомы — парезы и параличи 12 пар черепно-мозговых нервов и конечностей.**

Черепно-мозговые нервы страдают на стороне очага, а конечности на противоположной стороне:

- **глазодвигательный** (n. oculomotorius) — **III пара** — птоз — опущение века, расходящееся косоглазие, диплопия (двоение) при поднятом верхнем веке. Зрачок расширен — мидриаз, разные зрачки — анизокория, паралич аккомодации — ухудшается зрение на ближние расстояния, невозможно совершать движения вверх и кнутри, экзофтальм;
- **лицевой нерв** — **VII пара** — маскообразное лицо, асимметрия лица — складки лба и нижней губы сглажены, угол рта опущен и перетянут в здоровую сторону. Глазная щель шире, при зажмуривании глазная щель не смыкается, глазное яблоко отходит кверху — феномен Белла. При показывании зубов угол рта не оттягивается кзади. Невозможен свист. Лоб не морщится;
- **зрительный нерв** (n. opticus) — амавроз — слепота, амблиопия — снижение зрения, скотомы — выпадение секторов;

- **обонятельный нерв** (n. olfactorius) — **I пара** — плохо ощущается запахи или совсем не чувствуется;
- **слуховой нерв** (n. acusticus) — **VIII пара** — снижение слуха или глухота;
- **подъязычный нерв** (n. hypoglossus) — **XII пара** — двигательный нерв языка — язык смотрит в большую сторону, так как мышца, выдвигающая язык, толкает сильнее со здоровой стороны. Дизартрия, анартрия;
- **блуждающий нерв** (n. vagus) — **X пара** — свисание мягкого неба на стороне поражения, голос хриплый при одностороннем поражении. При двустороннем поражении — гнусавый голос, выливается жидкая пища через нос (паралич мягкого неба), до афонии (шепотная речь), дисфагия — расстройство глотания, при двустороннем поражении — смерть — остановка сердца и дыхания. Повреждение IX, X, XII нервов вызывает бульбарный паралич — **мозжечковые симптомы**:

- 1) расстройство походки — шаткая или «пьяная» походка, широко расставляет ноги;
- 2) интенционное дрожание — просят больного при закрытых глазах пальцем попасть в кончик носа или пяткой достать колено — не может (лежа, от колена проводят пяткой по голени, не прижимая).

Неотложная помощь:

Остановить кровотечение и восстановить проходимость дыхательных путей.

1. Обезболить ненаркотическими анальгетиками (наркотические анальгетики угнетают дыхание) — анальгином, триганом, максиганом, спазганом и т.п. Можно их сочетать с димедролом.
2. Если открытая травма, вокруг раны состричь волосы, кожу вокруг раны обработать антисептиком и наложить асептическую повязку.
3. Иммобилизация головы с помощью ватно-марлевого круга. Можно для иммобилизации использовать резиновый круг или из одежды сделать круг. Можно на шею наложить воротник Шанца. Под голову подложить подушку, голову приподнять на 10°. Имеется готовая шина Еланского, однако ею не пользуются.
4. Если больной без сознания, зафиксировать язык языкодержателем.
5. Холод к голове.
6. Перевозят лежа на спине, слегка приподнимают голову и укладывают на бок (проблема — асфиксия рвотными массами). Во время транспортировки придерживать голову. Наготове иметь тазик, если появится рвота.
7. Следить за пульсом, АД, ЧДД.
8. Если нарушено дыхание — ИВЛ.
9. Перевозить бережно, так как любое сотрясение усиливает головную боль.

Лечение:

Если нет сдавления головного мозга, то лечение консервативное:

- покой, постельный режим. Если больной без сознания, его привязывают к кровати;
- обезболивание ненаркотическими анальгетиками;
- снотворные, седативные;
- дегидратационная терапия для уменьшения отека головного мозга. Назначают мочегонные: лазикс, фуросемид, гипотиазид, альбумин, маннитол, манит и т. п.;
- если эти медикаменты не уменьшают внутричерепное давление, тогда делают спинномозговую пункцию;
- если больной без сознания, кормят через зонд или парентерально;
- оксигенотерапия;
- десенсибилизирующие;

- местная гипотермия;
- антибиотики;
- наблюдение за пульсом, АД, ЧДД, дыханием;
- туалет рта и носа;
- гемостатики (аминокапроновая кислота, викасол и т. п.);
- транквилизаторы при двигательном возбуждении;
- восстановление функции и рассасывающая терапия — лидаза, церебролизин, аминалон;
- физиотерапия, иглоукалывание, психотерапия.

ПЕРЕЛОМ ОСНОВАНИЯ ЧЕРЕПА

Очень тяжелая травма, почти всегда сочетается с ушибом головного мозга.

Классификация:

- они всегда открытые;
- в зависимости от ямки: перелом передней, средней и задней ямки.

Клиника: выделяют общие и местные симптомы:

Общие симптомы: так как перелом основания черепа тяжелая травма, здесь могут быть общемозговые, менингеальные и стволовые расстройства (описано выше).

Местные симптомы зависят от того, в какой ямке перелом:

- если перелом передней ямки, то будет истечение ликвора и крови из носа (чтобы отличить, надо капнуть на салфетку. Кровь растечется, а ликвор — нет) и симптом «очков» — кровоподтеки вокруг глаз, появляются на 2–3 день;
- перелом в средней ямке — истечение ликвора и крови из ушей;
- перелом в задней ямке — кровоподтеки в области мягкого неба, затылка и задней поверхности шеи и слюна с кровью.

Если при переломе основания черепа имеется ушиб или сдавление головного мозга, тогда будут еще очаговые неврологические симптомы (описано выше).

Неотложная помощь:

Остановить кровотечение — рыхло заложить салфетки в нос и уши. Не промывать и не тампонировать уши и нос! Так как кровь может скопиться в полости черепа и сдавить головной мозг.

Пункты 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10 как при переломе свода черепа (описано выше).

Лечение:

Если нет сдавления головного мозга, то лечение консервативное. Принципы консервативного лечения как при переломе свода черепа (см. выше).

СОТРЯСЕНИЕ ГОЛОВНОГО МОЗГА (СОММОТИО СЕРЕВРИ)

Встречается чаще других повреждений. Считается легкой травмой, так как нет обширных повреждений головного мозга.

Сотрясение головного мозга — это чисто функциональное расстройство нервных клеток, при котором нарушается связь между клетками. При нем незначительно повреждаются сосуды и нервные клетки, грубых анатомических изменений мозгового вещества не отмечается. Наблюдается анемия мозга. Точечные кровоизлияния на границе серого и белого вещества, нарушение микроциркуляции, отек мозга.

Клиника:

Так как повреждения мозга незначительные, бывают только **общие** — **общемозговые симптомы** (описано выше). Сознание теряется от нескольких секунд до нескольких минут, если сознание теряется на большее время, то необходимо искать другую ЧМТ. Головная боль, головокружение, ретроградная амнезия, тошнота и рвота возникают вскоре после травмы. Пульс и АД не изменены, отсутствуют очаговые симптомы (нет повреждения головного мозга) и симптомы раздражения мозговых оболочек. Жалуются на шум в ушах, бессонницу, боль при движении глазных яблок, повышенную потливость.

Неотложная помощь:

Принципы оказания неотложной помощи такие же, как при переломе свода черепа (см. выше).

Лечение:

Только консервативное (см. выше).

Постельный режим 7–10 дней, седативные, антигистаминные, дегидратационная терапия и т. д.

УШИБ ГОЛОВНОГО МОЗГА (CONTUSIO CEREBRI)

Ушиб головного мозга — это очень тяжелая травма головного мозга, так как повреждаются нервные клетки и сосуды. Могут быть как незначительное повреждение, так и тяжелые, вплоть до размозжения головного мозга. Наблюдаются кровоизлияния, отек, деформация желудочков.

Клиника:

Выделяют общие и местные симптомы.

Местные симптомы:

Очаговые неврологические симптомы — парезы и параличи 12 пар черепно-мозговых нервов и конечностей (описано выше).

Черепно-мозговые нервы страдают на стороне очага, а конечности — на противоположной стороне.

Общие симптомы: так как ушиб головного мозга тяжелая травма, могут быть все три синдрома — общемозговые, менингеальные и стволовые расстройства (см. выше).

Только степень выраженности общих и местных симптомов зависит от степени ушиба головного мозга.

I степень — легкая — сознание теряется от нескольких минут до 1–2 ч, головная боль незначительная, рвота может быть однократная. АД в норме или слегка повышено, слабо выражены очаговые неврологические симптомы или отсутствуют.

II степень — средней тяжести — сознание теряется на несколько часов, головная боль интенсивная, рвота повторяется. АД и внутричерепное давление повышаются. Отмечаются очаговые симптомы — парезы и параличи 12 пар черепно-мозговых нервов и конечностей, афазия.

III степень — тяжелая — сознание теряется на сутки и больше, рвота неукротимая, не приносит облегчения, сильная головная боль, сон нарушен, нарушаются функции сердца и легких. АД и внутричерепное давление резко повышаются. Выражены менингеальные симптомы (см. выше). Резко выражены очаговые симптомы (см. выше). Может развиваться мозговая кома.

Неотложная помощь:

Принципы оказания неотложной помощи как при всех черепно-мозговых травмах (описано выше).

Лечение консервативное (описано выше):

Постельный режим: при I ст. — 2 недели, при II ст. — 3 недели, при III ст. — 4 недели.

СДАВЛЕНИЕ ГОЛОВНОГО МОЗГА (COMPRESSIO CEREBRI)

Причины:

- вдавленный перелом (костные отломки);
- гематомы;
- отек головного мозга.

Гематомы бывают:

- эпидуральные (располагаются над твердой мозговой оболочкой);
- субдуральные (располагаются под твердой мозговой оболочкой);
- внутримозговые (кровь скапливается в мозговой ткани);
- внутрижелудочковые (кровь скапливается в желудочках мозга);
- субарахноидальные (кровоизлияние под мягкую мозговую оболочку).

Для развития клиники сдавления головного мозга достаточно 30–40 мл крови, а при внутрижелудочковых — еще меньше. При последних быстро развивается мозговая кома.

Клиника:

Выделяют общие и местные симптомы.

Общие симптомы: могут быть все три синдрома — общемозговые, менингеальные и стволовые расстройства (описано выше). Симптомы проявляются через нескольких часов или дней.

Кроме этих симптомов при сдавлении головного мозга гематомой характерен **светлый промежуток** — классический симптом — больной после травмы в сознании, а через некоторое время, когда гематома увеличивается и сдавливает мозг, больной теряет сознание. Но, может быть так, больной после травмы теряет сознание, потом приходит в сознание, а затем вновь теряет его уже от гематомы. Состояние больного прогрессивно ухудшается. Многократная рвота, пульс редкий, дыхание частое, выражены очаговые неврологические симптомы (описаны выше).

При эпидуральных гематомах сознание теряется быстро, внутричерепное давление увеличивается, но крови в ликворе нет; **при субдуральных гематомах** — кровь в ликворе; **при субарахноидальных** кровотечениях светлый промежуток может продолжаться до нескольких суток, в ликворе значительное кровотечение.

Местные симптомы: очаговые неврологические симптомы (описано выше).

Помогает поставить диагноз:

- ультразвуковая эхоэнцефалография — на экране в норме сагиттальная линия (головного мозга) посередине, при сдавлении головного мозга линия смещается в здоровую сторону;
- спинномозговая пункция — в ликворе кровь, определяют давление;
- КТ (компьютерная томография);
- МРТ (магнитнорезонансная томография);
- ангиография — в сонную артерию вводят контрастное вещество и делают рентгенологический снимок;
- краниография — на рентгенографии виден перелом костей черепа.

Неотложная помощь — принципы оказания неотложной помощи, как при всех ЧМТ, описаны выше.

Лечение — только оперативное — трепанация черепа.

Гематому удаляют, кровотечение из костей останавливают теплым стерильным воском, из мозгового вещества — теплым раствором хлорида натрия, 3% раствором перекиси водорода, раствором тромбина.

Твердая мозговая оболочка должна закрыться герметично узловыми швами. Если не хватает, тогда делают пластику из сухожильного покрова черепа, надкостницы или лиофилизованной твердой мозговой оболочкой.

При вдавленных переломах костные отломки удаляют, отверстие закрывают своей костью, если возможно, если нет, тогда закрывают пластическим материалом сразу или через некоторое время (несколько месяцев).

- остеопластическая трепанация — собственная кость оставляется;
- остеокластическая трепанация — кость удаляется по кусочкам и не возвращается на место — остается отверстие, которое надо закрыть синтетическим материалом.

Послеоперационный период:

- больного в бессознательном состоянии помещают в палату интенсивной терапии, когда же придет в сознание, так, чтобы полностью контактировался, переводят из интенсивной терапии в общую палату;
- больного укладывают после трепанации черепа на спину или противоположный бок;
- антибиотики;
- ненаркотические анальгетики;
- снотворные;
- дегидратационная терапия.

Уход с решением проблем:

1. Смена повязки после ПХО раны по надобности. Швы снимают с лица на 3–5 день, с подчелюстной области на 8–10 день.
2. Возможность аспирации слюны, крови, слизи — придать полусидячее положение.
3. Пневмония — частые поворачивания, дыхательная гимнастика, слюноприемник, грудь закрыть клеенкой.
4. Стоматит, паротит — уход за ротовой полостью — промывание — шприцем, резиновой грушей промывают сначала преддверье рта, а потом ротовую полость 4–5 раз в день, обязательно до и после кормления. Салфетками, смоченными в 3% растворе перекиси водорода, очищают межзубные промежутки, нос.
5. При судорогах — создать покой. В это время противопоказаны: кордиамин, питье, кислород, кофеин, так как судороги могут усилиться.
6. Головная боль — с назначением врача — ненаркотические анальгетики.
7. Бессонница — снотворные.
8. Инфицирование мозговых оболочек и головного мозга — соблюдение асептики и антисептики.
9. После спинномозговой пункции, чтобы не допустить вклинивание продолговатого мозга в большое затылочное отверстие, больной должен соблюдать покой сутки.
10. Возбуждение в послеоперационном периоде — может сорвать повязку — больного надо хорошо фиксировать.
11. При переключении удерживают голову двумя руками.
12. Повязку меняют на второй день.

Осложнения ЧМТ:

Поздние:

- спайки;
- головная боль, рвота;
- эпилепсия.

Лечение: профилактически 2–3 раза в год рассасывающая терапия: алоэ, церебролизин. Вводят кислород или воздух в спинномозговой канал. Кавинтон, стугерон, циннаризин, аминалон, массаж, ЛФК, физиотерапия, иглорефлексотерапия, психотерапия.

ПЕРЕЛОМЫ КОСТЕЙ НОСА

Причины: прямая травма.

Клиника:

- носовое кровотечение;
- кровоподтек в области носа;
- деформация носа;
- костная крепитация — **пальпировать осторожно;**
- уточнить на рентгенографии.

Неотложная помощь:

1. Остановить кровотечение: усадить больного и в нос заложить шарики, если массивное кровотечение, тампонировать марлевым тампоном.
2. Холод на нос.
3. Нельзя укладывать с запрокинутой головой, так как кровь затекает в трахею и пищевод, может появиться кашель, рвота, асфиксия.

Лечение:

Вправление носовых отломков выполняется под местной анестезией изнутри носовой полости. Для фиксации отломков и остановки кровотечения делается тампонада марлевыми полосками верхнего и среднего носовых ходов на 5–7 суток. Тампоны меняются через день. Запрещается сморкаться.

ВЫВИХ НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ

Причины:

- чрезмерное раскрытие рта (зевота, смех, пение);
- боковой удар в нижнюю челюсть.

Классификация:

- чаще вывих бывает вперед;
- одно и двусторонний.

Клиника:

1. При двустороннем вывихе рот полностью открыт и не закрывается.
2. Ниже скуловых дуг пальпируются суставные головки нижней челюсти.
3. В слуховой проход можно глубже ввести палец, чем обычно.
4. При одностороннем вывихе челюсть и подбородок смещаются в здоровую сторону.

Неотложная помощь:

1. Остановить кровотечение, если есть.
2. Обезболить.
3. Если есть рана, обработать кожу вокруг раны и наложить повязку.
4. Имобилизация пращевидной повязкой.

5. Доставить в ЛПУ.

Лечение — вправление челюсти и фиксация пращевидной повязкой на 7–10 дней.
Пища полужидкая.

ТРАВМЫ ШЕИ

ТРАВМЫ СОСУДОВ ШЕИ

Повреждаются сонные артерии и яремные вены.

Клиника: будут общие и местные симптомы кровотечения.

Неотложная помощь: временная остановка кровотечения.

Лечение: если повреждены внутренние сонные артерии, нужен сосудистый шов, чтобы не было размягчения мозга и гибели мозга. А если повреждены наружные сонные артерии — можно их перевязать.

ПОВРЕЖДЕНИЕ ПИЩЕВОДА

Повреждения могут быть: внутренние и наружные; резаные, колотые, огнестрельные.

Клиника: боль при глотании, кровотечение, из раны выделяется слюна и съеденная пища.

Неотложная помощь: остановка кровотечения и быстрая госпитализация.

Лечение: пищевод ушивают и дренируют околопищеводное пространство.

ПОВРЕЖДЕНИЕ ТРАХЕИ

Могут быть ножевые, огнестрельные, частичные, полные.

Клиника: одышка, дыхание затруднено, из раны выделяется пенная мокрота алого цвета.

Неотложная помощь: если полный перерыв трахеи, вводят трахеотомическую трубку и больного быстро госпитализируют.

Лечение: если состояние больного тяжелое, его оставляют с трахеотомической трубкой, пока состояние не улучшится.

ИНОРОДНЫЕ ТЕЛА ТРАХЕИ

Чаще бывают у детей: бусы, монеты, камешки, но может быть и у взрослых: кости, пища, иглы, у заключенных черенки ложек и вилок и т. д.

Клиника: пациент внезапно перестает разговаривать (чаще всего во время еды), хватается за горло. Резко нарушается дыхание, у больных асфиксия, мучительный кашель (при этом наблюдается втяжение межреберных промежутков и надключичной области) и страх, вены на шее вздуты, лицо цианотичное, пульс частый. Может появиться осиплость голоса. Кашель может прекратиться, если инородное тело не передвигается и может возобновиться, если инородное тело перемещается. Пациент может потерять сознание, может наступить клиническая смерть.

Неотложная помощь: выполнить прием Хеймлиха (см. модуль «Оказание медицинской помощи при экстренных и неотложных состояниях»).

Лечение: носоглотку смазывают или орошают лидокаином и с помощью ларинго- или бронхоскопа стараются удалить инородное тело. Если не удалось удалить, больного нужно оперировать.

ИНОРОДНЫЕ ТЕЛА ПИЩЕВОДА

Чаще бывают у детей и у тех, кто имеет привычку держать в зубах иглы, косточки. Заключенные или психически больные люди специально глотают черенки ложек и вилок.

Клиника:

Если инородные тела застревают в пищеводе, то больные отмечают першение, затрудненное глотание или что-то мешает, царапает в пищеводе. Но инородные тела могут пройти в желудок и кишечник, тогда имеется опасность повреждения желудка и кишечника.

Первая помощь: можно использовать прием Хеймлиха.

Лечение: с помощью эзофагоскопа можно удалить инородное тело из пищевода, предварительно хорошо обезболив носоглотку.

Если инородное тело прошло в желудок, то за больным наблюдают, так как инородное тело может выделиться с калом. Для контроля продвижения инородного тела по ЖКТ делают рентгеноскопию и рентгенографию живота.

Осложнения: инородное тело может вызвать перфорацию пищевода, желудка или кишечника. В таких случаях больных оперируют.

ОЖОГИ ПИЩЕВОДА

Могут быть щелочью, кислотой, случайно или преднамеренно.

Клиника: имеются следы на губах, языке, полости рта, глотание затруднено, наблюдается боль при глотании, обильное слюнотечение, затрудненное дыхание. Тяжелее ожог щелочью, так как щелочь разъедает ткани и проникает глубоко, и может вызвать перфорацию органа. Кислота коагулирует белки, почему глубоко не проникает.

Неотложная помощь:

1. Обильно промыть водой через зонд (до 10 л).
2. Обезболить — анальгин с димедролом.
3. Атропин для уменьшения саливации (0,1% — 1,0 п/к).
4. Кислород.
5. Госпитализация.

Лечение:

В приемном отделении еще раз промывают желудок, вводят противошоковые препараты: солевые растворы, плазму, 5% глюкозу. Назначают парентеральное питание. Медсестра наблюдает за диурезом, АД, ЧДД, дыханием и т. д. Осуществляет уход за ротовой полостью. Если глотание не нарушено, с первых дней дают глотать 0,5% новокаина 100 мл маленькими глотками и растительное масло с антибиотиками.

Если глотание нарушено, то накладывают гастростому. С 4-го дня проводят бужирование пищевода. Длительность бужирования до года. Если не удастся предупредить рубцовый стеноз пищевода, тогда оперируют, создают искусственный пищевод.

Осложнения ожога:

1. Перфорация (пищевода, желудка).
2. Кровотечение.
3. Стеноз пищевода.