План

Тема 1: Гельминтозы у детей и их профилактика

1. Понятие о гельминтозах и виды гельминтов
2. Аскаридоз: цикл развития, симптомы, лечение
3. Энтеробиоз: цикл развития остриц, течение болезни, лечение
4. Трихоцефалез: цикл развития власоглава, течение болезни
5. Тениаринхоз (бычий цепень), тениоз (свиной цепень), эхинококкоз
6. Предупреждение глистных заболеваний

Тема 2: Первая помощь при несчастных случаях и неотложных состояниях. Ожоги

1. Ожог 1 степени, его характеристика
2. Ожог 2 степени, его характеристика
3. Ожог 3 степени, его характеристика
4. Ожог 4 степени, его характеристика
5. Характер первой помощи при термическом ожоге 1 степени
6. Характер помощи при ожоге 2 степени
7. Помощь при ожогах 3 и 4 степеней, помощь при химических ожогах, электроожогах

Литература

Тема 1: Гельминтозы у детей и их профилактика

1. Понятие о гельминтозах и виды гельминтов

Гельминтозы - паразитарные инвазии человека и животных, заражение которыми происходит пищевым или контактным путем. Гельминты распространены почти повсеместно и поражают большую часть населения планеты. У человека выявлено паразитирование более 270 видов гельминтов, но только 40 из них являются облигатными паразитами человека, остальные поражают людей случайно. Особенно подвержены гельминтным инвазиям дети.

В последние десятилетия заметно изменилась эпидемиологическая ситуация - отмечаются рост распространенности и появление новых гельминтных инвазий, что обусловлено усилением миграционных процессов как внутри страны, так и за ее пределами, ухудшением экологических, социально-экономических условий, изменением климата и т. д. Существует опасность завоза несвойственных для России и других стран СНГ гельминтных инвазий, распространенных в государствах Юго-Восточной Азии, Ближнего Востока, Африки.

Наблюдающаяся в последние годы тенденция к росту гастроэнтерологических и аллергических заболеваний у детей в определенной степени также обусловлена гельминтной инвазией. Клинические проявления гельминтозов во многом неспецифичны и могут иметь разные маски инфекционных и неинфекционных заболеваний, что обусловливает трудности их диагностики, осложняет течение уже имеющихся болезней у детей и способствует их хронизации в детском возрасте. Моноинвазии, особенно при их массивности, способны вызвать в кишечнике воспалительный процесс различной степени: от умеренного (аскариды, трихинеллы) до выраженного (анкилостомы, власоглав). Это часто приводит к острым и хроническим расстройствам пищеварения у детей, анемии, аллергическим реакциям и т.д. Миграция личинок и паразитов вызывает и/или поддерживает воспалительные процессы в желудке, двенадцатиперстной кишке, поджелудочной железе, печени и желчевыводящих путях. Одновременно гельминты воздействуют на весь организм, что проявляется полиорганными реакциями и поражениями (аллергическая сыпь, отек Квинке, полиморфная эритема, бронхообструктивный синдром и т.д.)

Гельминтозы встречаются почти повсеместно, во всех климатических зонах, за исключением районов вечной мерзлоты, высокогорий и пустынь. Более трети населения планеты заражено гельминтами. Наиболее высокий уровень гельминтных инвазий отмечается у населения зон влажного тропического и субтропического климата. Из зарегистрированных гельминтов на территории России известно около 70 видов, чаще встречаются 18-20. Наиболее распространены следующие виды гельминтов:

- круглые черви (класс нематод) - аскариды, острицы, трихинеллы, власоглав, токсокары, анкилостомиды, стронгилоиды (два первых вида - в южных районах);

- ленточные черви (класс цестод) - эхинококки, альвеококки, различные тении (свиной и бычий цепни, лентец широкий);

- плоские черви (класс трематод) - основные представители: описторхис, фасциола (в южных районах), парагонимус (в Приморском крае).

2. Аскаридоз: цикл развития, симптомы, лечение

Аскаридоз - глистная инвазия, возбудителями которой являются аскариды (Ascaris lumbricoides), паразитирующие в тонком кишечнике. К половозрелому состоянию величина особей достигает 25-40 см. Самка аскариды ежесуточно выделяет в полость кишечника до 200 000 яиц. Выведенные с испражнениями наружу яйца аскарид дозревают во влажной почве 12-14 дней до личиночной стадии.

Попав в кишечник ребенка с загрязненной пищей (плохо вымытыми овощами, фруктами), личинки паразитов проникают в лимфатические и кровеносные сосуды и с током крови совершают миграцию в печень, правый желудочек сердца, легкие, оттуда в бронхи, трахею, глотку и полость рта. После повторного заглатывания в кишечнике развиваются взрослые аскариды. Продолжительность цикла развития гельминта с фазой миграции составляет около 3 месяцев. Зрелая аскарида паразитирует в кишечнике до 1 года.

Во время миграции личинок аскарид у больного могут наблюдаться токсико-аллергические реакции: высыпания на коже, зуд, особенно в области носа, кашель. Клинически и рентгенологически в легких обнаруживаются очаги быстропроходящей инфильтрации, типа летучих пневмоний (эозинофильные инфильтраты), бронхит. При этом иногда отмечается субфебрильная температура тела.

Для кишечной фазы характерны явления общей интоксикации и желудочно-кишечные расстройства: периодические слюнотечение, снижение аппетита, тошнота, иногда рвота, боли в подложечной области, поносы или запоры, зуд в области ануса. Дети становятся беспокойными, возбудимыми, плохо спят. При большом скоплении аскарид в кишечнике может развиться динамическая непроходимость. Данные паразиты могут явиться причиной развития холецистита, панкреатита и других осложнений, может иметь место аппендицит.

Диагноз аскаридоза ставится только при получении положительных результатов лабораторного паразитологического обследования пациента. При подозрении на аскаридоз исследуют пробы фекалий в течение 1-2 недель. Особую актуальность представляет определение специфических противопаразитарных lgE к аскариде для определения этиологии аллергических проявлений заболевания.

Для изгнания аскарид применяют пиперазин, левамизол (декарис), комбантрин (пирантел). В миграционной стадии аскаридоза назначают противоаллергическую терапию, а в условиях стационара - кислородное лечение.

3. Энтеробиоз: цикл развития остриц, течение болезни, лечение

Энтеробиоз (enterobius vermicularis от греч. enteron - кишечник, bios жизнь, vermicularis от лат. vermis, червь) - самый распространенный гельминтоз не только в России, но и во многих странах мира с умеренным и холодным климатом. Возбудителями энтеробиоза являются мелкие тонкие гельминты белого цвета, яйцекладущие, обитающие в кишечнике и называемые острицами из-за заостренного хвостового конца самки.

Дети составляют основную группу зараженных энтеробиозом - чаще всего болезнь настигает их в возрасте от 3 до 10-14 лет. Максимальная пораженность отмечается в возрасте 4-6 лет.

Возбудитель энтеробиоза весьма устойчив к воздействиям факторов окружающей среды и дезинфицирующим средствам. В окружающей среде он может находиться в жизнеспособном состоянии до 25 суток. Наиболее часто яйца остриц обнаруживают на постельных принадлежностях, игрушках, коврах, в ванных комнатах и туалетах. Выживаемость яиц остриц в водопроводной воде колеблется от 7 дней до 21 и зависит от температуры воды и насыщенности ее кислородом. Некоторое время яйца остриц могут выживать в графинах и детских бутылочках.

За долгое время сосуществования рядом с человеком острицы хорошо приспособились к жизни в человеческом организме, поэтому это заболевание часто проходит без ярко выраженных клинических признаков, позволяющих заподозрить наличие энтеробиоза. Это приводит к несвоевременной диагностике заболевания и позднему началу его лечения.

Признаки энтеробиоза: перианальный зуд, боли в животе, дисбиоз.

Острицы легко передаются от человека к человеку в семье и коллективе. Необходимо провести также обследование на энтеробиоз тех людей, которые находятся рядом с зараженным ребенком.

Постановка диагноза возможна при обнаружении яиц остриц на перианальных (расположенных вокруг ануса) складках кожи. В кале яйца остриц встречаются редко.

Для лечения энтеробиоза у детей наиболее эффективными и часто применяемыми препаратами являются ПИРАНТЕЛ и МЕБЕНДАЗОЛ.

Следует учитывать, что в течение четырех-пяти суток после приема лекарства ребенок выделяет острицы в окружающую среду и может быть заразным для окружающих.

Для восстановления нормальной микрофлоры кишечника после курса лечения необходимо использовать биопрепараты, содержащие полезные бактерии, например, БИФИДУМБАКТЕРИН. После лечения необходимо провести контрольное паразитологическое обследование.

Препараты, применяемые в настоящее время для лечения энтеробиоза, весьма эффективны. Тем не менее, необходимость контрольного обследования обычно связана с упорным и длительным его течением и ярко выраженными проявлениями этого заболевания у ребенка. Обязательное повторное обследование проводят не ранее 2 недель после окончания курса лечения. Лечение считается успешным при получении трех отрицательных анализов при обследовании с интервалом в 2 недели.

4. Трихоцефалез: цикл развития власоглава, течение болезни

Трихоцефалез относится к одному из самых распространенных на земном шаре нематодозов, характеризующихся преимущественным поражением желудочно-кишечного тракта.

Возбудитель трихоцефалеза – нематода из рода нематодов. Название рода происходит от греческих слов thrix ("волос") и ke phale ("голова"), что отражает внешний вид гельминта. В России, помимо названия власоглав, иногда используется более старое имя возбудителя – хлыстовик.

Власоглавы – это мелкие круглые глисты сероватого цвета, длиной 3-5 мм, обитающие в толстой кишке, иногда в тонкой. Власоглавы (их головная часть утончена до волосовидного состояния) тонким волосовидным концом глубоко внедряются в слизистую оболочку кишок, как бы прошивая ее.

Так же, как при аскаридозе, непосредственного заражения трихоцефалезом не происходит. Заражение наступает только после того, как выделенные с калом незрелые яйца власоглавов созреют в земле, в них разовьются личинки. Тогда яйца становятся заразными и в дальнейшем, попадая в рот, могут вызвать заболевание.

Созревшие яйца власоглавов могут переносить на открытые пищевые продукты мухи.

Источником распространения глистных болезней может быть вода из открытых водоемов, используемая без кипячения для питья или мытья овощей и фруктов.

Из проглоченных зрелых яиц с личинками через 30-35 дней в кишках человека развиваются взрослые власоглавы. Паразитируют они десятками, иногда сотнями особей. Продолжительность жизни власоглава обычно более 3-5 лет.

При наличии власоглавов у детей ухудшается аппетит, появляются жалобы на боль в животе, они начинают хуже развиваться. В случае паразитирования большого числа власоглавов возможны различные нарушения в пищеварительном аппарате. У больных появляются чувство тяжести и боль в животе, преимущественно в правой надчревной области, слюнотечение, тошнота, иногда рвота. Нередко поносы чередуются с запорами. Может также развиваться состояние, заставляющее предполагать хронический аппендицит, язвенную болезнь и др.

Трихоцефалез отражается и на нервной системе: появляются головная боль, головокружение, иногда с кратковременной потерей сознания, обмороки и даже припадки, напоминающие эпилептические.

Длительное паразитирование глистов иногда ведет к выраженному малокровию. Единичные экземпляры власоглавов могут не вызывать заметных болезненных явлений, и наличие их в кишках обнаруживается только лабораторным исследованием.

Освободиться от власоглавов очень трудно, поэтому лечение должно проводиться в стационаре. Эффективность применяющихся для лечения трихоцефалеза лекарств и методов низкая, возможно, в связи с повторными заражениями. Вот почему необходимо систематически принимать меры против распространения этих паразитов.

5. Тениаринхоз (бычий цепень), тениоз (свиной цепень), эхинококкоз

Тениаринхоз вызывается бычьим цепнем, а тениоз - свиным цепнем. Половозрелые гельминты паразитируют в тонкой кишке человека. Промежуточный хозяин у бычьего цепня - крупный рогатый скот, у свиного цепня - свиньи. Животные заражаются, поедая загрязненную фекалиями больного человека траву. В желудочно-кишечном тракте животных из яиц выходят зародыши, которые током крови заносятся в мышцы, подкожную жировую клетчатку и другие ткани, превращаясь в финны. Человек заражается при употреблении финнозного мяса, не подвергнутого достаточной термической обработке.

Оба заболевания имеют сходную клиническую картину. Обычно возникают диспепсические расстройства: изменение аппетита, тошнота, рвота, изжога, иногда боль в эпигастральной области, расстройства стула. Характерны недомогание, головная боль, головокружение, плохой сон, судороги.

Диагноз основывается на клинических данных и обнаружении члеников гельминта в кале.

Специфическим препаратом при лечении обоих гельминтозов является никлозамид (внутрь 1 г в течение 1 дня, затем 0,5 г в течение 6 дней).

Эхинококкоз - вызывается гельминтом еchinococcus granulosus, который паразитирует в тонкой кишке собаки, волка, шакала. Заражение человека чаще происходит от собак (через шерсть), а также через овощи и фрукты, загрязненные фекалиями собак. Человек и животные являются промежуточными хозяевами эхинококка. Зародыши гельминта из кишечника током крови разносятся в различные органы, где и развиваются, превращаясь в наполненную жидкостью кисту, формирующую дочерние пузыри. Наиболее часто поражаются печень и легкие.

Клиническая картина обусловлена локализацией паразита, его механическим и токсическим действием. При поражении печени отмечаются боли в верхней части живота, похудание, головные боли. Печень увеличена, болезненна, уплотнена. Осложнения: нагноение пузырей, прорыв в брюшную и плевральную полости, в легкие и другие органы.

При эхинококкозе легких отмечаются кашель с мокротой, иногда с примесью крови, одышка, загрудинные боли. Характерны притупление перкуторного звука, бронхиальный оттенок дыхания, сухие и влажные хрипы. Пузыри могут прорываться в бронхи и плевральную полость, вызывая анафилактический шок.

Диагноз ставится на основании клинических данных и результатах внутрикожной пробы с антигеном.

Лечение - хирургическое.

6. Предупреждение глистных заболеваний

Профилактические мероприятия у детей, страдающих глистной инвазией, разносторонни и многообразны. Их четкое и целенаправленное осуществление позволяет не только снизить частоту распространенности гельминтов в детском возрасте, но в ряде случаев надеяться на полную ликвидацию отдельных видов.

Первичная профилактика гельминтозов направлена на предупреждение болезни, обычно за счет устранения причин, вызвавших ее. Установление этиологии гельминтной инвазии всегда, за редким исключением, позволяет при осуществлении этиотропной и патогенетической терапии добиться хороших результатов санации организма ребенка.

Основой первичной профилактики гельминтных инвазий являются формирование и сохранение так называемого здорового образа жизни. Его определяющие составные - здоровье родителей, благополучие семьи, уровень культуры, материальная обеспеченность и т.п.

Важнейшее профилактическое мероприятие - кулинарная обработка всех пищевых продуктов. Всегда следует учитывать риск заражения гельминтами при употреблении сырокопченых либо недостаточно подвергшихся тепловому воздействию мясных и рыбных продуктов. В отношении овощей, зелени, фруктов и ягод должны быть предприняты все меры предосторожности. Краеугольным камнем борьбы с гельминтозами и их предупреждением являются санитарно-эпидемиологические мероприятия, обеспечивающие качество воды.

Особо стоит остановиться на наличии в доме домашних животных, в первую очередь собак и кошек. Помимо того, что они могут быть заражены, эти животные нередко являются промежуточными хозяевами, и соответственно переносчиками, гельминтов. Исключительное значение имеют правильный уход за собаками и кошками, при необходимости их регулярная дегельминтизация, вакцинация.

Второй путь борьбы с гельминтозами предусматривает нарушение механизмов передачи возбудителя, что предохраняет внешнюю среду на разных стадиях развития паразита и предупреждает заражение детей. Эффективность этих мероприятий определяется тремя важными факторами - разницей в путях заражения гельминтами: наличием или отсутствием промежуточного хозяина; состоянием ранних стадий развития гельминтов во внешней среде; механизмом заражения дефинитивного хозяина.

Третичная профилактика предполагает комплекс мероприятий, направленных на предотвращение ухудшения течения или осложнений заболевания после того, как болезнь появилась. Речь идет о тех глистных инвазиях, характерной особенностью которых являются хроническое течение, исчисляемое у детей годами, а у взрослых даже десятилетиями. При поздней диагностике, например, длительное время протекающего бессимптомно эхинококкоза, практически невозможно разграничить вторичную и третичную профилактику в отношении этого паразита. Однако в случае верификации диагноза и определения объема лечебных мероприятий как оперативного, так и консервативного характера перед специалистами возникает проблема по устранению негативных последствий столь длительно протекающей глистной инвазии и восстановлению здоровья ребенка.

Система профилактических мероприятий будет несовершенной без компетентности медицинских работников, их ответственности, высокого профессионализма, а также государственных программ, направленных на предупреждение и снижение заболеваемости детского населения.

Тема 2: Первая помощь при несчастных случаях и неотложных состояниях. Ожоги

1. Ожог 1 степени, его характеристика

В зависимости от глубины поражения кожи различают степени тяжести ожогов. Ожог 1 степени характеризуется поражением самого поверхностного слоя кожи. При этом развивается выраженное покраснение кожи, ее отек, в пораженном месте отмечаются боли, чувство жжения. Эти явления стихают в достаточно короткий срок, от нескольких часов до 2 суток. В течение недели происходит отшелушивание погибших клеток, и наступает полное выздоровление, без каких-либо функциональных или косметических поражений.

2. Ожог 2 степени, его характеристика

При ожоге 2 степени эпидермис полностью погибает и отслаивается, при этом образуются пузыри, заполненные прозрачной жидкостью. Первые пузыри появляются уже через несколько минут после ожога, однако еще в течение 1 суток могут образовываться новые пузыри, а уже существующие - увеличиваться в размерах. Если течение болезни не осложнится инфицированием раны, то заживление наступает через 10-12 дней. При этом остается выраженная пигментация, которая сохраняется на несколько недель или месяцев (до полугода).

3. Ожог 3 степени, его характеристика

При ожогах 3 степени кожа поражается практически на всю глубину. При этом образуются массивные пузыри с толстой оболочкой, заполненные кровянистым содержимым, напряженные и очень болезненные. Реже, особенно при воздействие сухого жара (пламя, контакт с горячим предметом) поверхность ожога покрыта плотной сухой коркой (струпом). Эта степень ожогов дополнительно разделяется на 3а и 3б. При ожогах 3б степени кожа погибает полностью, при ожогах 3а - сохраняется самый глубокий слой кожи, так называемый сосочковый. Разница между этими стадиями составляет доли миллиметра, однако по сути она огромна - ожоги 3а степени заживают без образования рубцов (новая кожа нарастает на поверхности ожоговой раны как раз за счет сохранившихся сосочков), а после ожогов 3б степени остаются грубые рубцы, доставляющие много косметических и функциональных проблем.

4. Ожог 4 степени, его характеристика

Ожог 4 степени - это полная гибель всех слоев кожи, включая подкожно-жировую клетчатку, а зачастую и нижележащих тканей - мышц, сухожилий, костей. Зачастую при этом наступает обугливание тканей, реже, обычно при воздействии влажного жара (кипяток, пар) формируется плотный белесый струп.

Кроме глубины ожога, большое значение имеет и площадь поражения. В настоящее время наиболее распространенным способом определения площади ожога является так называемое "правило девятки". Поверхность тела делится на участки, кратные 9, при этом поверхность головы и шеи (вместе), а также одной руки принимается за 9% от всей поверхности тела, задняя половина тела (спина и ягодицы), передняя половина (грудь и живот), ноги считаются за 18%, площадь промежности принимают за 1%. При небольших ожогах принимают "правило ладони", принимая площадь ладони за 1% и измеряя ладонью площадь ожога.

5. Характер первой помощи при термическом ожоге 1 степени

Первое, что надо сделать при оказании помощи пострадавшему - это прекратить воздействие поражающего фактора. Если речь идет про ожог кипятком, то необходимо как можно быстрее снять (срезать) пропитанную горячей жидкостью одежду. При воздействии пламенем наиболее правильным будет потушить горящую одежду водой, а потом снять. Если достаточного количества воды нет, тушить следует подручными средствами - плотной тканью, песком, землей. При этом не следует закрывать пострадавшего с головой - это может привести к вдыханию продуктов горения с последующим ожогом дыхательных путей и/или отравлению. Не следует также сбивать пламя голыми руками, так как при этом спасатель сам может перейти в разряд пострадавших.

Удалять приставшую к телу одежду не следует, поскольку при этом есть риск дополнительно повредить обожженную поверхность.

При ожогах кисти следует незамедлительно снять кольца, часы, браслеты, поскольку в дальнейшем будет развиваться отек пораженного участка, и эти предметы могут сдавливать ткани с нарушением кровообращения вплоть до развития некроза.

По возможности следует охладить пораженный участок - погружением в холодную воду, прикладыванием пакетов со льдом, обдуванием холодным воздухом.

Эта мера не только уменьшает боль (что само по себе очень важно), но и в какой-то мере уменьшает глубину поражения. Дело в том, что ожог - процесс не одномоментный. Даже когда действие поражающего фактора прекращено, он продолжает развиваться и углубляться за счет того, что поверхностные слои кожи играют роль горячего компресса для нижележащих. Охлаждая поверхность тела, можно прервать этот процесс. Длительность воздействия холода зависит от глубины и площади ожога и колеблется от 3-5 до 15-20 минут. Слишком долго охлаждать обожженное место не следует, чтобы не вызвать спазм сосудов с последующим нарушением кровообращения в пораженном участке. Эта мера эффективна в течение 2 часов после получения ожога.

Далее необходимо адекватное обезболивание. Для этого пригодны любые обезболивающие препараты - анальгин, найз, вольтарен. Лечение ожога 1 степени на этом в принципе может быть закончено.

6. Характер помощи при ожоге 2 степени

Небольшие (1-2%) ожоги 1-2 степени можно лечить самостоятельно, не обращаясь к врачу. Есть два способа лечения ожога - открытый и закрытый. Открытый применяется, если локализация ожога и род занятий пострадавшего позволяют исключить дополнительное травмирование и/или инфицирование. При этом пораженный участок не закрывается повязкой, что позволяет ему свободно "дышать", создает условия для подсыхания и исключает повреждения при перевязке. В отдельных случаях (особенно при ожоге 1 степени) место ожога вообще ничем не обрабатывают. Ожоги 2 степени можно обрабатывать растворами с обеззараживающими и дубящими свойствами - слабым раствором перманганата калия, анилиновыми красителями ("зеленкой", фукорцином). Если же в силу расположения ожога или профессии и образа жизни пострадавшего избежать повреждений или загрязнений трудно избежать, то лучше вести ожог закрытым способом, то есть закрыть повязкой, как правило, мазевой. Используются мази с пантенолом (бепантен, пантотен), с облепиховым маслом ("Олазол"), маслом шиповника, мазями на основе календулы. Если обстоятельства получения ожога предполагают его инфицированность, то имеет смысл использование мазей с антибактериальным эффектом - "Левомиколь", синтомициновая мазь.

У маленьких детей ожоги практически всегда лечат закрытым способом.

7. Помощь при ожогах 3 и 4 степеней, помощь при химических ожогах, электроожогах

При ожогах III-IV степени до вмешательства врача нельзя вскрывать и прокалывать образовавшиеся пузыри; просто наложить стерильную повязку, не удаляя с поверхности ожога остатков одежды. Одежду аккуратно обрезать ножницами по краю обожженной поверхности. Если пострадавший находится в сознании и нет явлений шока, дать ему 2 таблетки анальгина и немедленно отправить в лечебное учреждение.

При обширных ожогах любой степени необходима госпитализация. Если площадь ожоговой поверхности велика настолько, что не представляется возможным покрыть ее повязками, нужно обернуть пострадавшего чистой простыней и укутать одеялом.

В случае, если врачебная помощь задерживается, при ожогах II-IV степени окружающую кожу нужно очистить тампонами, смоченными нашатырным спиртом, удалить, максимально соблюдая стерильность, клочья кожи, но крупные пузыри не трогать. Загрязненные участки очистить тампонами, смоченными перекисью водорода. Осторожно осушить раневую поверхность и покрыть ее стерильной повязкой со стрептоцидной эмульсией или с фурацилиновой мазью.

При химическом ожоге, как всегда, первая помощь начинается с прекращения действия поражающего фактора. Если раздражающим веществом пропитана одежда, ее следует немедленно снять (срезать). Затем надо омыть пораженный участок очень большим количеством воды, проточной или в большой емкости. Промывать следует тщательно и долго, в отдельных случаях буквально часами. Негашеную известь и концентрированную серную кислоту следует сначала по возможности полностью удалить сухим путем, так как при взаимодействии этих веществ с водой выделяется много тепла, что приведет к дополнительному поражению. Отдельные хирурги считают, что при ожоге кислотой или щелочью следует использовать нейтрализующие средства (слабый раствор мыла или поваренной соды при ожоге кислотой, лимонной или уксусной кислоты — при ожоге щелочью). Однако есть и такое мнение, что делать этого не надо, так как при реакции нейтрализации может выделяться тепло.

При химическом ожоге пищевода и желудка давать нейтрализующие растворы категорически нельзя, так как при взаимодействии растворов может выделяться газ, который будет растягивать обожженные стенки желудка. Это может привести к их разрывам. Нельзя также вызывать рвоту - чтобы содержимое желудка не вызвало повторного ожога пищевода, и чтобы опять-таки не возникло разрыва поврежденных стенок желудка. Нельзя давать обезболивающие в таблетках (в свечах или иньекционно можно). По сути, первая помощь при ожогах пищевода сводится к немедленному обращению к врачу. В отдельных случаях (если попасть к врачу в ближайшие часы заведомо невозможно) допустимо дать пострадавшему выпить немного молока или сырого яичного белка - эти вещества "свяжут" кислоту или щелочь, обволокут поврежденную слизистую оболочку.

При электрическом ожоге в первую очередь надо прекратить действие электрического тока - выключить ток либо отвести от пострадавшего провода (сухой палкой, куском резины, пластмассы, плотной сухой тканью). Прикасаться к пострадавшему незащищенными руками до отключения электрического тока опасно! Основное, на что надо обратить внимание при электрическом поражении, - это поддержание дыхания и сердечной деятельности. При необходимости необходимо проведение непрямого массажа сердца и искусственного дыхания. В любом случае пострадавший должен быть немедленно госпитализирован. Госпитализация должна осуществляться в положении лежа и под непрерывным наблюдением (поскольку нарушения дыхания и сердечной деятельности могут случиться не только в момент поражения, но и позже).

Что же касается собственно ожога, то на этапе доврачебной помощи его, как и любой другой, следует закрыть стерильной повязкой.

Литература

1. Все о здоровье вашего ребенка. Полная энциклопедия для родителей. – М., ЭКСМО-ПРЕСС, 2001
2. Запруднов А., Мазанкова А. Профилактика гельминтозов у детей. // Медицинская газета (Москва). - № 1. - 10.01.2003
3. Парамонов Б.А., Порембский Я.О., Яблонский В.Г. Ожоги. – М., 2000
4. Петров С. В. Общая хирургия: Учебник для вузов. - 2-е изд. - 2004
5. Шувалова Е.П. Инфекционные болезни. – М., 2005