**Тема 8.1 Доврачебная медицинская помощь при неотложных состояниях в терапии**

**Стенокардия** – приступ острой боли за грудиной, обусловленный преходящей недостаточностью коронарного кровообращения и кратковременной острой ишемией миокарда.

Ишемия миокарда возникает вследствие несоответствия между снабжением миокарда кислородом и потребностью в нем.

**Стабильная стенокардия**

(стенокардия напряжения)

Факторы, провоцирующие возникновение приступа стабильной стенокардии:

- физическая нагрузка

- психоэмоциональный стресс

- воздействие холода.

**Клинические симптомы стабильной стенокардии**

- сильная сжимающая, давящая боль за грудиной, слева от грудины или в области верхушки сердца, иррадиирущая в левую руку, лопатку, шею, нижнюю челюсть (эквиваленты боли – одышка, слабость, неприятные ощущения в области сердца, особенно у пожилых людей, больных сахарным диабетом);

- чувство страха;

- кожные покровы бледные;

- пульс частый;

- АД может быть снижено, в норме или повышено;

- приступ длится 3-5 минут (иногда до 15 минут), может пройти самостоятельно после прекращения физической или эмоциональной нагрузки;

- после приема нитроглицерина, боль купируется через 2-3 минуты.

**Алгоритм оказания неотложной помощи при стабильной стенокардии**

1. Помочь пациенту занять удобное положение (предпочтительно сидя).

2. Успокоить.

3. Сообщить врачу (пациента одного не оставлять).

4. Измерить АД, оценить пульс.

5. Нитроглицерин 1 таблетка (0,5 мг) под язык или спрей-изокет 1 доза для купирования болевого синдрома. При необходимости и отсутствии снижения АД-повторить 3 раза через 5 минут.

Побочные действия нитроглицерина – головная боль, гипотония, тахикардия (возможна парадоксальная брадикардия) поэтому необходим контроль АД и ЧСС.

6. Обеспечить доступ свежего воздуха (расстегнуть стесняющую одежду, открыть окно).

Если после приема третьей таблетки нитроглицерина болевой приступ не купируется, а с момента начала приступа прошло 15 минут, необходимо дать пациенту аспирин (300 мг) разжевать и вызвать скорую помощь.

**Острый коронарный синдром (ОКС)**

**Острый коронарный синдром – группа клинических признаков или симптомов, позволяющих подозревать нестабильную стенокардию или инфаркт миокарда.**

Термин используется для обозначения больных при первом контакте с ними и подразумевает необходимость лечения как больных с нестабильной стенокардией или инфарктом миокарда

ОКС - это рабочий диагноз в первые часы и сутки заболевания, тогда как понятия инфаркт миокарда и различные варианты нестабильной стенокардии сохраняются для использования при формулировании окончательного диагноза.

**Проявления ишемии миокарда**

- Сильная боль за грудиной

- Приступ продолжается более 20 минут

- Иррадиация боли в левую руку, плечо, лопатку

- «Холодный» пот на лбу

- Одышка

- Снижение артериального давления

**Алгоритм оказания неотложной помощи при остром коронарном синдроме (ОКС)**

- Осмотр

- АД, ЧСС, ЧДД

- Анализ ЭКГ в течение 10 минут

- Анализ крови на маркеры некроза

- Кислород

- Внутривенный доступ

- Кардиомониторирование

- Нитраты

- Аспирин

- Наркотические анальгетики

- Решить вопрос о проведении тромболизиса

**Госпитализация.**

**Инфаркт миокарда**

**Инфаркт миокарда** – некроз участка сердечной мышцы в результате нарушения ее кровоснабжения.

**Причины инфаркта миокарда:**

- тромбоз коронарной артерии, которая поражена атеросклеротическим процессом и частично стенозирована;

- длительный спазм коронарных артерий.

**Клинические варианты инфаркта миокарда**

|  |  |
| --- | --- |
| Болевой | Наиболее типичный клинический вариант. Основное проявление – сильная боль, не зависящая от позы и положения тела, от движений и дыхания, устойчивая к нитратам. Характер боли – давящая, жгучая, раздирающая. Локализуется за грудиной, во всей передней грудной стенке с возможной иррадиацией в плечи, шею, руки, спину, эпигастральную область. Характерно: резкая общая слабость, гипергидроз, бледность кожных покровов, возбуждение, двигательное беспокойство. |
| Абдоминальный (гастралгический) | Обычно встречается при диафрагмальном инфаркте миокарда.Боль в эпигастральной области, диспептические явления – тошнота, рвота, икота, отрыжка, вздутие живота, напряжение брюшной стенки, болезненность при пальпации в эпигастрии. |
| Астматический  | Характеризуется развитием сердечной астмы или отека легких, при отсутствии или слабо выраженной боли в области сердца. Отмечается снижение АД. Этот вариант инфаркта типичен для тяжелого кардиосклероза, гипертонической болезни. |
| Аритмический | Характеризуется появлением различных нарушений ритма (экстрасистолии, мерцательной аритмии, пароксизмальной тахикардии) |
| Цереброваскулярный | Проявляется клиникой динамического нарушения мозгового кровообращения – головной болью, головокружением. Тошнотой, рвотой, двигательными и чувствительными расстройствами. Недостаточность церебрального кровоснабжения возникает на фоне атеросклеротического поражения мозговых артерий вследствие снижения сердечного выброса. |
| Атипичный болевой | Характеризуется локализацией боли не за грудиной , а в области горла, левой руке, левой лопатке, шейно – грудном отделе позвоночника, нижней челюсти. |
| Малосимптомный | Характеризуется слабостью, потливостью, болями в груди неопределенного характера. Развивается как правило у пожилых пациентов или ранее перенесших инфаркт миокарда. |

**Осложнения инфаркта миокарда**

1. Нарушения сердечного ритма (желудочковая экстрасистолия, желудочковая пароксизмальная тахикардия, мерцательная аритмия), нарушение проводимости (атриовентрикулярная блокада).

2. Острая левожелудочковая недостаточность (сердечная астма, отек легких).

3. Кардиогенный шок.

4. Разрывы межжелудочковой перегородки, стенки левого желудочка, тампонада сердца.

**Клиническая картина типичного болевого варианта инфаркта миокарда:**

- наиболее частый ранний симптом инфаркта миокарда – внезапно возникшая боль за грудиной или слева от нее.

- характер боли: сжимающая, давящая, раздирающая, жгучая;

- иррадиация боли в левое плечо, руку, лопатку, шею, нижнюю челюсть;

- интенсивность боли при инфаркте значительно выше, чем при приступе стенокардии;

- длительность болевого приступа превышает 20-30 минут (иногда несколько часов или суток);

- в течение приступа бывают периоды некоторого ослабления боли, после непродолжительного периода улучшения самочувствия боль возобновляется с новой силой;

- пациент возбужден, беспокоен, отмечает страх смерти;

- АД может быть повышено, в норме или понижено;

- тахикардия, возможно нарушения сердечного ритма;

- отсутствие эффекта от нитроглицерина.

**При любом варианте инфаркта миокарда могут выявляться следующие симптомы:**

- бледность кожных покровов;

- влажность кожных покровов;

- резкая общая слабость;

- чувство нехватки воздуха.

**Алгоритм оказания неотложной помощи при инфаркте миокарда**

1. Пациента уложить с приподнятой головой, при одышке положение сидя с опущенными ногами.

2. Сообщить врачу (вызвать бригаду скорой помощи) пациента одного не оставлять.

3. Измерить АД, оценить пульс.

4. ЭКГ в 12 отведениях.

5. Анализ крови на маркеры некроза (тропониновый тест).

6. Нитроглицерин 1таблетка (0,5мг) под язык или спрей изокет (1 доза) для купирования болевого синдрома. При необходимости и отсутствии снижения АД – повторить 3 раза через 5 минут.

7. Ацетилсалициловая кислота – 1 таблетка (250-500 мг) разжевать.

8. Ингаляция увлажненного кислорода с помощью маски или носового катетера со скоростью 3-5 л/мин.

**По назначению врача:**

Для купирования болевого синдрома показано применение наркотических анальгетиков.

Госпитализация.

**Острая сосудистая недостаточность**

Острая сосудистая недостаточность - недостаточность периферического кровообращения, сопровождающаяся нарушением кровоснабжения внутренних органов.

Острая сосудистая недостаточность развивается в результате резкого снижения тонуса сосудов. Важнейшие органы, в том числе и мозг, испытывают недостаток в кислороде, что приводит к нарушению и даже выключению их функций.

**Причины острой сосудистой недостаточности:**

* прием лекарственных средств обладающих гипотензивным действием: клофелина, ганглиоблокаторов (пентамин, бензогексоний), ингибиторов АПФ (энам, энап), β-адреноблокаторов (анаприлин), антагонистов кальция (коринфар), нитратов (нитроглицерин), нейролептиков (аминазин, дроперидол), диуретиков (фуросемид), антиаритмических средств (новокаинамид);
* острые инфекционные заболевания, интоксикации;
* гиповолемия, обусловленная потерями жидкости при кровотечениях, ожогах, обезвоживании (рвота, диарея, полиурия), перераспределением жидкости внутри тела и ее выходом из циркуляторного русла (кишечная непроходимость, сепсис, расширение вен нижних конечностей);
* медицинские манипуляции: пункции брюшной и плевральной полостей с быстрой эвакуацией жидкости;
* быстрое снижение температуры тела.

Различают формы острой сосудистой недостаточности: обморок, коллапс, шок.

**Обморок**

Обморок – приступ кратковременной внезапной потери сознания.

В основе обморока лежит церебральная гипоксия вследствие резкого (более чем на 50%) снижения или кратковременного (на 5 – 20 с) прекращения мозгового кровотока.

**Клинические проявления:**

- перед обмороком пациент ощущает тошноту, головокружение, слабость, звон в ушах, потемнение в глазах;

- возникает резкая бледность кожных покровов, легкий цианоз губ;

- пульс становится частым, нитевидным;

- АД снижается;

- развивается потеря сознания;

- продолжительность обморока от нескольких секунд до нескольких минут.

**Алгоритм оказания неотложной помощи при обмороке**

1. Уложить пациента на спину без подушки, нижние конечности поднять до угла 70°.

2. Вызвать врача.

3. Расстегнуть сдавливающую одежду.

4. Обеспечить приток свежего воздуха.

5. Побрызгать холодной водой на лицо, дать вдохнуть пары нашатырного спирта.

6. Оценить пульс, измерить АД.

Обычно этих мероприятий бывает достаточно, чтобы сознание восстановилось.

Если АД остается сниженным - подкожно ввести 2 мл. раствора кордиамина. В случае брадикардии-0,5-1 мл 0,1% раствора атропина подкожно.

Госпитализировать пациента рекомендуется только в том случае, если обморок возник вследствие заболеваний сердца, ЦНС, интоксикаций и т.д..

**Коллапс**

Коллапс – более тяжелая и длительная, чем обморок, форма острой сосудистой недостаточности, характеризующаяся резким снижением сосудистого тонуса, уменьшением ОЦК, симптомами гипоксии мозга и угнетением жизненно важных функций.

**Клинические проявления:**

- общая слабость;

- головокружение;

- температура тела снижена;

- кожные покровы бледные, влажные;

- АД снижено;

- пульс частый, слабого наполнения и напряжения;

дыхание поверхностное, учащенное;

- сознание сохранено, но пациент безучастен к окружающему.

**Алгоритм оказания неотложной помощи при коллапсе**

1. Измерить АД;

2. Уложить пациента, убрав из под головы подушку, поднять ноги до угла 70о.

3. Вызвать врача.

4. Пациента укрыть одеялом.

5. Обеспечить доступ свежего воздуха (расстегнуть стесняющую одежду, открыть окно).

**По назначению врача**

6. На фоне гиповолемии (потеря крови, жидкости) экстренное восполнение ОЦК

При острой кровопотере показаны коллоидные растворы (полиглюкин) внутривенно. При обезвоживании отдают предпочтение внутривенному введению кристаллоидов (ацесоль, трисоль). Пациентам с обезвоживанием 1 степени можно рекомендовать обильное питье, а также давать кристаллоиды внутрь (оралит, регидрон).

Введение мезатона противопоказано.

При медикаментозной гипотензии применяют мезатон 0,1 – 0,5 мл. 1% раствора в 20 мл 5% раствора глюкозы или 0,9% раствора натрия хлорида.

**Гипертонический криз**

Гипертонический криз – состояние, при котором отмечают выраженное повышение АД, сопровождающееся появлением или усугублением клинических симптомов и требующее быстрого контролируемого снижения АД с целью предупредить повреждение органов – мишеней.

Гипертонический криз развивается на фоне:

- гипертонической болезни;

- симптоматической артериальной гипертензии.

Состояния, при которых возможно резкое повышение АД:

- феохромоцитома (опухоль надпочечников);

- острый гломерулонефрит;

- беременность;

- травма черепа.

Факторы, способствующие развитию гипертонического криза:

- прекращение приема гипотензивных лекарственных средств;

- психоэмоциональный стресс;

- избыточное потребление соли и жидкости;

- физическая нагрузка;

- злоупотребление алкоголем.

**Осложнения гипертонического криза**

1. Инфаркт миокарда.
2. Сердечная астма, отек легких.
3. Кровоизлияние в сетчатку глаза.
4. Расслаивающая аневризма аорты.
5. Острая гипертоническая энцефалопатия.
6. Эклампсия у беременных.

По течению гипертонический криз подразделяется на осложненный и неосложненный (ВОЗ 1999).

**Неосложненный гипертонический криз** – характеризуется отсутствием поражения органов – мишеней (головной мозг, сердце, почки) и относится к состояниям, требующим снижения АД в течении нескольких часов.

**Осложненный гипертонический криз** – сопровождается признаками поражения органов – мишеней и требует снижения АД в течение 1 часа.

**Клинические проявления гипертонического криза**

**Для неосложненного гипертонического криза характерны:**

- головная боль;

- головокружение;

- тошнота;

- чувство страха;

- раздражительность;

- озноб, потливость;

- иногда чувство жара;

- жажда.

**При осложненном гипертоническом кризе отмечается:**

- интенсивная головная боль;

- тошнота, рвота;

- нарушение зрения;

- одышка;

- боль в груди;

- отеки;

- парезы, параличи;

- нарушение сознания;

- к выше перечисленным симптомам присоединяются симптомы поражения органов – мишеней.

**Алгоритм оказания неотложной помощи при неосложненном**

**гипертоническом кризе**

1.Уложить пациента с приподнятой верхней половиной туловища;

2. Успокоить;

3. Сообщить врачу;

4. Контроль АД, ЧСС каждые 15 минут.

5. Снижение АД постепенное на 15-25% от исходного в течении 12-24 часов.

6. При отсутствии вегетативных реакций (тошнота, рвота), неврологической симптоматики и при АД ниже 200/120 мм рт.ст. применяют таблетированные препараты: клофелин, каптоприл, нифедипин, моксонидин (физиотенз).

Способ применения (внутрь или сублингвально), дозировка или комбинация из 2-х указанных препаратов зависят от уровня АД, возраста пациента.

Важно: у больных длительно (в течение 6 и более месяцев) применяющих иАПФ развивается «эффект ускользания», который проявляется отсутствием гипотензивного эффекта этих препаратов, в том числе каптоприла при ГК.

7. Оценку эффективности проводят через 15-30 минут.

При ГК с вегетативными реакциями и при АД выше 200/120 мм рт.ст. таблетированные гипотензивные препараты малоэффективны, начинать оказание помощи с этих препаратов неоправданно.

Парентеральное введение одного из гипотензивных препаратов:

а) эбрантил в/в 0.5% 2-10 мл (развести на 10-20 мл физ.р-ра) под контролем АД, ЧСС;

бб) энап р (эналаприлат) в/в 0,125% - 1мл на 20 мл физ.р-ра медленно (тем лицам, кто применяет энап и др. иАПФ, малоэффективен).

**Алгоритм оказания помощи при осложненном гипертоническом кризе.**

1. Уложить пациента с приподнятой верхней половиной туловища.

2. Измерить АД.

3. Ингаляция кислорода.

4. Снижение АД быстрее (на 15-20% от исходного в течение часа, затем за 2-6 часов до 160 и 100мм рт.ст.).

Терапию проводят преимущественно парентеральными лекарственными средствами.

**При осложненном гипертоническом кризе обязательная госпитализация!**

**Бронхиальная астма**

Бронхиальная астма - хроническое аллергическое воспаление дыхательных путей.

Острый приступ бронхиальной астмы – эпизод прогрессивного нарастания кашля, одышки, появления свистящих хрипов, удушья, чувства нехватки воздуха.

Астматический статус – тяжелое и опасное для жизни состояние – затянувшийся приступ удушья, не купирующийся обычными противоастматическими лекарственными средствами в течении нескольких часов.

**Причины, провоцирующие обострение бронхиальной астмы:**

- контакт с аллергеном;

- физическая и эмоциональная нагрузка;

- инфекционное заболевание;

- прием нестероидных противовоспалительных средств (при аспириновой астме).

**Механизм обструкции дыхательных путей:**

- спазм гладкой мускулатуры бронхов;

- отек слизистой оболочки бронхов;

- гиперсекреция слизи с образованием слизистых пробок.

**Признаки приступа удушья:**

- одышка с удлиненным выдохом (экспираторная);

- приступообразный непродуктивный кашель;

- пациент принимает вынужденное положение – сидя с опорой на руки;

- шумное свистящее дыхание;

- беспокойство, чувство страха;

- сердцебиение;

- потливость.

**Признаки угрозы для жизни:**

- спутанность сознания;

- цианоз кожных покровов;

- ЧДД >30 в минуту или < 12 в минуту;

- «немое легкое»;

- ЧСС >120 в минуту или брадикардия < 55 в минуту;

- артериальная гипотензия.

**Алгоритм оказания неотложной помощи при приступе бронхиальной астмы**

1. По возможности исключить контакт с аллергеном;

2. Успокоить пациента;

3. Обеспечить доступ свежего воздуха;

4. Помочь воспользоваться ингалятором – вентолин, беретек, сальбутамол;

5. Обеспечить ингаляцию кислорода;

6. Измерить АД, оценить пульс.

**По назначению врача:**

**При приступе легкой степени тяжести:**

7. Нейбулайзерная терапия;

сальбутамол 10-40 капель (0,5 – 2мл) или беродуал 20 – 40 капель (1-2мл) в течении

5-10 мин.

8. При отсутствии небулайзера эуфиллин 10мл. 2,4% раствора развести в 10мл. 0,9% раствора натрия хлорида – ввести внутривенно медленно(в течении 5-10 мин, во избежании тахикардии, нарушения сердечного ритма, снижения АД).

**При приступе средней степени тяжести:**

9. Нейбулайзерная терапия;

беродуал 20-60 капель (1-3мл) в течении 5-10 мин.

10. При отсутствии небулайзера эуфиллин 10мл. 2,4% раствора развести в 10мл. 0,9% раствора натрия хлорида – ввести внутривенно медленно (в течение 5-10 мин, во избежании тахикардии, нарушения сердечного ритма, снижения АД).

11. Преднизолон внутривенно 60-90мг.

**При тяжелом приступе удушья:**

12. Нейбулайзерная терапия;

берадуал 20-60 капель или пульмикорт 2-4мл через нейбулайзер в течении 5-10 мин.

13. Преднизолон внутривенно 90-150мг.

**При астматическом статусе:**

14. Преднизолон внутривенно 90-150мг.(до 300 мг.).

15. Контроль ЧДД, АД, ЧСС.

16.При неэффективности терапии - интубация трахеи, ИВЛ.

**Доврачебная помощь при острых отравлениях**

Острые отравления развиваются в результате однократного, воздействия токсического вещества и характеризуются быстрым развитием клинической картины.

Острые отравления разделяют по пути поступления ядов в организм – на ингаляционные (через дыхательные пути), пероральные (через рот с всасыванием в желудке или тонком кишечнике), перкутанные (через кожные покровы) инъекционные (при парентеральном введении).

**Общие принципы диагностики острых отравлений**

1. При экзогенных отравлениях большое значение имеет выявление симптомов, характерных для воздействия на организм токсических веществ.

 При сборе анамнеза на месте происшествия необходимо установить ряд факторов, важных не только для постановки диагноза, но и для дальнейшего лечения и позаботиться о том, чтобы они стали доступными врачам, оказывающим скорую медицинскую помощь и специалистам стационара.

 Устанавливаются причины отравления, необходимо выяснить у пострадавшего или его родственников:

- вид или название токсичного вещества, принятого пострадавшим;

- время приема токсичного вещества;

- дозу принятого токсичного вещества;

- пути поступления токсичного вещества;

- обстоятельства, сопутствующие развитию отравления (случайное или преднамеренное).

 При подозрении на отравление с целью самоубийства, пострадавший нуждается в консультации психиатра.

 На догоспитальном этапе необходимо осуществить забор биосред (мочи, слюны, желудочного содержимого), необходимо указать время забора биосред и данные пострадавшего.

Также следует собрать вещественные доказательства (жидкости в бутылках, упаковки из-под лекарств).

Общие принципы оказания помощи при отравлениях

1. Прекратить дальнейшее поступление яда в организм

 При ингаляционном отравлении газообразными отравляющими веществами необходимо вынести пострадавшего из пораженной атмосферы, уложить его так, чтобы обеспечить проходимость дыхательных путей. Предварительно освободив от стесняющей одежды, начать ингаляцию кислорода.

2. Удаление не всосавшегося яда:

- при промывании желудка или смывании яда с кожи использовать нейтральные растворы (воду, изотонический раствор натрия хлорида) температурой не выше 18о.

- зондовое промывание желудка, введение слабительного (100-150 мл 30% раствора сульфата магния), введение энтеросорбентов (активированный уголь 5-10 таблеток – 50-100 мг растворить в 5-10 мл воды ввести через зонд):

- антидотная терапия;

- дезинтоксикационная терапия;

- форсированный диурез.

 При попадании токсического вещества на открытые участки кожи следует немедленно удалить его с помощью промывания проточной водой.

Противопоказание для промывания желудка:

Отравление прижигающими жидкостями позднее 6 часов.

Прободение полого органа.

С осторожностью проводить зондовое промывание желудка при:

3. Отравлении прижигающими жидкостями в первые 6 часов.

4. Острой и хронической недостаточности кровообращения.

5. Гипертензионном синдроме.

Количество жидкости, необходимое для промывания желудка

Разовый объем взрослому - 0,25-0,5 литра воды, ребенку 4 мл/кг.

Максимальное количество воды для промывания желудка:

До 1 года – 1 литр, от 1 до 5 лет – 3-5 литров, от 5 до 10 лет – 6-8 литров. Более 10 лет – 8-10 литров. Взрослому – 10-12 литров.

Обязателен контроль объема промывных вод (в соответствии с промывающим раствором)!

При отравлении прижигающими ядами (кислоты, щелочи) необходимо:

- с целью обезболивания ввести промедол 1,0 мл. 2% раствора подкожно;

- смазать зонд вазелином или растительным маслом;

- жидкость вводить малыми порциями(250 мл) холодной воды;

- наличие крови в промывных водах не является противопоказанием для промывания желудка;

- вводят обволакивающие вещества - молоко, кисели, крахмальный отвар.

При отравлении фосфором, фенолом, бензином, камфорой применение жировых взвесей, касторового масла, молока противопоказано.

**Неотложная медицинская помощь при острых аллергических реакциях**

Острые аллергозы – состояния, в основе развития которых лежит повреждение тканей, обусловленное иммунными реакциями, вызванными экзогенными аллергенами.

Причины возникновения острых аллергических реакций:

- ингаляционные аллергены жилища (пыль, бытовая химия);

- пыльца растений;

- пищевые аллергены (рыба, орехи, мед, молоко, яйца, цитрусовые);

- лекарственные средства (лекарственная аллергия наиболее часто развивается при применении анальгетиков, сульфаниламидов, антибиотиков);

- ужаление насекомых;

Аллергические реакции можно подразделить на:

Легкие:

- аллергический ринит;

- аллергический конъюктивит;

- крапивница;

Средней тяжести и тяжелые:

- генерализованная крапивница;

- отек Квинке;

- острый стеноз гортани;

- обострение бронхиальной астмы;

- анафилактический шок.

**Реакция на ужаление насекомого**

Алгоритм оказания неотложной помощи:

1. Извлечь жало (в первые 15 минут)

2. К месту ужаления приложить лед или грелку с холодной водой на 15 минут;

3. Место ужаления обколоть в 5-6 точках и инфильтрировать 0,3 – 0,5 мл 0,1% раствор адреналина, разведенного в 4 - 5 мл 0,9% раствора хлорида натрия.

**Аллергический ринит**

Клинические проявления:

- затруднение носового дыхания;

- выделение обильного водянистого слизистого секрета;

- зуд в полости носа;

- чихание.

**Аллергический конъюнктивит**

Клинические проявления:

- гиперемия и отечность конъюнктивы;

- отек век;

- зуд;

- слезотечение.

**Крапивница**

Клинические проявления:

- резко-очерченные округлые зудящие волдыри с приподнятыми эритематозными краями и бледным центром, чаще на туловище и конечностях, сохраняющиеся обычно в течение 1-3 дней.

**Алгоритм оказания неотложной помощи при аллергическом**

**рините, аллергическом конъюктивите, крапивнице**

1. Прекратить контакт с аллергеном;

2. Пациента успокоить;

3. Сообщить врачу.

По назначению врача:

4. Ввести антигистаминные препараты супрастин 1-2 мл. внутримышечно.

5. Или дать таблетку антигистаминного препарата II поколения – акривастин 8 мг. или цетиризин 10 мг.

**Генерализованная крапивница**

Клинические проявления:

- по всем кожным покровам уртикарная, нередко сливная зудящая сыпь, возможно снижение АД.

**Алгоритм оказания неотложной помощи при генерализованной крапивнице**

1. Прекратить контакт с аллергеном;

2. Пациента успокоить;

3. Сообщить врачу.

По назначению врача:

4. Ввести бетаметазон (дипроспан) 1-2 мл внутримышечно;

5. Или преднизолон 60-150 мг внутривенно;

6. Ввести антигистаминные препараты супрастин 1-2 мл. внутримышечно или димедрол 1 мл. 1% раствор внутримышечно.

7. Или дать таблетку антигистаминного препарата II поколения – акривастин 8 мг. или цетиризин 10 мг.

8. Госпитализация.

**Отек Квинке**

Клинические проявления:

- локальный плотный, безболезненный, не зудящий отек кожи, подкожной клетчатки, слизистых оболочек, чаще в области губ, щек, век, половых органов, кистей;

- одновременно с кожными проявлениями могут наблюдаться - отек гортани (развитие удушья), отек слизистой оболочки желудочно-кишечного тракта (боль в животе, тошнота, рвота).

**Алгоритм оказания неотложной помощи при отеке Квинке**

1. Пациента успокоить.

2. Сообщить врачу.

3. Измерить АД, оценить пульс.

По назначению врача:

4. Ввести антигистаминные препараты. (димедрол 1мл.1%- раствора в/в или в/м, или супрастин 1 мл.2% раствора в/м) или дать таблетку кларитина (120 мг.) или акривастина 8 мг. или цетиризина 10 мг внутрь

5. Преднизолон – 60-90 мг в/венно.

6. Госпитализация.

**Отек гортани**

Клинические проявления:

беспокойство;

нарастающая осиплость голоса;

затрудненное свистящее дыхание;

цианоз лица.

**Алгоритм оказания неотложной помощи при отеке гортани**

1. Немедленно сообщить врачу.

2. Начать ингаляцию кислорода.

По назначению врача:

3. Преднизолон. 30-90 мг. внутривенно.

4. Антигистаминные средства (димедрол 1 мл. 1 % раствора, супрастин 1 мл. 2% раствора внутримышечно)

5. Адреналин 0,3- 0,5 мл. 0,1% раствора внутримышечно или подкожно.

6. Обязательна госпитализация.

**Анафилактический шок**

Анафилактический шок – острая полиорганная недостаточность вследствие повреждения жизненно важных органов медиаторами агрессии.

В зависимости от скорости развития реакции на аллерген выделяют следующие формы анафилактического шока.

1. Молниеносная – шок развивается в течение 10 минут.

2. Немедленная – дошоковый период длится 30-40 минут.

3. Замедленная – шок проявляется через несколько часов.

Клиническая картина:

- ЧСС – тахикардия, возможны: брадикардия, нарушение ритма, отсутствие сердечных сокращений;

пульс слабого наполнения и напряжения;

АД- гипотония (снижение АД сист.не менее, чем на 30-50мм рт.ст. от исходного уровня);

чувство страха, беспокойство;

головокружение;

шум в ушах;

ощущение жара;

чувство нехватки воздуха;

стеснение за грудиной;

тошнота, рвота;

боль в эпигастральной области;

липкий холодный пот;

резкая бледность или гиперемия кожных покровов, возможно появление сыпи;

угнетение сознания.

Алгоритм оказания неотложной помощи при анафилактическом шоке

По возможности исключить дальнейшее воздействие аллергена (удалить жало, прекратить введение лекарственного препарата). Немедленно сообщить врачу.

Уложить пациента (поднять нижние конечности до угла 70о ), повернуть голову в сторону (во избежание аспирации рвотных масса).

Измерить АД, оценить пульс.

Внутримышечно ввести 0,1% раствор адреналина 0,3 – 0,5мл.,

Обеспечить надежный венозный доступ.

Инфузионная терапия: полиионные растворы (квинтасоль) и растворы ГЭК (рефортан, стабизол) 500 – 1000мл за 10 минут от начала лечения, затем переходят на внутривенное капельное введение (при отсутствии рефортана начать инфузию 0,9% раствора натрия хлорида 200 мл. и более внутривенно струйно).

По назначению врача:

Адреналин 1 мл. 0,1% раствора развести в 10 мл 0,9% раствора натрия хлорида и ввести половину этой дозы внутривенно медленно.

Ввести 90-120 мг преднизолона или 8-16 мг. дексаметазона внутривенно, предварительно развести в 10 мл. 0,9% раствора хлорида натрия.

Измерить АД, оценить пульс.

10.Оставшуюся дозу адреналина ввести внутривенно в 2-3 приема (по 1,5-2 мл)

11.Если после проведенных мероприятий АД не повышается, необходимо повторить введение адреналина (1 мл. развести в 10 мл 0,9% раствора натрия хлорида, вводить по 2 мл. внутривенно медленно), или дофамин (допамин) 5 мл. 4% раствора (200 мг.) развести в 200 мл 0,9% раствора натрия хлорида в/в капельно.

12. Или внутривенное введение адреналина: 1 мл 0,1% раствора разводят в 200 мл 5% раствора глюкозы. инфузию начинают с 30 кап/мин. больному весом 70 кг, регулируя скорость в зависимости от уровня повышения АД.

13. При выраженной бронхообструкции применить небулайзер.

при анафилактическом шоке с нарастающим отеком верхних дыхательных путей, несмотря на проводимую терапию, показана интубация трахеи.

14. При брадикардии показано введение 0,1% раствора атропина 0,5мл. на 10 мл. физ. р-ра внутривенно медленно.

15. Антигистаминные препараты не являются ургентными препаратами, их можно вводить при нормализации показателей гемодинамики при АД 90 мм.рт.ст. и выше. Лучше использовать тавегил 2 мл или супрастин 1 мл. 2% раствора в/м , которые обладают незначительным гипотензивным эффектом. (Применение пипольфена противопоказано из-за выраженного гипотензивного эффекта).

16. В случае развития клинической смерти – немедленно начинать сердечно-легочную реанимацию.

**Литература**

1.Интенсивная терапия: национальное руководство: в 2 т. / под ред. Б. Р. Гельфанда, А. И. Салтанова. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. – Т. II. – 784 с.

2.Иркин, О.И. Внезапная сердечная смерть: догоспитальный этап помощи / О. И. Иркин // Медицина неотложных состояний. – 2006. – № 4(5). – С. 18 – 22.

3.Кошелев А.А. Медицина катастроф. Теория и практика: Учеб пособие.- СПб.: «ЭЛБИ – СПб», 2005. – 320с.: ил.

4.Машковский, М. Д. Лекарственные средства. – М.: «Новая волна», 2006. – 1206 с.

 5.Медицина катастроф (основы оказания медицинской помощи пострадавшим на догоспитальном этапе) / Под редакцией Х.А. Мусалатова.- М.: ГОУ ВУНМЦ МЗ РФ, 2002. – 448 с.: ил.

6.Мюлер, З. Неотложная помощь: Справочник практического врача / З. Мюллер; Пер. с нем. – М.: МЕДпресс-информ, 2007. – 456 с.

7. Национальные клинические рекомендации / ВНОК; сост.: Р.Г. Оганов, М.Н. Мамедов, Ю.В. Родионова, Н.В. Киселёва. – М., 2009. – 392 с.

8. Российский энциклопедический справочник / Под ред. А. Г. Чучалина. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2005. – 880 с.

9.Руднов, В. А. Инфузионно-трансфузионная терапия, как компонент интенсивной терапии / В. А. Руднов // Хирургия. Приложение № 1. – 2005. – С. 54 – 57.

10.Руководство по первичной медико-санитарной помощи. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2006. – 1584 с.

11.Сумин, С.А. Неотложные состояния. – М.: Медицинское информационное агентство, 2005. – 752 с.

 Программное обеспечение и Интернет-ресурсы:

1. Каталог электронных библиотек http://www.aonb.ru/iatp/guide/library.html

2. Цифровая библиотека по философии http://filosof.historic.ru/

3. Электронная библиотека Российской государственной библиотеки (РГБ) http://elibrary.rsl.ru/

4. Электронная библиотека учебников http://studentam.net/

5. Европейская электронная библиотека http://www.europeana.eu/portal/

6. [www.proflit.ru](http://www.proflit.ru/)

7. [www.zdrav.ru](http://www.zdrav.ru/)

8. [www.minsozdrav.ru](http://www.minsozdrav.ru/)