ПМ.02 Участие в лечебно-диагностическом и реабилитационном процессах.

МДК.02.01 Сестринский уход в дерматовенерологии

**ЛЕКЦИЯ № 1, 2 Дерматовенерология как самостоятельная клиническая дисциплина, ее содержание, задачи и методы. Общие сведения о коже (анатомия, физиология**).

**Дерматовенерология**– отрасль медицинской науки, изучающая заболевания кожи, которые являются проявлением патологии внутренних органов и систем, отражением на коже лишь части поражения всего организма.

Кожные венерические болезни – дерматовенеролигия состоят из двух частей:

***Дерматология*** (от греч derma – кожи и logos - учение) – область клинической медицины, изучающая функции и структуру кожи в норме и при патологии, разрабатывающая методы диагностики, лечения и профилактики болезней кожи.

***Венерология*** (по имени Венеры – богини любви в римской мифологии) – область клинической медицины, изучающая этиологию, патогенез и клинику венерических болезней, разрабатывающая методы их диагностики, лечения и профилактики.

**Кожа**– это элемент иммунной системы организма, защитный покров человека, который имеет влияние на функционирование всех внутренних органов и систем.

Кожа выполняет ряд жизненно необходимых функций, которые обеспечивают нормальное функционирование всех систем организма. К основным функциям кожи относятся: защитная функция (механическая защита, защита от ультрафиолета, защита от микроорганизмов, поддержание водного баланса), терморегулирующая функция, обменная функция, рецепторная функция, участие в водно-солевом обмене, экскреторная функция (выделение с потом и кожным салом продуктов метаболизма, лекарственных и токсических веществ), резорбционная функция (всасывание в системный кровоток веществ, попадающих на кожу, поверхностными сосудистыми сплетениями), иммунная функция (синтез в эпидермисе интерлейкинов и других цитокинов, захват, процессинг и транспорт антигенов).

Кожа состоит из трех основных слоев, плотно прикрепленных друг к другу: эпидермиса, дермы и подкожной жировой клетчатки. Выделяют две основные разновидности кожи: толстую и тонкую.

**Толстая кожа**(более 5 мм толщиной) покрывает ладони и подошвы, для нее характерны более толстые, чем на других участках тела, эпидермис и его роговой слой, а также сравнительно тонкая дерма.

**Тонкая кожа**(толщиной 1 – 2 мм) покрывает все остальные части тела, характеризуется наличием тонкого эпидермиса, а также весьма выраженной дермой. Волосы и сальные железы присутствуют только в составе тонкой кожи.

**Эпидермис**представляет собой многослойный плоский ороговевающий эпителий эпидермального типа. Основную массу клеток эпидермального пласта составляют кератиноциты (эпидермоциты), имеются также дендритические клетки. Эпидермис состоит из следующих слоев: базального, шиповатого, зернистого, блестящего (присутствует только в коже ладоней и подошв) и рогового.

Базальный слой располагается на базальной мембране. Клетки базального слоя (базальные кератиноциты) располагаются в один ряд и имеют кубическую или призматическую форму и крупное светлое ядро. Базальный слой называют камбиальным слоем эпидермиса. В базальном слое располагаются стволовые клетки, за счет которых постоянно пополняется пласт эпидермиса в результате их постоянного деления.

Шиповатый слой представлен 3 – 15 рядами (в толстой коже содержится большее число рядов) клеток полигональной формы, которые прочно связаны между собой за счет интердигитаций и десмосом. Большое число межклеточных контактов типа десмосом вокруг каждой клетки (до 2000) напоминают шипы. В клетках шиповатого слоя содержатся кератиносомы. Это единичные специфические гранулы. Шиповатые кератиноциты сохраняют способность делится путем митоза, в связи с чем базальный и шиповатый слои эпидермиса объединяют под общим названием «ростковый слой».

Зернистый слой представлен 1 – 3 рядами клеток веретенообразной формы с темным ядром и включениями в цитоплазме (кератогиалиновые гранулы). Эти включения содержат белок, который обеспечивает процесс ороговения кератиноцитов – филаггрин. Филаггрин способствует агрегации, в результате чего происходит превращение клетки в постклеточную структуру – роговую чешуйку (роговую пластинку).

Блестящий слой представлен только в участках толстой кожи. Он состоит из 1 – 2 рядов оксифильных клеток с нечеткими границами и плохо определяемыми органеллами. При изучении под электронным микроскопом видно, что этот слой представляет собой нижние ряды рогового слоя.

Роговой слой представлен роговыми чешуйками – постклеточными структурами, которые иногда называют корнецитами. Они не содержат ядер и органелл, но богаты кератином и постоянно слущиваются. Толщина рогового слоя эпидермиса зависит от анатомической локализации участка кожи. В эпидермисе сохраняется динамическое равновесие между количеством слущивающихся роговых чешуек и пролиферацией базальных кератиноцитов.

Защитная функция кожи заключается в постоянном обновлении эпидермиса: благодаря отторжению с поверхности кожи роговых чешуек происходит ее очищение от внешнего загрязнения и микроорганизмов. Темп обновления эпителиального пласта зависит от локализации, в среднем он составляет около 28 суток.

В эпидермисе, помимо кератиноцитов, имеется три типа дендритических клеток: меланоциты, клетки Лангерганса (беспигментныедендроциты), клетки Меркеля.

Меланоциты (пигментные дендритические клетки, пигментные дендроциты) локализуются в базальном слое эпидермиса у лиц с белой кожей. У представителей негроидной расы, а также у представителей европеоидной расы в местах естественной пигментации указанные клетки обнаруживаются и в шиповатом слое.

Клетки Лангерганса (беспигментные дендритические клетки, внутриэпидермальные макрофаги) – элементы моноцитарного происхождения, ответственные за захват, процессинг антигена, антиген-презентацию и взаимодействие с Т-лимфоцитами дермы. Эти клетки участвуют в иммунных реакциях, продуцируют лизоцим и интерферон.

Клетки Меркеля (осязательные эпителиоциты) расположены в базальном слое эпидермиса и в эпителии фолликулов волос. Эти клетки имеют нейроглиальное происхождение и принимают участие в формировании тактильных ощущений на коже.

**Дерма.**Состоит из двух слоев, которые нечетко отграничены друг от друга: сосочкового и сетчатого. Первый прилегает непосредственно к эпидермису и представлен рыхлой волокнистой соединительной тканью. Сосочковый слой дермы определяет рисунок гребешков и бороздок на поверхности кожи. Рисунок узора кожи на ладонях и подошвах строго индивидуален. Сетчатый слой дермы образован плотной неоформленной волокнистой соединительной тканью. Он содержит волокнистые структуры: коллагеновые, эластические и ретикулярные волокна.

**Подкожная жировая клетчатка.**Это продолжение дермы, состоящее из белой жировой ткани и прослоек рыхлой волокнистой соединительной ткани. Толщина дермы зависит от локализации, половой принадлежности и питания. Распределение подкожной жировой клетчатки регулируется половыми гормонами.

**Кровеносные сосуды.**Кровоснабжение кожи осуществляется двумя артериальными и венозными сплетениями – поверхностным и глубоким.

**Лимфатическая система кожи.**Представлена поверхностной сетью, которая начинается с сосочковых синусов (в сосочках дермы), и глубокой сетью (в гиподерме), между которыми расположены отводящие сосуды.

**Нервные волокна.**Иннервация кожи обеспечивается афферентными и эфферентными волокнами, образующими субэпидермальное и дермальное сплетения.

**Придатки кожи**

**Сальные железы.**Относятся к простым альвеолярным железам, состоят из концевых отделов и выводных протоков и характеризуются голокринным типом секреции. В подавляющем большинстве сальные железы связаны с волосяными фолликулами, а их протоки открываются в устья волосяных фолликулов. В области тыла кистей, на красной кайме губ сальных желез мало, и они мелкие по размеру. На коже лица (на надбровьях, лбу, носу, подбородке), волосистой части головы, средней линии груди, спине, подмышечных впадинах, перианальной и перигенитальной областях количество сальных желез велико и достигает 400 – 900 на 1 см2, причем железы там крупные и многодольчатые. Сальные железы выделяют сложный по составу секрет, который называется кожным салом. В состав кожного сала входят свободные и связанные (этерифицированные) жирные кислоты, в небольшом количестве углеводороды, многоатомные алкоголи, глицерин, холестерол и его эфиры, эфиры воска, сквален, фосфолипиды, каротин, а также метаболиты стероидных гормонов. Особую биологическую роль играют ненасыщенные жирные кислоты, которые обладают фунгицидными, бактерицидными и вирусостатическими свойствами.

Секреция кожного сала регулируется в основном гормональными и в меньшей степени нейрогенными механизмами. Андрогены усиливают секрецию кожного сала.

**Потовые железы.**Подразделяются на эккринные (простые трубчатые) и апокринные (простые трубчато-альвеолярные) железы.

Эккринные потовые железы располагаются на всех участках кожного покрова. Начинают функционировать с момента рождения и участвуют в терморегуляции. Состоят из концевого секреторного отдела и выводного протока. Концевой отдел расположен в подкожной жировой клетчатке, содержит миоэпителиальные и секреторные (светлые и темные) клетки, активность последних регулируется холинергическими нервными волокнами. Выводные протоки открываются свободно на поверхности кожи и образованы двуслойным кубическим эпителием.

Апокринные потовые железы расположены только на некоторых участках тела: в коже подмышечных впадин, ареолов сосков молочных желез, перианальной, перигенитальной областей. Иногда они обнаруживаются на коже вокруг пупка, в области крестца. Эти железы начинают функционировать в период полового созревания.

**Волосы.**Представляют собой ороговевшие нитевидные придатки кожи. У взрослых людей на поверхности тела имеется до 2 млн волос, из них на голове насчитывается до 100 тыс. Структура волос является генетически детерминированной и во многом зависит от расы.

Волос состоит из стержня, выступающего над уровнем кожи, и корня, расположенного в волосяном фолликуле, погруженном в глубь дермы и подкожной жировой клетчатки.

 **Морфологические элементы.**

**Первичные** – возникают на видимо здоровой коже.

**Бесполостные**.

*Пятно* (macula) – это ограниченное изменение окраски кожи или слизистой оболочки, поверхность пятна, как правило, не возвышается над уровнем кожи. По механизму возникновения пятна делятся на:

1. Сосудистые.
* Воспалительные – возникают в результате воспаления и расширения сосудов кожи. При надавливании они исчезают, затем вновь появляются. В зависимости от размеров делятся на: розеолы (до 2 см); эритемы – крупные сливные сосудистые пятна.
* Невоспалительные – возникают в результате нервно-рефлекторного расширения сосудов: телеангиоэктазии – паралич капилляров дермы; эмоциональные пятна (волнение, гнев); аномалии развития (сосудистый невус – болезнь «винных пятен»).

 Геморрагические – возникают в результате повышения проницаемости сосудов. При надавливании не исчезают: петехии – мелкие кровоизлияния; пурпура – более крупные сливные геморрагические пятна 1-2 см; экхимоз – обширное кровоизлияние в кожу или слизистую оболочку, развивающееся при разрыве сосуда; гематома; линейные геморрагии.

 Пигментные:

* Гипопигментация – возникает в результате уменьшения или исчезновения пигмента: общая (альбинизм); очаговая (витилиго).
* Гиперпигментация – возникает в результате усиленного отложения пигмента: общая (заболевания печени, надпочечников, щитовидной железы); очаговая (веснушки, лентиго, хлоазмы при беременности, эндокринных заболеваниях).

 Артификационные: татуировки, пятна, образующиеся в результате лекарственного воздействия (желтые пятна от

  фурациллина), при покраске машин, после укусов вшей.

*Волдырь* (urtica) – первичный морфологический элемент, который возникает за счет ограниченного отека сосочкового слоя дермы. Разрешается быстро и бесследно. Не стойкий, может быть различного цвета за счет отека. Не шелушиться, сопровождается сильным зудом.

*Папула* (papula) синоним - узелок – первичный морфологический элемент, возникающий в результате скопления клеточного инфильтрата в эпидермисе или сосочковом слое дермы. Возвышается над уровнем кожи. Разрешается, как правило, бесследно. Папулу можно пропальпировать.

По размеру папулы делятся на:

* Милиарные (с просяное зерно) 1-2 см.
* Лентикулярные (с чечевицу), наблюдаются при красном плоском лишае 5-8 мм.
* Нумулярные (от numus - монета), наблюдаются при псориазе 2-3 см.
* Бляшки (огромные, сливные) более 2-3 см.

По форме папулы могут быть:

* Плоские.
* Полушаровидные.
* Остроконечные.
* Полигональные.
* Округлые.

В зависимости от локализации клеточного инфильтрата:

* Эпидермальные (бородавки).
* Эпидермо-дермальные (псориаз, экзема, нейродермит).
* Дермальные (вторичный сифилис) – залегание в сосочковом слое дермы.

*Бугорок* (tuberculum) 5-8 мм – первичный морфологический элемент, возникающий в результате скопления клеточного инфильтрата в сетчатом слое дермы. Возвышается над уровнем кожи. Плотной или тестоватой консистенции. Разрешается с образованием рубца или рубцовой атрофии. Встречается при туберкулезной волчанке, лепре, третичном сифилисе.

*Узел* (nodus) 1-1,5 см и более – первичный морфологический элемент, возникающий в результате скопления клеточного инфильтрата в подкожно-жировой клетчатке. Разрешается либо бесследно, либо с образованием рубца или рубцовой атрофии. Консистенция от мягкой, при туберкулезе, до плотноэластичной, при третичном сифилисе, лепре, раке кожи, узловатая почесуха, тяжелая форма угревой болезни, пиодермия. Имеет чаще красно-бурую или красно-синюшную окраску.

* Воспалительный (гидроденит).
* Невоспалительный (нейрофиброматоз, липома).

**Полостные**.

*Пузырек* (vesicula) – первичный морфологический элемент, содержащий полость, заполненную серозной жидкостью, размером до 5 мм. Образуется за счет внутриклеточного и межклеточного отека. Располагается в эпидермисе. Разрешается бесследно. Наблюдается при герпесе, экземе.

*Пузырь* (bulla) – первичный морфологический элемент, содержащий полость, заполненную серозным или геморрагическим содержимым, размером от 5 мм и более. Имеет дно и покрышку. Встречается при пузырчатке, контактных дерматитах и др. Разрешается бесследно.

*Гнойничок* (pustula) – первичный морфологический элемент, содержащий полость, заполненную содержимым.

* Импетиго (с греч «возникающий внезапно») – поверхностный гнойничок не связанный с волосяным фолликулом и сальной железой. Легко вскрывается, образуя эрозии. Наблюдается при стрептодермии.
* Эктима – гнойничок, развивающийся в дерме или подкожной клетчатке, не фолликулярный элемент. Разрешается рубцом, наблюдается при гнойных процессах в коже - пиодермии.
* Фолликулит – гнойное воспаление волосяного фолликула.
* Акне (угри) – гнойное воспаление сальных желез.

**Вторичные** – возникают в процессе эволюции первичных элементов.

*Чешуйка* (squama) – разрыхленные пластинки рогового слоя, потерявшие связь с эпидермисом. Десквамация – отделение чешуек. Наблюдается при ихтиозе, экземе, псориазе. Чешуйки могут быть мукоидными, отрубевидными, пластинчатыми.

*Корка* (crusta) – ссохшийся экссудат. В зависимости от характера экссудата может быть: гнойной, геморрагической, серозной и их комбинация. Наблюдается при пиодермитах. Разновидность корки – рупия – толстая слоистая корка, встречается при вторичном сифилисе, при фавусе; скутула – «щиток».

*Эрозия* (erosio) – дефект кожи или слизистой оболочки в пределах эпидермиса. Разрешается бесследно. Наблюдается при синдроме Лайелла.

*Язва* (ulcus) – заживает всегда рубцом.

*Трещина* (fissure, rhagas) – линейный дефект кожи, вызванный длительной воспалительной инфильтрацией кожи, повышенной сухостью, потерей эластичности. Поверхностные трещины разрешаются бесследно, глубокие – рубцом.

*Экскориация* (excoriatio) – расчес, геморрагические корочки – повреждение кожи за счет расчесов при зудящихся дерматозах или психических заболеваниях.

*Рубец* (cicatrix) – замещение дефекта кожи грубой соединительной тканью после изъязвления. Повторяет конфигурацию дефекта.

* Гипертрофический – келоидный – возвышается над уровнем здоровой кожи.
* Нормотрофический.
* Атрофический.

*Атрофия* – изменение инфильтрата вызванное замещением кожи неоформленной нежной волокнистой соединительной тканью без предшествующего изъязвления. Рисунок кожи исчезает. Наблюдается при склеродермии, лепре, эритематозе.

*Лихенификация* (lichenificatio) – лихонизация - очаг усиленного рисунка кожи, сопровождающийся ее утолщением, гиперпигментацией и сухостью. Возникает в результате длительной воспалительной инфильтрации и расчесов. Наблюдается при экземе, атопическом нейродермите.

*Вегетация* (vegetationes) – разрастание сосочков дермы и эпидермиса. Наблюдается при хронической язвенной вегетирующей пиодермии.

*Пигментация* (pigmentatio) – вторичный морфологический элемент, который возникает в результате изменения содержимого пигмента на месте первичного элемента.

Морфизм – определяется элементами появляющимися на коже.

* Мономорфизм – первично появляющиеся элементы – псориаз.
* Полиморфизм – первично появление на коже множества элементов - экзема.

**Принципы диагностики кожных болезней**.

1. выяснение жалоб;
2. анамнез заболевания;
3. анамнез жизни;
4. объективное обследование.

*Выяснение жалоб*.

1. Со стороны общего состояния (слабость, быстрая утомляемость - субъективные).
2. Со стороны кожи – ощущение жара, жжение, зуда и др. - (объективные).
3. Со стороны других органов и систем.

*Анамнез заболевания*.

Выясняют время начала и особенности развития данного заболевания. Что предшествовало развитию дерматоза, сезонность, источники заражения, контакты (для больных с заразными заболеваниями кожи).

*Анамнез жизни*.

Развитие в детстве, трудовая деятельность, профессия, жилищно-бытовые условия, перенесенные болезни, аллергологический анамнез, наследственность.

*Методы объективного обследования больного*.

1. Исследование общего состояния больного, состояния различных систем и органов с целью выявления сопутствующих заболеваний, играющих роль в патогенезе дерматозов.
2. Осмотр всех кожных покровов. Обращают внимание на общую окраску, рисунок и эластичность кожи, состояние кожных фолликулов, ногтей, сало и потоотделения, на следы перенесенных заболеваний.

Акцентируем внимание на двух рефлексах:

* Сосудодвигательный (дермографизм) – проводят тупым предметом по коже, через определенное время (около 1 минуты) появляются белые или красные полосы.
* Мышечно-волосковый рефлекс.

 Осмотр патологического процесса. Обращаем внимание на его распространенность, локализацию, симметричность поражения, на характер высыпаний (мономорфный, полиморфный). Необходимо определить, из каких элементов состоит сыпь, провести ее осмотр, пропальпировать, проколоть иглой, провести поскабливание (граттаги – отторжение чешуек при эритематозе или болезненность; триада симптомов при псориазе), диаскопия, биопсия.

**Тема: Аллергические болезни кожи**

**Аллергия** – иммунная реакция организма, сопровождающаяся повреждением собственных тканей.

**Аллерген** – вещество, способное сенсибилизировать (повышать чувствительность) организма и вызывать аллергию.

Аллергены делятся на **экзоаллергены**(поступают снаружи), и **эндоаллергены** (образуются в самом организме).

Аллерген вызывает в организме ответную реакцию, которая может развиться в течение 5-20мин. (гиперчувствительность немедленного типа), или через 15-20мин (гиперчувствительность замедленного типа).

Тип аллергической реакции зависит от свойств аллергена (химическя природа, количество), и реактивности организма (совокупности наследственных и приобретенных свойств человека).

**Дерматит** – воспаление кожи, обусловленное непосредственным воздействием на нее патогенных агентов химической или физической природы.

Виды дерматитов: аллергический, простой или контактный, хронический.

Аллергический дерматит

Возникает при непосредственном контакте с кожей веществ, способных провоцировать аллергическую реакцию замедленного типа. Аллергеном может быть косметика, краски, промышленные вещества. Несмотря на то, что аллерген контактирует с ограниченным участком кожи, возникает сенсибилизация всего организм.

На месте контакта с аллергеном кожа краснеет, отекает, возникают папулы и микровезикулы. Часть микровезикул вскрываются, образуя небольшие участки мокнутия, которое бывает кратковременным и незначительным. При повторном воздействии аллергенов может возникнуть экзема.

Своеобразным аллергическим дерматитом является фотодерматит. Патогенез тот же, что и при контактном аллергическом дерматите, но, помимо контакта с аллергеном необходимо воздействие у/ф лучей. В качестве сенсибилизтора при фотодерматитах выступают некоторые лекарственные средства (сульфаниламиды, кортикостероиды при длительном наружном применении и др.), вещества, входящие в состав косметических, парфюмерных и моющих средств и др.

Поражаются открытые участки тела, на которых появляется стойкая эритема, микровезикулярная сыпь, волдыри, пузыри.

 Простой или контактный дерматит

Возникает без участия аллергического механизма, возникает от повреждения кожи, обусловленного воздействием:

- химических веществ

- физических факторов (радиация, температура, электрический ток)

- механических факторов (трение, давление).

Клинические проявления: краснота, отечность кожи в очаге поражения, возможны узелки, пузырьки, эрозии. Процесс завершается шелушением, может остаться пигментация.

Повторно простой дерматит может возникнуть только после нового контакта с раздражителем.

Хронические дерматиты

Их возникновение обусловлено длительным воздействием на кожу слабых раздражителей. Эти дерматиты характеризуются застойной гиперемией, гиперкератозом (утолщение кожи), шелушением. К ним относятся: потертости, опрелости.

**Потертости** – возникают в результате механического раздражения кожи (трение, давление) складками белья, обувью.

Различают 3 степени потертости:

1 – покраснение и отечность на ограниченном участке

2 – образование пузырей

3 – возникновение эрозий и язв.

Степень потертости зависит от силы механического воздействия, его продолжительности, индивидуальных свойств кожи.

**Опрелости** – развивается в складках кожи, чаще на внутренней поверхности кожи, под молочными железами, в подмышечных впадинах. При этом возникает отечность, зуд, мокнутие, жжение, боль. Возникновению заболевания способствуют избыточная потливость, ожирение, недостаточная гигиена.

Лечение: общее и местное. Устраняют фактор, вызвавший заболевание, пузыри вскрывают, обрабатывают водными красителями (водный фуксин, фукорцин), на эрозивные поверхности накладывают примочки, после подсыхания - водные красители, кортикостероидные мази (преднизолоновая, элоком).

При опрелостях – гигиена, соблюдение Т режима, присыпки.

**Отеком Квинке** является мощная аллергическая реакция при попадании раздражителя в организм. По-другому это явление может называться как острый ангионевротический отек, ангиоотек, гигантская крапивница. **Отличает проявление отека Квинке от других аллергических реакций молниеносность возникновения и внешние проявления.**При ангиоотеке подкожная клетчатка и слизистые оболочки гортани, губ, век, щек увеличиваются в размерах. В основном такая форма аллергической реакции наблюдается у молодых женщин.

Самым опасным видом отека Квинке считается отек гортани.

**Отек Квинке может характеризоваться аллергической и неаллергической этиологией.** При аллергическом отеке в момент поступления аллергена в кровь происходит резкий выброс медиаторов (гистаминов, кининов, простагландинов). Они борются с раздражителем и стремительно повышают проницательность капилляров, расширяя их. В результате этого действия сосудов и происходит отек тканей. Аллергический отек может проявиться при попадании в организм различных пищевых раздражителей:

* яиц;
* рыбы;
* шоколада;
* орехов;
* цитрусовых;
* молока.

Кроме того, причиной возникновения ангиоотека становится применение лекарственных средств и влияние внешних раздражителей (цветов, животных, насекомых).

Неаллергический отек развивается в результате попадания в группу риска по наследственному доминантному типу. В данной ситуации отек возникает из-за снижения в крови белков-ингибиторов вследствие генетического отклонения. За счет малого количества они не могут провоцировать реакцию организма, которая подавляет выброс гистамина в кровь. Поэтому любые стрессовые ситуации, а иногда даже переохлаждение, для организма могут привести к возникновению отека Квинке.

Отек Квинке начинается внезапно и развивается стремительно. Иногда от момента возникновения до высшей точки развития уходит несколько минут. Он поражает органы, подкожный слой жира которых находится в повышенном количестве. Очагом проявления отека могут быть различные органы.

**Первая помощь при начавшемся отеке**

1. Для оказания помощи больному необходимо в первую очередь исключить опасный аллерген. Если отек вызван укусом насекомого, нужно достать жало из раны. При ангиоотеке, вызванном лекарственным средством, предусматривается прекращение приема медикамента.
2. Человеку нужно создать комфортные условия. Для этого его необходимо уложить на кровать, а также исключить панические настроения.
3. Важным моментом при отеке Квинке становится обеспечения доступа свежего воздуха. Необходимо расстегнуть верхние пуговицы на рубашке, снять галстук и пояс, открыть окно.
4. Чтобы снять зуд и отек пораженной области можно воспользоваться холодным компрессом.
5. Если отек вызван укусом насекомого, то на больную конечность накладывается жгут. Область его применения – выше пораженного аллергеном места.
6. До приезда скорой помощи человеку необходимо пить большое количество жидкости. Даже если наступает рвота, нужно продолжать пить: это поможет вымыть аллерген со стенок желудка.
7. Очистить организм от раздражителя можно с помощью сорбента. Под рукой всегда должны быть таблетки активированного угля. Лучше если в аптечке будет Энтеросгель или Смекта.
8. Для снятия аллергической реакции необходим прием антигистаминных препаратов. Можно выпить Супрастин, Диазолин.
9. Чтобы облегчить дыхание в каждый носовой проход закапывается по 2 капли сосудосуживающего препарата, например, Називина.
10. Замедлить распространение отека Квинке можно с помощью горячей воды. Для этого необходимо опустить в нее ноги больного.

Алгоритм их действий включает в себя несколько пунктов.

1. Оценку состояния артериального давления и возникновения асфиксии. При критическом состоянии под кожу вводится 0,1-0,5 мл раствора адреналина (0,1%).
2. Внутривенно вводятся гормональные препараты Преднизолон, Дексаметазон, Гидрокортизон.
3. Для борьбы с аллергеном выполняются инъекции Супрастина 2%, Дипразина 2,5%, Димедрола 1%.
4. Вывести воду и соль из почек необходимо с помощью диуретиков Лазикса (внутривенное введение 40-80 мг струйно на физрастворе), Маннита 200 мл.
5. На 200 мл физраствора внутривенно вводят 30000 ЕдКонтрикала.
6. Устранение интоксикации проводится с помощью гемосорбции и энетеросорбции.
7. Если в ходе оказания неотложной помощи наступила асфиксия, то врачи проводят трахеостомию.

После оказания больному первой помощи ему показана госпитализация. Таких больных определяют в аллергологическое отделение, реанимацию или отделение интенсивной терапии в зависимости от состояния человека.