

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ АВТОНОМНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
**«БЕЛГОРОДСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ
ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»**
(Н И У « Б е л Г У »)

МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ
МЕДИЦИНСКИЙ КОЛЛЕДЖ

ЦМК клинических дисциплин

**ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ В ПРОФИЛАКТИКЕ
АЛЛЕРГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ДЕТЕЙ**

Дипломная работа

**студентки очно-заочной формы обучения
специальности 34.02.01 Сестринское дело
4 курса группы 03051580**

Бурой Анжелы Владимировны

Научный руководитель
Преподаватель Балабанова И.А..

Рецензент
старшая медицинская сестра
приемного отделения № 3
ОГБУЗ «Детской областной
клинической больницы» г. Белгорода.
Коробейникова И.Н.

БЕЛГОРОД 2019

ОГЛАВЛЕНИЕ

ВВЕДЕНИЕ.....	3-5
ГЛАВА 1. АЛЛЕРГИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ У ДЕТЕЙ.....	5-11
1.1 Понятие «Аллергия».....	5-6
1.2 Причины аллергических заболеваний.....	6-7
1.3 Формы аллергии у детей.....	7-10
1.4 Симптомы и признаки аллергии у детей.....	10-11
ГЛАВА 2. СЕСТРИНСКИЙ УХОД ЗА ДЕТЬМИ С АЛЛЕРГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ.....	12-29
2.1 Крапивница.....	12-18
2.2 Отек Квинке.....	18-21
2.3 Профилактика аллергических заболеваний у детей.....	21
2.4 Особенности сестринского ухода медицинской сестры.....	21-29
ГЛАВА 3. ПРАКТИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ.....	29-37
3.1 Анализ статистических данных.....	29-30
3.2 Анализ социологического опроса среди родителей.....	31-37
ЗАКЛЮЧЕНИЕ.....	37-38
СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ И ЛИТЕРАТУРЫ.....	39-40

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность темы исследования определяется тем, что по данным сделанных эпидемиологических исследований в городах Российской Федерации, аллергическими заболеваниями страдают до 15% детского населения. Широко распространены такие заболевания у детей как крапивница и ангионевротический отек (отек Квинке). Они могут встречаться порознь, а могут и сочетаться. Свое название это заболевание получило за свои характерные проявления: волдыри, как будто оставшиеся после ожога крапивой. Ангионевротический отек, он отличается от обычной крапивницы лишь глубиной поражения кожи. Впервые его описали в 1882 г. Отек значительных размеров чаще всего появляется в местах с рыхлой клетчаткой - на губах, веках, щеках, слизистой рта, половых органов. В обычных случаях он бесследно исчезает через несколько часов (до 2-3 суток). Больные со среднетяжелыми и тяжелыми реакциями должны быть госпитализированы.

Выделяется особая форма: наследственный ангионевротический отек. Чаще всего им болеют мужчины, который характерен семейный анамнез, развитие отека провоцируется микротравмами и стрессом. Часто развивается отек гортани.

Цель дипломной работы: изучить сестринскую деятельность при организации ухода за детьми с аллергическими заболеваниями.

Для решения этой цели поставлены следующие **задачи**:

1. Изучить причины и клинику аллергических заболеваний у детей
2. Изучить функциональные обязанности постовой медсестры детского отделения и участковой медсестры детской поликлиники
3. Изучить мероприятия по уходу за детьми с аллергическими заболеваниями

Объект исследования: дети, с аллергическими заболеваниями.

Предмет: организация сестринского процесса в оказании лечебно-диагностической помощи и профилактике аллергических заболеваний у детей.

Целью исследования является определение роли медицинской сестры в процессе профилактики аллергических заболеваний у детей.

Для достижения поставленной цели поставлены **следующие задачи:**

1. на основе изучения медицинской литературы дать патогенетическую характеристику развития аллергических заболеваний;
2. рассмотреть подходы к профилактике аллергических заболеваний;
3. проанализировать уровень информированности о аллергических заболеваниях.

Объектом данного исследования являются пациенты отделения ОГБУЗ «Городская детская поликлиника №4 города Белгорода»».

Предметом данного исследования является определение видов деятельности медицинской сестры в процессе ранней профилактики аллергических заболеваний.

На основании вышеизложенного, можно выдвинуть гипотезу, что в ранней профилактике аллергических заболеваний важную роль может оказать деятельность медицинской сестры, выражающиеся в просветительской деятельности и обучении родителей уходу за аллергическими заболеваниями.

Методы исследования, используемые в работе:

- анализ научной медицинской и методической литературы по теме;
- диагностический метод (тестирование, анкетирование, беседы);
- статистический метод математической обработки материала и интерпретации полученных данных;
- организационный: сравнительный, комплексный методы.

Практическая значимость: полученные в результате исследования данные позволяют определить роль медицинской сестры в организации работы по профилактике аллергических заболеваний, разработать предложения по повышению эффективности профессиональной деятельности медицинской сестры.

ГЛАВА 1. АЛЛЕРГИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ У ДЕТЕЙ

1.1 Понятие «Аллергия»

Аллергия – это иммунопатологическая реакция, процесс выражения иммунной системы на воздействие аллергена.

Термин «аллергия» используется для неосновательной сильной реакции на чужеродную частицу, поступающее в организм. Так как у каждого человека есть «система защиты» от внешних агрессивных факторов, которая называется иммунной системой. Вещества, которые несут в себе признаки генетически чужеродную информацию называются антигенами, попадая внутрь, провоцируют реакцию иммунной системы, которая начинает вырабатывать антитела для уничтожения антигена. Эта реакция необходима для человека, потому что когда в организм, например, попадает вирус, то иммунная система его нейтрализует. А при аллергии иммунная система начинает сильно реагировать на безвредные для обычного человека вещества, известные как аллергены. Эта гиперчувствительность вызывает цепь реакций во внутренних органах и тканях тела человека, в которых возникает воспаление, а из некоторых клеток выделяется вещество – гистамин, который вызывает клиническое образование аллергии. Эти проявления могут быть разными у людей, что иногда расценивается как разные заболевания.

Аллергены можно разделить на две группы: экзоаллергены и эндоаллергены. Экзоаллергены попадают в организм наружным способом, а эндоаллергены образуются в самом организме. Так же аллергические реакции подразделяются на немедленного типа и на замедленного типа. Немедленный тип аллергической реакции развивается 15-20 минут после действия чужеродной частицы и проявляется в виде кожных волдырей, спазмов бронх и др.

А замедленный тип развивается уже через несколько суток после действия аллергена. К такому типу относят анафилактический шок, крапивницу, бронхиальную астму и многие другие болезни.

Аллергия развивается не только взаимодействием с аллергеном, но и важную роль играет наследственная часть, а также состояние эндокринной и нервной систем. Аллергия у детей встречается в любом возрасте, при этом с возрастом симптомы ее меняются. Например: у грудного ребенка чаще всего проявляется кожными реакциями, а у малышек после 3 лет преобладает дыхательная симптоматика. По мере взросления, симптоматика становится все более серьезнее и опаснее, а при несвоевременной помощи могут остаться на всю жизнь или перейти в более серьезную патологию.

1.2 Причины аллергических заболеваний у детей

У каждого человека чувствительность к антигенам различна и она очень индивидуальна. Так же феномен чрезмерно повышенной чувствительности к чужеродной частицы называется аллергией. Поэтому к антигенам неинфекционной природы относятся бронхиальная астма, атопический дерматит, аллергический ринит, крапивница и др. Атопическими заболеваниями страдает каждый четвертый ребенок.

В хромосомах некоторых людей обнаружены гены, которые предрасположены к развитию аллергии и ее передачи по наследству.

Замечено было, что аллергия появляется и тяжелее протекает у тех детей, которых матери во время беременности курили, неправильно питались, лечились антибиотиками, гормонами, работали на вредных предприятиях.

Важными условиями после рождения ребенка, являются условия его жизни. Такие как питание, способы лечения, быт и др. В первые месяцы в жизни ребенка главное это желудочно-кишечный тракт, через которую в организм ребенка вторгаются антигены. Человек впервые полгода не имеет достаточно

надежной иммунной системы. Почти все факторы иммунитета он получает от матери через грудное молоко. Грудное молоко «смазывает» слизистую оболочку желудочно-кишечного тракта ребенка, создавая надежный барьер на пути проникновения любых чужеродных частиц таких как пищевых, бактериальных, вирусных.

Ещё один фактор риска возникновения аллергического заболевания является высокая концентрация антигенов, присутствующих в воздухе; на поверхности стен, пола и мебели; на игрушках и одежде; на коврах и книгах и т. д. Более высокая их концентрация в домашней пыли.

Антигенная активность домашней пыли определяется органическими примесями и прежде всего микроскопическими клещами, имеющими 50 разновидностей. Эти насекомые – самые распространенные паразиты наших домов. Численность клещей в квартирах людей, страдающих аллергией, в 6-7 раз выше, чем в квартирах здоровых, и достигает 2000 экземпляров в 1 г пыли.

Немалый вклад в антигенный потенциал быта вносят наши любимцы – собаки, кошки, птички, рыбки, хомячки. Как бы хорошо мы их не содержали, они все равно рассеивают по жилью частички своей шерсти, пуха, перьев, слюны, экскрементов. Эти высоко антигенные белки оседают на коже ребенка, попадают в его желудочно-кишечный тракт и дыхательные пути.

Природные антигены достигают ребенка и на открытом воздухе. Около 200 видов растений вырабатывают пыльцу, которые ветер разносит на большие расстояния. Растения воздействуют на организм ребенка по «графику» своего цветения и опыления.

Все перечисленные факторы усиливают и создают агрессивные влияния внешней среды и предрасполагает организм ребенка к развитию аллергического заболевания.

1.3. Формы аллергии у детей

Выделяют распространенные формы аллергии у детей.

Атопический дерматит – первое проявление аллергии. Чаще всего он проявляется на первом году жизни ребенка в виде зудящих высыпаний на коже.

Без нормального лечения сыпь может долго не проходит. Кожа начинает шелушиться, становится сухой и грубой. Большое значение в развитии аллергии имеет пищевая аллергия. Когда слизистую оболочку и кожу кишечника заселяют патогенные для организма бактерии, из-за этого формируется дисбактериоз кишечника, что усиливает проявления дерматита. Еще одним фактором возникновения на первом году жизни ребенка является искусственное вскармливание молочными смесями и наследственное предрасположение к аллергическим реакциям и заболеваниям.

Крапивница относится к одним из наиболее частых проявлений аллергии у детей. Это могут быть пищевые, лекарственные, бытовые и пыльцевые аллергены. Еще один момент развитие крапивнице, это введения вакцин, после укусов насекомыми.

Характеризуется болезнь зудящими высыпаниями по всему телу. Высыпания могут располагаться на шее, в области груди, спины, живота, конечностей. При воздействии отдельных элементов может возникать различной величины и формы. В большинстве случаев течение крапивницы острое. Иногда крапивница сопровождается аллергический отек.

Отек Квинке. Развитие этого отека является воздействия на ткани аллергического воспаления: аллергены, вакцины, яды насекомых, бактериальные аллергены.

Отек характеризуется возникновением припухлости кожи и подкожной клетчатки. Возникающие отеки не сопровождаются зудом. Пораженная кожа становится бледной. Возможно развитие аллергического отека гортани, мозга, внутренних органов.

Бронхит астматический. Он характеризуется аллергическим поражением бронхов среднего и крупного калибра.

Выделяют две формы :атопическую и инфекционно-аллергическую. В раннем возрасте у детей в развитии астматического бронхита причиной может быть чувствительность к пищевым, лекарственным и бактериальным аллергенам. В более старшем возрасте повышается чувствительность к

бытовым, пыльцевым и грибковым аллергенам. Развитию астматического бронхита способствуют наследственная предрасположенность к аллергическим реакциям и повторные воспалительные заболевания органов дыхания вирусного и бактериального происхождения.

Аллергический ринит, приступообразный кашель, возникающий чаще в ночные часы, повышение температуры тела предшествуют появлению бронхита.

Бронхиальная астма – заболевание, при котором аллергические реакции возникают на слизистой оболочке бронхов. Первыми признаками может быть сухой мучительный кашель и свистящее шумное дыхание. При усилении заболевания может появляться одышка и приступы удушья. Главную роль в развитии астмы играют бытовые и эпидермальные аллергены. В течении бронхиальной астмы у детей выделяют несколько периодов: пред приступный, приступный, пост приступный и межприступный периоды.

Шок анафилактический. Считается тяжелым проявлением аллергических реакций.

Возникает у детей с наследственным предрасположением к аллергическим реакциям. Развивается анафилактический шок остро. Характеризуется возникновением слабости, беспокойства, спутанностью или потерей сознания. Могут отмечаться чувство стеснения в груди, боли в сердце или животе, сопровождаемые тошнотой, рвотой, позывами к мочеиспусканию, головокружение, понижение слуха и зрения, чувство жара во всем теле, озноб и зуд кожи.

Сывороточная болезнь. Она представляет собой проявления аллергических реакций на чужеродный белок.

Развитие болезни содействует повторное и курсовое лечение одним и тем же препаратом. Чаще развивается при внутривенном введении препаратов.

Пищевая аллергия. Включает в себя аллергические реакции, вызванные чувствительностью к пищевым антигенам.

Проявлением пищевой аллергии могут быть атопический дерматит, крапивница, аллергический отек, бронхиальная астма, аллергические ринит и отит, аллергическое поражение различных отделов пищеварительного тракта. Сопровождаться проявлением заболеванием пищеварительного тракта, желчных путей, нарушениями биоценоза кишечника.

Лекарственная аллергия. Представляет собой непереносимость лекарственных препаратов, имеющую в своей основе различного типа иммунопатологические реакции.

Проявляется может в виде крапивницы, аллергических отеков, дерматитов. Реже проявляется в виде бронхиальной астмы и аллергического ринита. Возможно развитие аллергических реакций, связанных с медикаментозной терапией, со стороны других органов и систем организма.

1.4. Симптомы и признаки аллергии у детей.

Проявления аллергии достаточно различны, поэтому ее легко спутать с рядом других патологий. Симптомы могут возникать со стороны дыхательной, пищеварительной системы, кожи.

Проявления со стороны дыхательной системы, симптомы:

- чихание (приступы чихания длятся изо дня в день без причины);
- ринит (выделения из носа обычно прозрачные и водянистые);
- аллергический отек носа (слизистая оболочка в носовой полости воспаляется и утолщается, вызывая закупорку носового канала);
- зуд или жжение в носу (зуд при этом бывает настолько сильный, что причиняет огромные страдания ребенку, порой лишая его сна);
- удушье, одышка, навязчивый кашель, хрипы в легких.

Реакция на коже

Дерматоз проявляется различными раздражениями и высыпаниями на коже любых участков тела: на щеках, ягодицах, спине, животе, кистях рук, ногах, голове, вокруг рта. Реже высыпания можно увидеть в паху, на яичках,

подмышечных впадинах, под коленками, на ладонях и стопах, за ушами.

Основные признаки:

- гиперемия кожных покровов, зуд;
- сухость, шелушение;
- сильные отеки, волдыри.

Аллергический конъюнктивит. Признаки поражения слизистой оболочки

глаз:

- светочувствительность, слезотечение;
- припухлость век, жжение в глазах.

Проявления со стороны ЖКТ, симптомы:

- диарея или запор, колики;
- тошнота, рвота;
- отек губ, языка.

Анафилактический шок

Наиболее опасное проявление аллергии. Возникает после укуса насекомого или приема лекарственного аллергена. Симптомы развиваются от нескольких секунд до 5 часов с момента проникновения аллергена:

- внезапная одышка;
- потеря сознания;
- судороги;
- сыпь по телу;
- непроизвольная дефекация, рвота, мочеиспускание.

ГЛАВА 2. СЕСТРИНСКИЙ УХОД ЗА ДЕТЬМИ С АЛЛЕРГИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

2.1 Крапивница

Крапивница - разновидность аллергии. Название произошло от симптомов заболевания: больной выглядит так, как будто выбрался из зарослей крапивы и покрылся красными зудящими волдырями. Волдыри эти, к счастью, быстро исчезают, продержавшись около 6 часов (в редких случаях они «задерживаются» до 36 часов).

Как и любая аллергия, крапивница развивается в результате гиперчувствительности немедленного типа, когда организм неадекватно реагирует на некоторые вещества, поступающие извне или образующиеся внутри (продукты жизнедеятельности бактерий). В ответ организм начинает выделять гистамин и другие вещества, вызывающие воспаление. Они повышают проницаемость стенок кровеносных сосудов (капилляров), что приводит к избыточному поступлению жидкости из крови в окружающие ткани. Появляется отек.

Так организм пытается снизить концентрацию вредного вещества.

Крапивница может развиваться в любое время и в любом возрасте. Гиперчувствительная реакция организма наступает на возможный аллерген, в роли которого могут выступать такие факторы, как холод, тепло, солнце, вода, слишком тесная одежда, пища, укусы насекомых и др.

Гистамин, а также другие вещества, выделяемые организмом в ответ на раздражающий фактор, повышают проницаемость стенок кровеносных сосудов, что впоследствии приводит к более интенсивному поступлению жидкости из кровотока в окружающие ткани. Организм таким путем самостоятельно пытается снизить концентрацию поступившего аллергена, что и приводит к появлению отечности. Данные высыпания сопровождаются не только зудом и расчёсыванием, но и отеком пораженного участка кожи. Продолжительность течения заболевания может колебаться от нескольких минут и до нескольких часов, в редких случаях даже дней в зависимости от тяжести ответной реакции.

Крапивница может протекать в острой либо хронической форме. Плюс самая опасная и, к счастью, относительно редко встречающаяся форма в виде отека Квинке, которая, как правило, характеризуется большой областью

высыпания с вздутой и рыхлой клетчаткой на поверхности губ, щек, век, гортани, языка и половых органов.

Самым опасным является отек слизистой дыхательных путей, что существенно затрудняет дыхание, вызывая сильный приступ кашля, ребенок тут же начинает паниковать и задыхаться. В таком случае необходимо срочно вызывать скорую помощь.

Среди основных провоцирующих факторов стоит отметить: постоянные нарушения со стороны желудочно-кишечного тракта, хронические воспалительные процессы в организме, нарушение работы эндокринной системы, вирусные инфекции, кариес, глистная инвазия и др.

Начинается крапивница у детей внезапно, с интенсивного зуда различных участков кожи. Вскрывают волдыри, причем не только на коже, но и на слизистых оболочках глаз, губ, желудочно-кишечного тракта. Появление высыпаний нередко сопровождается отеком того или иного участка тела: глаз, губ, рук, суставов.

Если болезнь возникла впервые, она называется острой крапивницей. Острая форма крапивницы может сопровождаться недомоганием, головной болью, подъемом температуры тела до 38-39С, отеком Квинке. Возникает она чаще всего как пищевая аллергия. Если не принять никаких мер, через месяц острая форма крапивницы может стать хронической. Поэтому, если через пару недель строгой диеты сыпь не прошла, ее причины стоит искать более тщательно и уже, скорее всего, при помощи специалиста.

Острая форма нередко развивается и в результате вдыхания некоторых веществ (отдельных видов пыли, пыльцы растений и др.), непосредственного контакта кожи с определенными материалами (шелк, шерсть, мех, латекс), укусов насекомых, непереносимости каких-либо лекарственных препаратов (сульфаниламидов, пенициллина, аспирина и кодеина, а также - сывороток, вакцин), переливания крови.

Если высыпания не прошли через месяц, можно говорить о хронической крапивнице. Такая форма болезни становится попутчиком бедного ребенка на

многие месяцы, годы и даже десятилетия и выражается бесконечной сменой ухудшений и улучшений состояния. При ухудшении появляется мучительный зуд, зудящие места нещадно расчесываются, а когда происходит присоединение вторичной инфекции, крапивница плавно перетекает в хронический дерматит. Хроническая крапивница возникает в результате длительного контакта с аллергеном.

Острая крапивница. Этот диагноз ставят, если появление зудящих волдырей не связано с холодом, теплом и прочими физическими методами воздействия и болезнь не перешла в хроническую форму (длится не более 6 недель).

Чтобы определить, как долго сохраняются отдельные элементы сыпи, несколько недавно появившихся волдырей обводят ручкой и просят маму больного малыша отметить, когда они исчезнут. При остром варианте заболевания волдыри сохраняются не более суток. Лабораторные исследования включают общий анализ крови и общий анализ мочи. Для исключения пищевой аллергии проводят провокационные пищевые пробы двойным слепым методом с использованием плацебо в качестве контроля.

Обычно крапивница у новорожденных возникает на фоне диатеза (обычно у «искусственников»), поэтому такой вид заболевания можно смело отнести к пищевой аллергии. К основным симптомам крапивницы у грудных детей можно отнести ярко-красные выраженные высыпания, которые на нежной коже появляются очень обильно, при этом имеют разнообразные очертания, которые сопровождаются сильным зудом. По своей структуре напоминают ожоги от крапивы.

Высыпания такого рода могут появляться на любом участке тела малыша, но чаще всего они локализованы на подбородке, ручках, плечах, спине и особенно часто на щечках. Поэтому перед каждой прогулкой (особенно в зимнее время) личико ребенка необходимо смазывать защитным кремом.

Также к основным симптомам крапивницы у грудничков можно отнести и надменную сухость кожи, потерю аппетита, бессонницу, постоянное беспокойство ребенка, беспричинную рвоту, понос или наоборот запор.

К тому же причинами высыпаний может быть: неправильное питание кормящей матери, употребление спиртных напитков, сладостей, рыбы, цитрусовых, разных видов орехов, молока, морепродуктов, клубники, а также недостаточное кормление или наоборот.

Кроме пищевой аллергии бывает немало разновидностей крапивницы, возникающей от внешнего физического воздействия. В этих случаях организм ребенка в ответ на механическое раздражение выделяет медиаторы воспаления. Разновидностей такой аллергии несколько.

Крапивница от давления. Сыпь появляется после надавливания на кожу: от длительного сидения, ношения лямок, резинок от колготок и прочего. Сыпь сопровождается жжением и обычно держится около 30 минут (в случае немедленной реакции) и 0.5-9 часов (в случае замедленной реакции).

Малыш жалуется на недомогание, озноб и головную боль.

Дермографическая крапивница (механическая). Название дословно переводится с греческого как «рисование на коже». Проявляется после нанесения на кожу легких царапин, расчесывания кожи.

Вибрационная крапивница возникает после вибрационного воздействия.

Так, ребенка может обсыпать после поездки на автомобиле или городском транспорте, после бега, массажа и так далее. Сыпь появляется через несколько минут после стимуляции.

Тепло-холодно. Этот вид крапивницы появляется у детей с особой чувствительностью к охлаждению или нагреванию кожи.

Холинергическая крапивница. При повышении температуры возникает мелкоточечная, сильно зудящая волдырная сыпь с ярко-красной каймой. У некоторых детей сыпь появляется после того, как ребенок побегал, у других - после теплового воздействия (например, после горячего душа). Часто

появление такой реакции провоцирует горячий душ, физические упражнения и эмоциональные переживания. Сыпь настолько характерна, что обычно для постановки диагноза врачу достаточно одного вида волдырей.

Тепловая крапивница. Редко заболевание, для которого характерны крупные волдыри, возникающие после теплового воздействия. Размер волдырей отличает тепловую крапивницу от холинергической. Тепловая крапивница может сочетаться с холодовой и с солнечной. Холодовая крапивница. Вызывается охлаждением (холодной водой или холодным воздухом). Реакция обычно отсроченная - для появления сыпи необходимо, чтобы кожа контактировала с холодным предметом или просто холодным воздухом от 5 до 20 минут. При тяжелых обострениях часто наблюдаются слабость, головная боль, головокружение, одышка, тахикардия. Изредка малыши жалуются на боль в животе и тошноту. После употребления холодной пищи возможен отек языка и глотки (наблюдается менее чем у 5% больных).

Солнечная крапивница. У детишек бывает особая чувствительность к таким необходимым, казалось бы, вещам, как вода и солнце. Солнечная крапивница - редкая форма болезни, возникающая под действием ультрафиолетового излучения. Сыпь появляется на открытых участках кожи (лицо, руки и другое.) через несколько минут или часов после инсоляции.

При длительном пребывании на солнце возможно резкое ухудшение состояния: нарушения дыхания и сердечной деятельности, иногда - шок.

Причиной заболевания чаще всего становятся заболевания печени и нарушение порфиринового обмена.

Для диагностики врачи используют ультрафиолетовое излучение разной длины волны. Для лечения назначаются препараты, понижающие чувствительность к свету, а также кремы с высоким уровнем защиты от ультрафиолетовых лучей.

Аквагенная крапивница. Также редкое заболевание, при котором сыпь возникает только после контакта с водой любой температуры. Сыпь такая же,

как при холинергической крапивнице, появляется через несколько минут после контакта с водой.

Немедленно обратитесь к врачу, если у ребенка отекло лицо и/или шея, появились затруднения при дыхании и глотании; тахикардия (частое сердцебиение), головокружение, тошнота и боли в животе, диарея, сыпь, которая не проходит в течение 5-6 дней, повысилась температура тела. Если отек распространяется на слизистые дыхательных путей (отек Квинке) и ребенку становится трудно дышать, немедленно вызывайте «скорую». Врач неотложки введет антигистаминные препараты, адреналин и преднизолон.

При отеке в области лица и шеи дополнительно вводятся внутривенно мочегонные и кортикостероидные. Пока «скорая» едет, ребенку следует немедленно дать любое антигистаминное средство, какое есть дома, а также обеспечить поверхностное спокойное неглубокое дыхание, поскольку при форсированном, которое возникает при испуге, отек дыхательных путей усиливается. Для этого можно дать валерьянку, успокоить малыша, взять его на руки, разговаривать с ним, вынести его на холод. Если приступ был серьезный и дело дошло до удушья, ребенка нужно госпитализировать.

Если крапивница имеет пищевую основу, малышу нужна специальная Гипоаллергенная диета. Для полной нормализации состояния должно пройти от 2-3 недель до месяца, после чего потихоньку можно вводить новые продукты (по одному через каждые 10-14 дней). Кормящие мамы должны придерживаться той же диеты, поскольку все, что они съедают, так или иначе, попадает в грудное молоко. Если ребенок находится на искусственном вскармливании, его переводят на гипоаллергенные, а иногда - гидролизированные смеси.

Гипоаллергенное меню

- Каши: гречневая, рисовая, кукурузная, сваренные на воде или на гипоаллергенной молочной смеси.
- Овощи и зеленые культуры: кабачок, укроп, салат, петрушка, брокколи, картошка, предварительно вымоченная в воде не менее 2 часов.

- Масло: сливочное и растительное.
- Мясо: кролик, индейка.
- Супы: крупяные, овощные с мясом кролика, индейки.
- Кисломолочные продукты: творог детский или деревенский; кефир без фруктовых добавок.
- Хлебобулочные, кондитерские изделия: хлеб - без дрожжевой белой, печенье. Гипоаллергенное, сушки, сухие хрустящие хлебцы.
- Сахар: фруктоза.

Наряду с пищевой аллергией у детей нередко бывает так называемая контактная крапивница, которая возникает при контакте кожи и слизистых с определенными веществами. Чаще всего - с латексом. Проявляются волдыри и покраснение, реже - зуд или жжение. В тяжелых случаях, особенно при контакте с латексом, возможен анафилактический шок. Потому будьте внимательны, смотрите из какого состава сделаны соски на бутылочках и пустышки. К контактной крапивнице можно отнести и реакцию на стиральный порошок, шампунь, пену для ванн. Аллергическую реакцию вызывают поверхностно-активное вещество, содержащиеся в этих средствах.

2.2. Отек Квинке

Один из самых опасных вариантов - отек Квинке (его еще называют ангионевротическим отеком, или гигантской крапивницей), когда вздуваются места с рыхлой клетчаткой - губы, веки, щеки, слизистая рта, гортани, язык, половые органы. Особенно опасен отек слизистой дыхательных путей, когда затрудняется дыхание, при вдохе возникает приступообразный кашель, синеет носогубный треугольник. Ребенок впадает в панику. Ситуация не шуточная, и, если малышу срочно не оказать помощь, исход может быть летальным. Если отекают слизистые желудочно-кишечного тракта, начинается кратковременная диарея (понос), тошнота, упорная рвота. Поражение нервной системы

(мозговые оболочки, внутреннее ухо) появляется головной болью, головокружением, тошнотой и рвотой, заторможенностью.

– острая, внезапно развившаяся, преимущественно аллергическая реакция, сопровождающаяся выраженным отеком слизистых и подкожной клетчатки. Клинически отек Квинке у детей проявляется опуханием век, губ, всего лица, шеи, верхней половины туловища, стоп и кистей, гениталий; наиболее тяжелой формой заболевания является отек гортани.

Клинико-иммунологическое обследование при отеке Квинке у детей включает сбор аллергоанамнеза, определение уровня общего и аллергенспецифических иммуноглобулинов Е, исследование иммунограммы, проведение кожных аллергопроб и провокационных проб. При отеке Квинке детям назначаются антигистаминные препараты, обильное щелочное питье, энтеросорбенты; в тяжелых случаях – кислородотерапия, интубация.

Этиология. Аллергический отек Квинке (Приложение) у детей представляет собой реакцию немедленного типа. Контакт с аллергеном приводит к выбросу медиаторов из тучных клеток (гистамина, кининов, простагландинов), повышению проницаемости подкожных и подслизистых капилляров и венул с развитием массивного отека окружающих тканей.

Неаллергический отек Квинке у детей обусловлен генетической детерминированностью патологических реакций, которые наследуются по доминантному типу.

Непосредственными причинами, приводящими к каскаду иммунопатологических реакций и развитию отека Квинке у детей, могут служить пищевые продукты (шоколад, яйца, рыба, цитрусовые, ягоды, орехи, молоко), лекарственные препараты (аспирин, витамины группы В, препараты йода, пенициллин) и другие аллергены (пыльца, пыль, укусы насекомых).

При неаллергическом отеке Квинке у детей триггерами могут выступать как аллергены, перечисленные выше, так и неспецифические причины: инфекции, интоксикации, физические факторы (холод, солнечный свет), стресс.

В части случаев причина отека Квинке у детей остается неустановленной (идиопатический ангионевротический отек).

К рецидивирующему течению отека Квинке предрасполагает наличие у детей сопутствующей хронической патологии щитовидной железы (гипотиреоза), печени (гепатита), аутоиммунных, паразитарных заболеваний (лямблиоза, аскаридоза), хронических очагов инфекции (кариеса зубов, хронического тонзиллита).

Клинические проявления отека Квинке.

Отек Квинке у детей может развиваться в различных клинических формах: по типу отека слизистых оболочек и подкожной клетчатки, отека гортани, абдоминального синдрома, неврологических нарушений.

При поражении слизистых и подкожной клетчатки отек развивается внезапно и держится несколько часов или суток. Нарастание отека Квинке у ребенка происходит стремительно, в течение нескольких минут.

Местами излюбленной локализацией отека Квинке у детей служат губы, веки, щеки, лоб, стопы, кисти, мошонка. При возникновении отека слизистой полости рта и языка у ребенка резко затрудняется речь и глотание. При осмотре зева отмечается отечность мягкого неба, глотки, маленького язычка. В случае изолированного отека миндалин картина может напоминать катаральную ангину.

Отечность тканей сопровождается небольшим давлением, напряжением и покалыванием; кожный зуд, как правило, отсутствует. Пальпация области отека Квинке у детей безболезненна, при надавливании на отечные ткани ямки не остается.

Отек Квинке, протекающий с вовлечением гортани, представляет серьезную угрозу для жизни детей. Отек гортани характеризуется молниеносным развитием. При этом из-за внезапного затруднения дыхания ребенок становится беспокойным, его лицо синеет, возникает афония. Может отмечаться кровохарканье, вызванное множественными кровоизлияниями в слизистую полости рта, глотки и гортани. Быстрое прогрессирование данной

клинической формы отека Квинке может привести к асфиксии и гибели детей, если не будет выполнена срочная трахеостомия. При сочетании отека гортани с отеком трахеи и бронхов, состояние больше напоминает приступ бронхиальной астмы; при сочетании с отеком слизистой полости носа – клинику аллергического ринита.

Абдоминальный синдром при отеке Квинке у детей обусловлен поражением слизистой пищевода, желудка и кишечника. При этом отечности подкожной клетчатки может и не быть, что в значительной мере затрудняет распознавание отека Квинке у детей. Приступ развивается внезапно и характеризуется резкими болями в животе, неукротимой рвотой, профузным поносом с примесью крови.

Реже при отеке Квинке у детей поражаются мозговые оболочки и вещество мозга. В этих случаях отек Квинке протекает с эпилептиформными припадками, расстройствами зрения, гемиплегией, транзиторной афазией, головокружением, ригидностью затылочных мышц. К исключительно редким проявлениям отека Квинке у детей относятся поражения мочевых путей (дизурия, острая задержка мочи), сердца (пароксизмальная тахикардия), суставов (гидрартроз, артралгии, лихорадка).

При аллергической форме отек Квинке у детей чаще захватывает лицо, гениталии, руки, стопы, слизистые оболочки полости рта, гортани и ЖКТ; иногда сопровождается уртикарной сыпью. Неаллергический отек Квинке у детей обычно проявляется уже в раннем возрасте и протекает с тяжелыми поражениями гортани и абдоминальным синдромом.

2.3 Профилактика аллергических заболеваний у детей

Аллергический отек Квинке у детей, как правило, имеет доброкачественное течение и благоприятный прогноз. Прогностически неблагоприятным является часто рецидивирующий отек Квинке у детей,

протекающий с развитием отека гортани и внутренних органов, бронхоспазма, анафилактического шока.

Профилактика ангионевротического отека Квинке у детей требует соблюдения низкоаллергенного режима (исключения или уменьшения контакта с аллергеном), элиминационной диеты, периодического приема антигистаминных препаратов. Решение вопроса о проведении профилактической вакцинации детям, имеющим в анамнезе отек Квинке, требует индивидуального подхода и взвешенной оценки степени рисков.

2.4. Особенности сестринского ухода медицинской сестры

Обязанности постовой медицинской сестры

Принять больного в отделение и поместить его в палату. Отметить в истории болезни время поступления больного в отделение с личной подписью медицинской сестры, указать на титульном листе номер палаты. Поставить в известность палатного (или дежурного) врача отделения о поступлении больного в отделение.

Осуществлять выборку и выполнение назначений врача приемного покоя, лечащего (и дежурного) врача отделения по обследованию и лечению поступившего больного, с отметкой в листе назначений и подписью об их исполнении, и подписью больного (если позволяет его состояние) о получении медикаментов.

Вносить данные в температурный лист и в особые отметки (см. выше).

Помещать в историю болезни результаты лабораторных и инструментальных методов исследований, карты проведенного физиотерапевтического лечения, лечебной физкультуры, и т.д.

Медицинская сестра палатная (постовая):

1. Осуществляет уход и наблюдение за больными на основе принципов медицинской деонтологии.

2. Принимает и размещает в палате больных, проверяет качество санитарной обработки вновь поступивших больных.

3. Проверяет передачи больным с целью недопущения приема противопоказанной пищи и напитков.

4. Участвует в обходе врачей в закрепленных за нею палатах, докладывает о состоянии больных, фиксирует в журнале назначенное лечение и уход за больными, следит за выполнением больными назначений лечащего врача.

5. Осуществляет санитарно-гигиеническое обслуживание физически ослабленных и тяжелобольных.

6. Выполняет назначения лечащего врача.

7. Организует обследование больных в диагностических кабинетах, у врачей-консультантов и в лаборатории.

8. Немедленно сообщает лечащему врачу, а в его отсутствие - заведующему отделением или дежурному врачу о внезапном ухудшении состояния больного.

9. Изолирует больных в агональном состоянии, вызывает врача для проведения необходимых реанимационных мероприятий.

10. Подготавливает трупы умерших для направления их в патологоанатомическое отделение.

11. Принимая дежурство, осматривает закрепленные за нею помещения, проверяет состояние электроосвещения, наличие жесткого и мягкого инвентаря, медицинского оборудования и инструментария, медикаментов.

12. Расписывается за прием дежурства в дневнике отделения.

13. Контролирует выполнение больными и их родственниками режима посещений отделения.

14. Следит за санитарным содержанием закрепленных за нею палат, а также личной гигиеной больных, за своевременным приемом гигиенических ванн, сменой нательного и постельного белья.

15. Следит, чтобы больные получали пищу согласно назначенной диеты.

16. Ведет медицинскую документацию.
17. Сдает дежурство по палатам у постели больных.
18. Обеспечивает строгий учет и хранение лекарств группы А и Б в специальных шкафах.
19. Осуществляет сбор и утилизацию медицинских отходов.
20. Осуществляет мероприятия по соблюдению санитарно-гигиенического режима в помещении, правил асептики и антисептики, условий стерилизации инструментов и материалов, предупреждению постинъекционных осложнений, гепатита, ВИЧ-инфекции.
21. Систематически повышает свою квалификацию.

Обязанности медсестры детской поликлиники

Профилактическая работа участковой медицинской сестры включает следующее.

1. Проведение двух дородовых патронажей каждой беременной женщины (первый в наиболее ранние сроки беременности).
2. Оказание совместно с участковым врачом и юристом активного влияния на оздоровление окружающей беременных микросреды.
3. Активное выявление нарушений самочувствия беременных и своевременное оповещение об этом участкового педиатра и акушера-гинеколога женской консультации.
4. Проведение третьего дородового патронажа по медицинским показаниям, к которым относятся:
 - а) тяжелые формы соматической патологии;
 - б) отягощенный акушерский анамнез;
 - в) тяжелое течение данной беременности;
 - г) неудовлетворительные материально-бытовые условия;
 - д) отсутствие подтверждения из родильного дома о рождении ребенка в предполагаемые сроки и др.
5. Привлечение беременных к посещению школы молодой матери в женской консультации, детской поликлиники и кабинета по воспитанию

здорового ребенка, а также участкового педиатра в дни профилактических приемов.

6. Проведение работы с картотекой беременных, среди которых необходимо выделить группу специального учета: беременные с отягощенным акушерским анамнезом, больные, одинокие и проживающие в неблагоприятных материально-бытовых условиях. Советы по режиму и питанию беременных во время дородовых патронажей необходимо давать с учетом этих особенностей.

7. Проведение патронажа новорожденного ребенка в первые сутки после выписки из родильного дома (осуществляется совместно с врачом-педиатром).

8. Дальнейшее наблюдение за ребенком в период новорожденности должно проводиться только в домашних условиях 1 раз в 7 дней, по показаниям чаще.

9. Проведение патронажей неорганизованных детей на дому следует выполнять в указанные сроки: детям в возрасте от 1 до 5 мес. — 2 раза в месяц, от 5 мес. до 1 года — 1 раз в месяц, от 1 года до 2 лет — 1 раз в 3 мес., от 2 до 3 лет — 1 раз в 6 мес., от 3 до 7 лет — 1 раз в год.

При проведении профилактических патронажей необходимо хорошо изучить материально-бытовые, культурно-гигиенические условия жизни семьи, ее психологический климат.

Необходимо внедрять в быт каждого ребенка режим, закаливание, гимнастику, а также осуществлять контроль за питанием, рекомендованным ребенку врачом, и самостоятельно производить подсчет ингредиентов и калорийности пищи детей, находящихся на раннем смешанном и искусственном вскармливании.

10. Направление всех детей 1-го года жизни для осмотра врачами специалистами, на лабораторное и функциональное исследования .

11. Осуществление контроля за выполнением назначений врача

12. При проведении диспансеризации обеспечение углубленного осмотра необходимыми специалистами неорганизованных детей в возрасте от 1 года до 7 лет, проживающих на участке.

13. При отсутствии центральной прививочной картотеки — ежемесячное планирование профилактических прививок. Участковая медицинская сестра должна также вызывать в поликлинику детей для проведения прививок.

Лечебные мероприятия.

1. Работа с картотекой детей, состоящих на диспансерном учете (учетная форма № 30) у участкового педиатра и специалистов детской поликлиники.

2. Вызов диспансерной группы детей на прием к врачу согласно плану диспансеризации.

3. Контроль за четкостью выполнения лечебных и оздоровительных мероприятий, назначенных врачом детям с хроническими заболеваниями.

4. Выполнение лечебных процедур, назначенных врачом больным с острыми заболеваниями, на дому.

5. Контроль за состоянием здоровья соматических и инфекционных больных, получающих лечение в домашних условиях.

Для того чтобы качественно осуществлять лечение больных детей на дому, медицинская сестра должна владеть техникой всех необходимых медицинских процедур.

Работа с общественностью. Правильно организованная и целенаправленная санитарно-просветительная работа с населением значительно увеличивает эффективность профилактики заболеваний у детей и их лечения.

При проведении санитарно-гигиенического воспитания населения и работе с общественностью медицинская сестра должна выполнять следующее:

1. Проводить беседы на участке:
 - а) во время патронажей здоровых детей;
 - б) при посещении больных детей;
 - в) при работе в инфекционных очагах.

2. Принимать участие в выпуске санитарных листов.

3. Организовывать уголки или комнаты здоровья и руководить их работой.

4. Проводить работу по подготовке санитарного актива на участке.

5. С помощью общественности медицинская сестра может осуществить следующие мероприятия:

- а) организовать работу прогулочных групп на участке;
- б) проводить рейды чистоты;
- в) проводить перепись детского населения на участке 2 раза в год;
- г) осуществлять подготовку населения в кружках по уходу за больным ребенком;
- д) совместно с врачом проводить встречи с населением 1 раз в год.

Уход при Отеке Квинке

Доврачебная помощь заключается в выполнении таких действий: Вызываем быстрее неотложную помощь; Пытаемся исключить влияние аллергена. Тогда необходимо отметить тип продуктов или лекарственное средство, которые вызвали возникновение аллергической реакции; Попытаться успокоить страдающего, снизив эмоциональный груз;

В комнату должно быть гарантировано поступление свежего воздуха; На пораженный район нужно наложить холодный компресс. Могущий снизить интенсивность зуда и отечности; Необходимо закапать в нос сосудосуживающие капли, которыми является нафтизин. Относительно первой докторской помощи, то начинается она с ввода пациенту антигистаминных средств, снимающих отечность. Это может быть димедрол или супрастин.

Когда отечность быстро распространяется, а у человека заметно ухудшение дыхания, ему вводятся глюкокортикоидные гормоны.

Пострадавшего необходимо доставить в больницу, где ему будет оказана помощь в специальном отделении.

Перенесшему отечность Квинке человеку прописывается гипоаллергенная диета. Тогда из рациона исключают рыбу, молоко, яйца, шоколад, томаты, цитрусовые, пшеницу, орехи. В случае наследственной формы отечности Квинке главная терапия включает лекарственные средства, усиливающие производство недостающего ингибитора С1 в организме. Эти средства могут быть назначены лишь медицинским специалистом. В случае идиопатической

отечности Квинке, имеющей известную причину появления, назначается продолжительное использование противоаллергических лечебных препаратов.

Уход при крапивнице

Прежде всего необходимо найти и устранить причину, вызвавшую крапивницу. В острых случаях надо принять солевое слабительное (магнезию, 1 столовую ложку растворяют в 1/4 стакана воды, запивают 1—2 стаканами воды), сделать очистительную клизму. После солевого слабительного эффект наступает через 4—6 часов. Принимают ревеня по 1 таблетке 2 раза в день перед едой. Слабительный эффект после приема ревеня наступает через 8—10 часов. Можно заварить слабительный чай: смешать 3 части коры крушины, 2 части листьев крапивы, 1 часть травы тысячелистника; 1 столовую ложку смеси заварить стаканом воды, настаивать 20 минут, процедить и выпить на ночь 1/2—1 стакан.

Рекомендуются прием внутрь 10%-го раствора хлористого кальция по 1 столовой ложке 3 раза в день после еды, антигистаминных препаратов (зиртек, кларитин по 1 таблетке в день), обтирания кожи противозудными спиртовыми растворами ментола, димедрола, салициловой кислоты, наружно глюкокортикоиды.

При отеке квинке необходимо немедленно вызвать врача, до его приезда рекомендуются горячие ножные ванны и мочегонные (фуросемид и др.) ингаляции.

Необходима инъекция 1 мл 0,1%-го раствора адренамина, в дальнейшем антигистаминные и кортикостероидные препараты.

Дальнейшее лечение по назначению врача. Ухода за ребенком нет. Ты должна связать обязанности м/сестер с уходом, Лечение описывать не надо. В уходе напиши профилактические мероприятия: диета, что ограничено, рекомендовано грудное вскармливание. Почему ничего не пишешь о других аллергических заболеваниях: дерматит, аллергический бронхит, бр. астма и т.д.

ГЛАВА 3. ПРАКТИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ОРГАНИЗАЦИИ СЕСТРИНСКОГО ПРОЦЕССА В ОКАЗАНИИ ЛЕЧЕБНО-ДИАГНОСТИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ И ПРОФИЛАКТИКИ АЛЛЕРГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ДЕТЕЙ

3.1 Анализ статистических данных

Чтобы выявить распространенность аллергических заболеваний в процессе исследования была проанализирована статистика данных ОГБУЗ «Городская детская поликлиника №4 города Белгорода» общей заболеваемости за период 2017-2018 года, результаты которой мы представили в виде таблице (Рис.3.1).

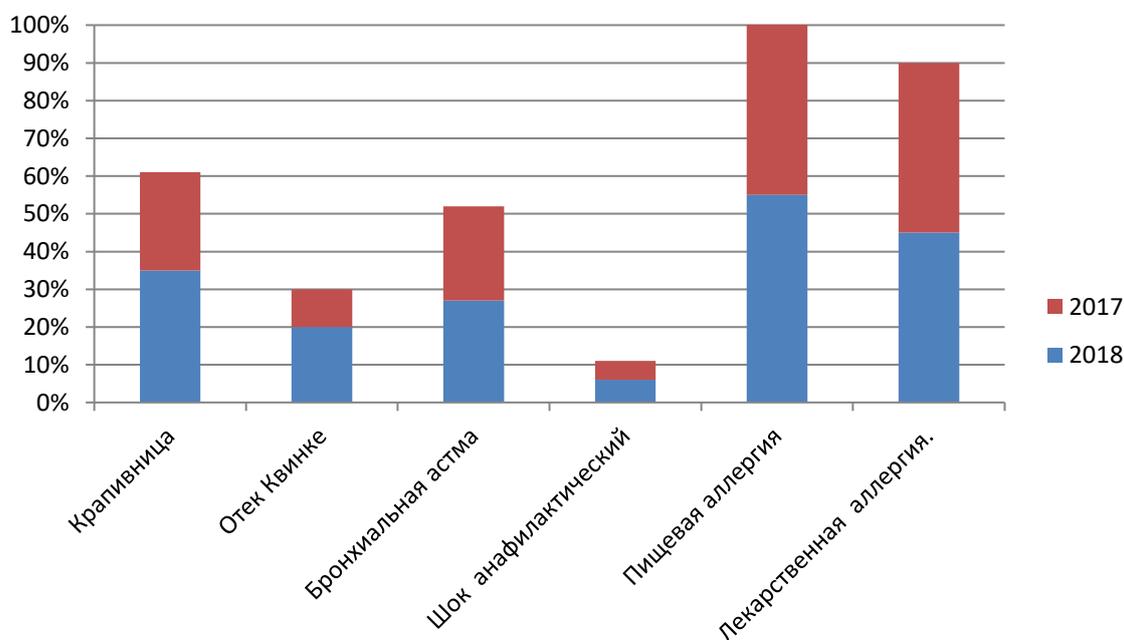


Рис.3.1 Общая заболеваемость за период 2017-2018 года

В настоящее время установлено, что в развитии аллергических заболеваний значение придают наследственной предрасположенности. По мнению большинства исследователей, по наследству передается не болезнь, а особенности обмена веществ, повышенная способность организма к сенсibilизации, склонность к аллергическим реакциям. Исходя из предоставленных статистических данных, следует сделать вывод, что в 2018

году наблюдается повышение количества случаев аллергических заболеваний. Поэтому повышению эффективности лечения больных детей способствует внедрение образовательных программ для родителей. С этой целью организованы оздоровительные школы, в которых проводятся образовательные программы, где ставят целью научить родителей контролировать окружающую среду больного, выполнять лечебные и реабилитационные мероприятия, правильно контролировать эффективность лечения.

Обучение пациента подразумевает установление партнерства между ним, его семьей и медицинским работником. Хорошее взаимопонимание очень важно как основа для дальнейшей хорошей подверженности лечению.

Занятия в оздоровительной школе для детей (при амбулаторном лечении) проводятся на базе детской поликлиники. Набирают группу людей, которым необходимо пройти обучение. Всего он курс обучения обычно включает 5 занятий, не больше одного часа. Обычно за год проводится до 3-5 курса.

Посещение такого обучения имеет исключительно добровольный характер. Его проводят врачи или специально обученный медицинский персонал. На занятиях в оздоровительной школе детей обучают необходимым навыкам, а полезная и нужная информация подается в более доступной и понятной для ребят форме.

Сложную задачу представляет собой профилактика и лечение аллергической патологии, потому что требуют индивидуальный подход к каждому ребенку, чтобы снизить нежелательные возможные побочные эффекты, для растущего детского организма. Однако, качественный контроль может привести к снижению заболеваемости при данной патологии.

3.2 Анализ анкетирования

Для анализа эффективности участия медицинской сестры в лечебно-диагностическом и реабилитационном процессах, была разработана анкета, состоящая из 10 вопросов. Вопросы в анкете направлены на выявление

возможных рисков аллергических заболеваний среди детей возрастом от 0-16 лет по Белгородской области. Совместно с руководителем практики было проанкетировано 15 родителей, у которых дети проходили лечения в ОГБУЗ «Городская детская поликлиника №4 города Белгорода».

Симптомы аллергии

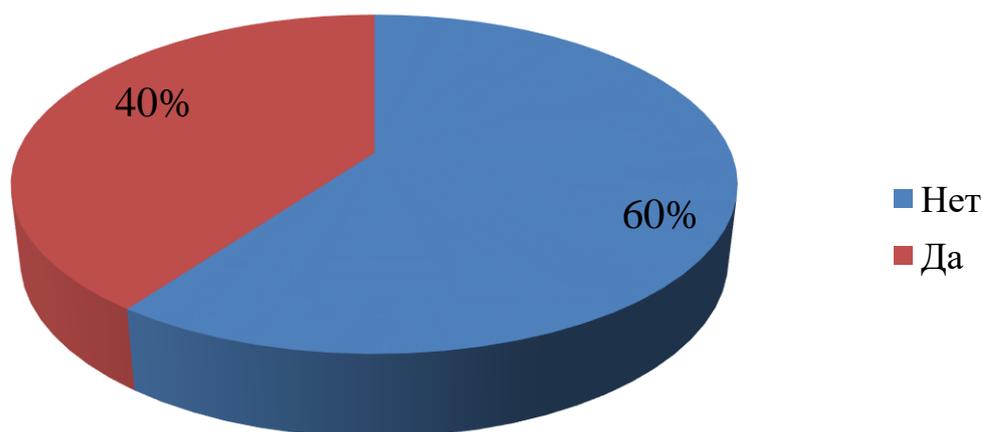


Рис.3.2 Наличие симптомов аллергии

1. На вопрос: выявлены ли у ребенка симптомы аллергии (красные зудящие пятна или волдыри, чихание, зуд, выраженная слабость, заложенность носа, слезотечение и др.)? 6 респондентов ответили – да (40%), 9 респондентов ответили – нет (60%). (Рис.3.2)

Возрастная категория

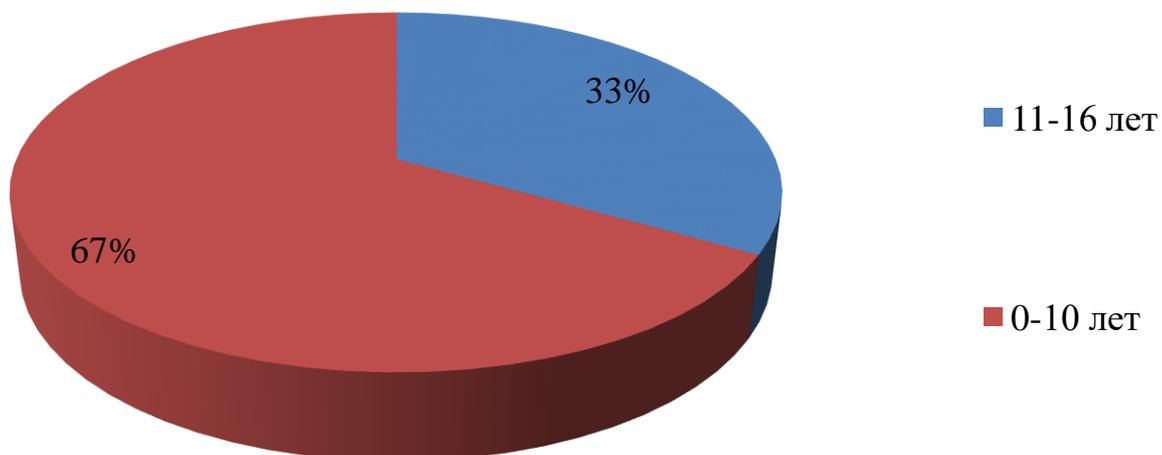


Рис.3.3 Возрастная категория

2. На вопрос: какая возрастная категория у ребенка? 10 респондентов ответили –0-10 лет (67%), 5 респондентов ответили –11-16 лет (33%). (Рис. 3.3)

Соблюдение профилактическим рекомендациям

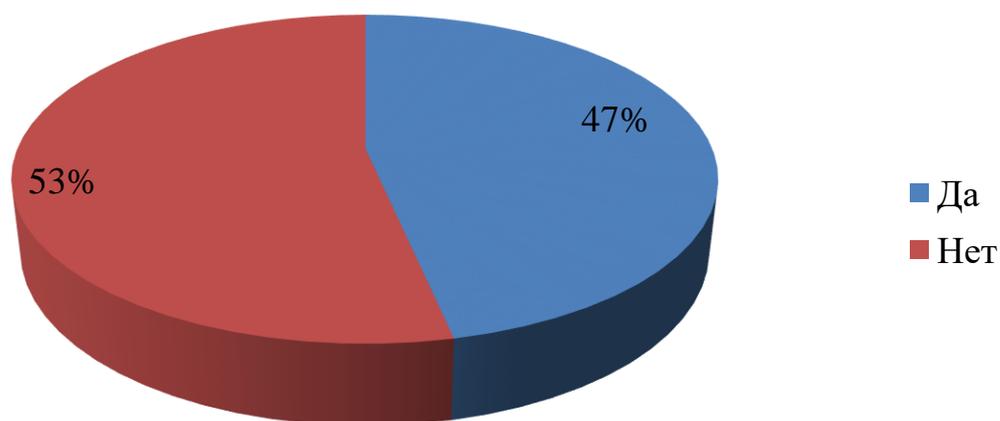


Рис.3.4 Соблюдение профилактическим рекомендациям

3. На вопрос: принимаете ли Вы профилактические меры по удалению аллергена? 7 респондентов ответили – да (47%), 8 респондентов ответили – нет (53%). (Рис.3.4)

Соблюдение диеты

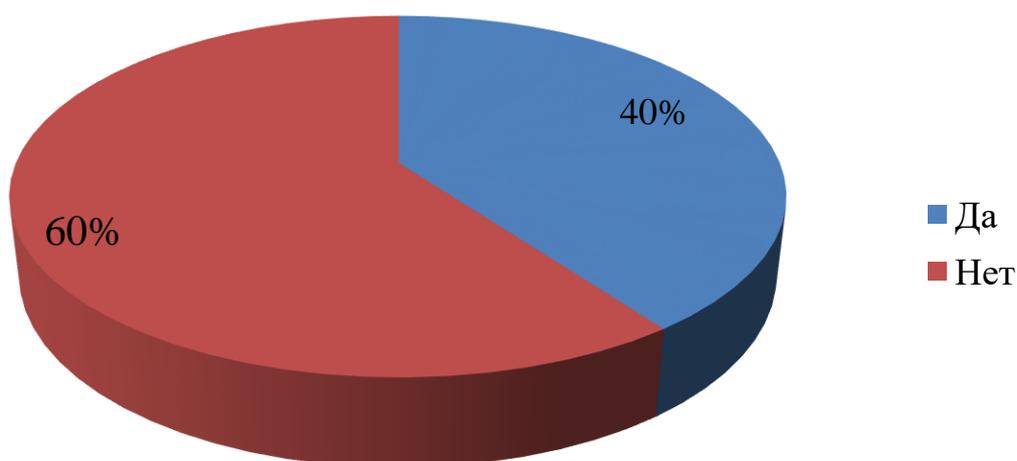


Рис.3.5 Соблюдение диеты

4. На вопрос: соблюдает ли ребенок диету и режим дня? 6 респондентов ответили – да (40%), 9 респондентов ответили – нет (60%). (Рис.3.5)

Выполнение назначений

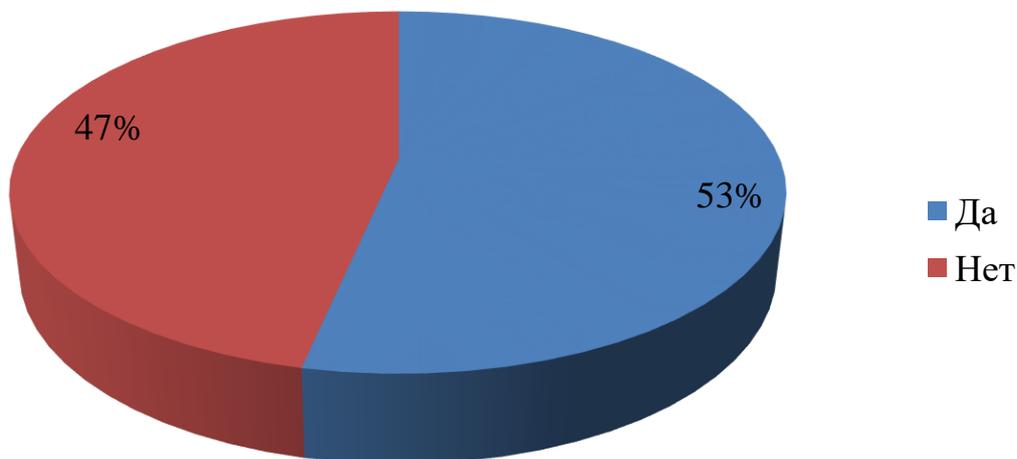


Рис.3.6 Выполнение назначений

5. На вопрос: выполняете ли Вы все назначения лечащего врача? 8 респондентов ответили – да (53%), 7 респондентов ответили – нет (47%). (Рис.3.6)

Наследственная предрасположенность к аллергическим заболеваниям

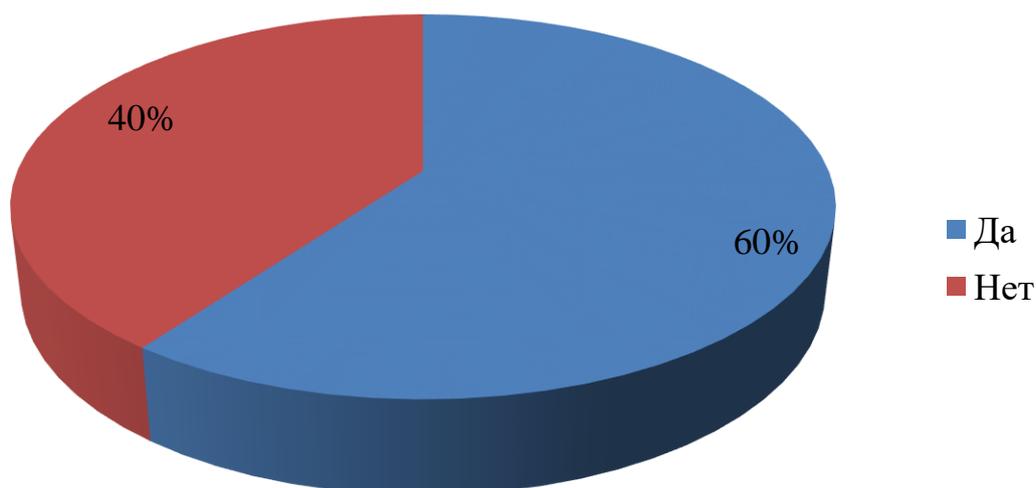


Рис.3.7 Наследственная предрасположенность к аллергическим заболеваниям.

6. На вопрос: имеется ли в семье наследственная предрасположенность к аллергическим заболеваниям: 9 респондентов ответили – да (53%), 6 респондентов ответили – нет (47%). (Рис.3.7)

Соблюдение пищевого дневника

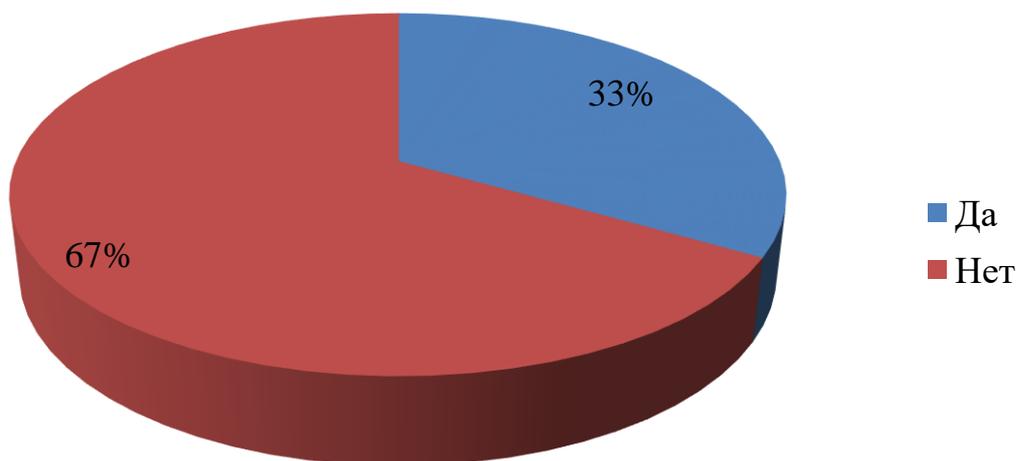


Рис.3.8 Соблюдение пищевого дневника

7. На вопрос: ведете ли Вы «пищевой дневник»? 8 респондентов ответили – да (33%), 7 респондентов ответили – нет (67%).

Проведение ежедневной влажной уборки

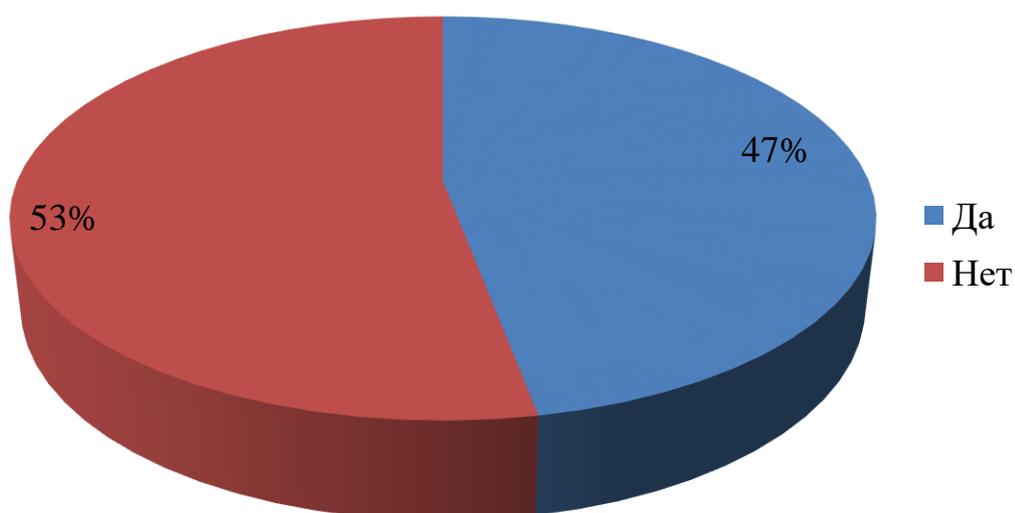


Рис.3.9 Проведение ежедневной влажной уборки

8. На вопрос: проводите ли вы дома ежедневную влажную уборку? 8 респондентов ответили – да (53%), 7 респондентов ответили – нет (47%). (Рис.3.9)

Прием аллергических препаратов

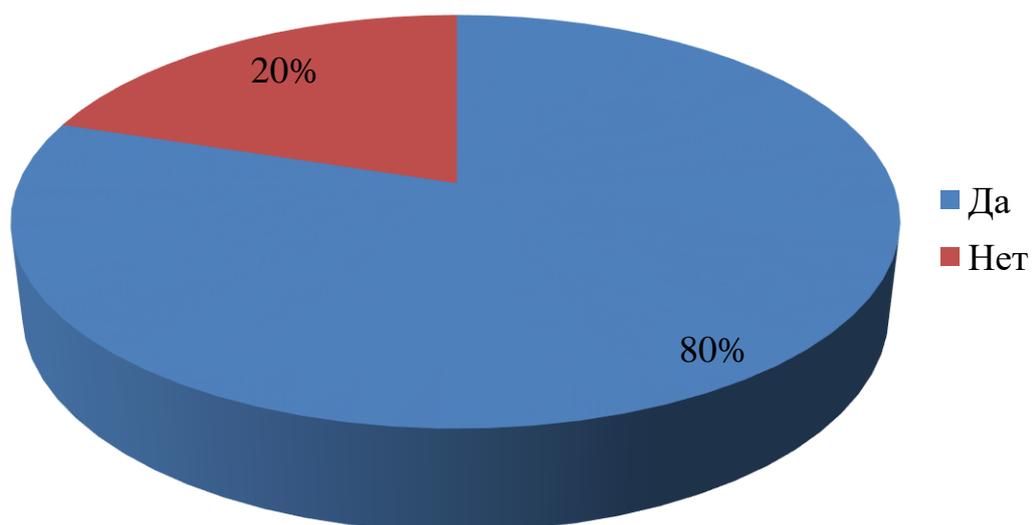


Рис.3.10 Прием аллергических препаратов

9. На вопрос: принимает ли ваш ребенок противоаллергические препараты? 12 респондентов ответили – да (80%), 3 респондентов ответили – нет (20%). (Рис.3.10)

Употребление продуктов содержащие аллергены во время беременности

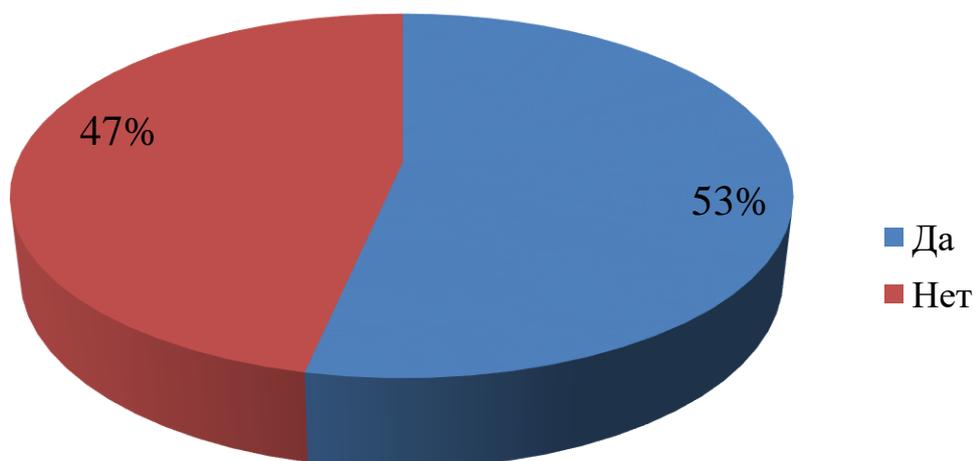


Рис.3.11 Употребление продуктов содержащие аллергены во время беременности

11. На вопрос: употребляли ли Вы во время беременности продукты, содержащие аллергены (яйца, клубнику, землянику, лимон, шоколад, апельсины и тд.)? 9 респондентов ответили – да (53%), 6 респондентов ответили – нет (47%).

Из данных анкеты можно сделать вывод, что существует проблема оказания помощи родителям, у которых дети имеют аллергические заболевания. Так как 20% из родителей не придают значения важности медикаментозной терапии.

53% респондентов не выполняют назначения лечащего врача, то есть родители не осознают, что необходимо регулярное лечение, чтобы их дети могли жить полноценной жизнью без осложнений. Чтобы ребенок выздоровел, необходимо выявить аллерген, но из полученных данных мы видим, что 53% респондентов не провели анализ по выявлению аллергена. Таким образом, только 47% респондентов заботятся о здоровье своих детей и предпринимают профилактические меры по удалению аллергена.

Необходимо провести профилактические меры по обучению родителей вести дневник по контролю лечения, следовать указаниям лечащего врача и контролировать соблюдения диеты, то это позволит сократить число случаев тяжелых форм аллергии.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Миллионы людей страдают аллергическими заболеваниями и представляют собой серьезную социальную, экономическую и медицинскую проблему.

Ребенок, страдающий любым аллергическим заболеванием, лишен многих радостей в детстве и дальнейшей жизни. О его физических и нравственных страданиях в течение всей жизни знают только его близкие ему люди. И сейчас в наше время уже не редкость когда происходит смертельный исход при введении аллергенного лекарственного средства или же при укусах насекомых. Конечно, по сравнению с числом больных аллергическими заболеваниями процент смертности от них невелик. Но в старости тяжесть аллергических проявлений увеличивается из-за прибавлений осложнений, от которых страдает больной.

Сейчас существует множество аллергических тестов, которые позволяют выявить специфический аллерген при аллергических заболеваниях кожи и дыхательных путей. Специфическая сенсibilизация дает хороший терапевтический эффект.

В борьбе с тяжелыми аллергическими заболеваниями, ранее которые считались неизлечимыми, в медицине начали применять глюкокортикоиды. Они способствовали на протяжении всей жизни больного, ранее считавшегося безнадежными, возвращать «в строй».

Но наука в аллергологии не останавливается на этом. И сейчас в настоящее время ведутся исследования по изучению веществ, которые могут тормозить биосинтез гистамина и ускорять его разрушение.

Таким образом, в арсенале современной медицины есть достаточно способов борьбы с аллергическими заболеваниями. Необходимо лишь вовремя обратиться к специалисту-аллергологу, иначе несвоевременное посещение может привести к тяжелым последствиям. Если упустить и проигнорировать указание врача, то заболевание принимает очень тяжелую форму или

спровоцировать другое заболевание которое потребует интенсивной лечебной нагрузки на пациента.

В ходе проведенного исследования, можно подвести итог: исходя из предоставленных статистических данных, следует сделать вывод, что в 2018 году наблюдается повышения количества случаев, поставленными диагнозами. Тот факт, что в России аллергия не считается серьезным заболеванием и ей не уделяется большого внимания ни средствами массовой информации, ни общественностью, а также недоступность специализированной медицинской помощи в некоторых регионах привели к тому, что больные аллергией в течение многих лет занимаются самолечением. Это подтверждает огромный разрыв между реальной и зарегистрированной заболеваемостью аллергией.

В такой ситуации одним из важнейших моментов является просвещение населения. Необходимо, чтобы каждый человек понимал, что такое аллергия и к каким последствиям может привести самолечение; чтобы пациенты и их близкие знали суть заболевания, необходимые лечебные и профилактические мероприятия, понимали смысл лекарственной терапии.

Для этой цели необходимо развивать аллергологические кабинеты и создавать при них аллергошколы. Следует обратить внимание на опыт развитых зарубежных стран, где существует не только большое количество литературы, но и специальные телепередачи с участием известных людей, достигших успехов в борьбе с заболеванием и делящихся своим опытом.

Подводя итог, можно сказать, что в настоящее время достигнуты успехи в лечении многих аллергических болезней, и это позволяет оптимистически смотреть в будущее.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ ЛИТЕРАТУРЫ

- 1) Колхир П. В. Крапивница и ангиоотёк. — М.: Практическая медицина, 2016. — 363 с.
- 2) "Медицинский справочник 2008-2018
- 3) Александр Николаевич Пампура, руководитель отдела аллергологии и клинической иммунологии ФГУ «Московский НИИ педиатрии и детской хирургии Росздрава», д-р мед. наук
- 4) Татьяна Николаевна Соловей, врач отделения аллергологии и клинической иммунологии ФГУ «Московский НИИ педиатрии и детской хирургии Росздрава»
- 5) Р.В.Тонкова-Ямпольская. Т.Я.Черток, И.Н.Алферова / Основы медицинских знаний.- Москва.
- 6) Гребенев А.Л., Шептулин А.А., Хохлов А.М. Основы общего ухода за больными. — М: Медицина, 2018.
- 7) П.Г.Жученко, Н.С.Пушкарёв, И.А.Сытник / Антенатальная охрана плода и уход за новорожденным. – Киев. 2017.
- 8) Никитина Ю.П. Энциклопедия медицинской сестры. Изд.: Товарищество научных изданий КМК, 2007.
- 9) Маколкин В.И., Овчаренко С.И. Сестринское дело в терапии. Изд.: Медицинское информационное агентство, 2008
- 10) Лолор Г., Фишер Т., Адельман А. Клиническая иммунология и аллергология. - М.: Практика, 2000
- 11) Гушин И.С. Аллергическое воспаление и его фармакологический контроль. - М.: Фармаруспринт, 2003
- 12) Смолева Э.В. Сестринское дело в терапии с курсом первичной медицинской помощи / Э.В. Смолева; под ред. К.м.н. Б.В. Кабарухина. Ростов на Дону: Феникс, 2011. - 473 с.
- 13) Смолева Э.В. Сестринское дело в терапии с курсом первичной медицинской помощи. Изд.: Феникс, 2010.

- 14) Мухина С.А., Тарновская И.И. Практическое руководство к предмету «Основы сестринского дела». Изд.: Родник, 2009.
- 15) Студеникин М.Я., Балаболкин И.И. Аллергические болезни у детей. - М.: Медицина, 2008. – 348 с.
- 16) Туркина Н.В., Филенко А.Б. Общий уход за больными. Изд.: Товарищество научных изданий КМК, 2007
- 17) Земсков В.М., Караулов А.В., Земсков А.М. Иммуномодуляторы в терапии легочной патологии. - М.: Медицина, 2017
- 18) Зисельсон А.Д. Поллиноз у детей. - М.: Медицина, 2009. – 158 с.
- 19) Зупанец И.А., Черных В.П., Попов С.Б., Бездетко Н.В., Зайченко А.В., Налетов С.В., Усенко В.А., Усенко Г.Д. Фармацевтическая опека. Лечение симптомов аллергии. – 2003 г. - С.299-319.
- 20) Клиническая иммунология. Учебник для студентов медицинских ВУЗов / Под ред. А. В. Караулова. - М.: Изд-во: Медицинское информационное агентство-2002.
- 21) Пыцкий В.И., Адрианова Н.В., Артомасова А.В. Аллергические заболевания. - М.: Изд-во: Медицина, 2001.- С.367.
- 22) Лаан И., Луйга Э., Тамм С. Если заболел ребенок. - М.: Медицина, 1992 - С. 215.
- 23) Новиков Д.К. Клиническая аллергология. - М.: Изд-во: Высшая школа, 2001. - С.511.
- 24) Организация медицинской помощи детям в условиях крупного города. - Издательство 3 - е. - М.: Изд-во: Медицина, 1998. - С. 288.
- 25) Адо А.Д. Общая аллергология. - М.: Медицина, 2010.