

Кяхтинский филиал
Государственное автономное профессиональное образовательное
учреждение «Байкальский базовый медицинский колледж
Министерства здравоохранения Республики Бурятия»

ДИПЛОМНАЯ РАБОТА
Особенности сестринского ухода за детьми с атопическим
дерматитом

Выполнил

студент:

Ганболд Бат-Амгалан
IV курса, 643 группы,
34.02.01 Сестринское дело

Специальность

Медицинский брат

квалификация

Руководитель:

Преподаватель

Тугульдурова Гэрэлма Дабаевна

Подпись

Работа допущена к защите

Подпись

Зав. Кяхтинским филиалом

Т.А. Шалашникова

«__» «_____» 20__ г.

Кяхта, 2018

Оглавление

Введение.....	3
ГЛАВА1. Особенности клинико-диагностического течения атопического дерматита	6
1.1. Этиология и патогенез.....	3
1.2. Классификация заболевания.....	5
1.3. Клинические проявления.....	6
1.4. Особенности течения атопического дерматита	9
1.5. Диагностика.....	11
1.6. Осложнения и прогноз.....	13
1.7. Лечение и профилактика.....	14
1.8. Сестринский уход за больным ребёнком.....	16
1.9. Особенности питания.....	20
ГЛАВА2. Анализ статистических данных и результатов социологического опроса на примере Селенгинской объединённой аймачной больницы.....	21
2.1 Анализ статистических данных заболеваемости атопическим дерматитом.....	21
2.2 Анализ результатов анкетирования пациентов Селенгинской аймачной больницы.....	39
Заключение.....	23
Список используемой литературы.....	24
Приложение.....	25

Введение

Среди распространенных хронических заболеваний, начинающихся в детском возрасте, одно из ведущих мест занимают аллергические болезни. По определению экспертов ВОЗ, они представляют в настоящее время величайшее социальное бедствие и в XXI веке будут занимать 1 место в патологии и взрослых и детей. Нас ждет эпидемия алергопатологии, т.к. количество больных увеличивается в геометрической прогрессии. По данным ВОЗ: 35% населения Земного шара страдает атопией. В группе аллергических заболеваний ведущее значение по распространенности, раннему началу и упорному течению занимает атопический дерматит.

Атопический дерматит - хроническое рецидивирующее аллергическое воспалительное заболевание кожи, характеризующееся кожным зудом, экссудативными или лихеноидными высыпаниями, с возрастными особенностями клинических проявлений.

Таким образом, АД - это самостоятельная нозологическая форма.

Лечение и профилактика атопического дерматита (АД) у детей становится в настоящее время одной из актуальнейших проблем педиатрии. В большинстве случаев заболевание формируется на первом году жизни. По данным эпидемиологических исследований в разных странах АД страдают от 10 до 28% детей, в общей структуре аллергических заболеваний он занимает одно из ведущих мест. На его долю в структуре аллергических заболеваний приходится 50-75%. Как правило, это первое проявление аллергии у ребенка. Почти у половины детей на фоне атопического дерматита в последующем формируется бронхиальная астма, аллергический ринит или поллиноз. В настоящее время АД рассматривается как стартовая патология в возрастной эволюции аллергии – «*атопический марш*» или «*Атопический парад*».

«*Атопический марш*» – рассматривается как естественное развитие атопических проявлений у ребенка по мере его взросления с

прогрессированием клинических признаков atopического заболевания от atopического дерматита до аллергического ринита и бронхиальной астмы. Кожная сенсibilизация аллергенами может вызывать системный аллергический ответ, включающий верхние и нижние дыхательные пути. Кожная сенсibilизация предшествует сенсibilизации дыхательных путей

Острота проблемы АД обусловлена не только его высокой распространенностью в детской популяции, но и ранним началом, быстротой развития хронических форм, приводящих к снижению социальной адаптации и инвалидизации ребенка. В Российской Федерации в 2016 году было зарегистрировано 6 млн. 990,8 тыс. больных с болезнями кожи и подкожной клетчатки, в том числе и с atopическими дерматитами, что составило около 5% от общей численности населения.

Распространенность АД по отдельным регионам колеблется в широких пределах, достигая крайне высоких цифр в зонах экологического неблагополучия. Обнаружена прямая зависимость распространенности АД от степени и характера загрязнения окружающей среды, причем в районах с неблагоприятной экологической ситуацией манифестация кожных проявлений происходит в более раннем возрасте.

За последние десятилетия произошли некоторые изменения клинических характеристик АД. На современном этапе одной из особенностей его течения является учащение перехода острых форм в хронические. Вовлечение в патологический процесс наряду с кожей многих органов и систем организма позволяет рассматривать АД как системное заболевание. Именно это обстоятельство привлекает к нему внимание врачей разного профиля — педиатров, аллергологов, дерматологов, иммунологов, гастроэнтерологов.

Атопический дерматит (АтД) — одно из наиболее распространенных воспалительных заболеваний кожи и аллергических заболеваний. Важность проблемы atopического дерматита, особенности патогенеза, варианты клинических проявлений и течения заболевания, привлечение внимания

многих исследователей, долгие годы не находили отражения в терапевтических подходах.

Значительный интерес вызывает проблема рационального ухода за кожей больных атопической экземой, что связано с возможностью контроля заболевания без назначения медикаментов. Достигнут значительный прогресс в профилактике заболевания за счет создания безопасного окружения больного. Но в то же время очень многое, что касается атопического дерматита ещё не изучено в той мере, чтобы быстро излечивать данное заболевание среди детского населения на ранних стадиях и оказывать эффективную сестринскую помощь уже заболевшим. Именно поэтому проблема описания, диагностики и ухода за детьми, больными атопическим дерматитом является актуальной и приоритетной.

При анализе общей заболеваемости за период 2011—2016 год на территории Российской Федерации отмечается рост атопического дерматита: за 2011 год на 7,67%; за 2012 - 2,68%; за 2013 год отмечалась стабилизация заболеваемости и за 2016 год рост 12,9%. Развитие выраженных клинических проявлений атопического дерматита наблюдается у 60% детей на первом году жизни, у 90 % людей заболевание диагностируется в первые пять лет жизни.

Атопический дерматит — это проблема номер один во многих семьях, где растёт маленький ребенок. Поражение кожи при этом заболевании доставляет малышу страдание, его состояние вызывает тревогу у родителей.

Предрасположенность к аллергии может неопределенно долго оставаться на уровне латентной атопии, не сопровождаясь клиническими проявлениями. Профилактические прививки, различные медикаменты со временем могут повысить сенсibilизацию организма ребенка и привести в дальнейшем к развитию атопического дерматита.

Примерно у 60% детей с возрастом это заболевание практически бесследно проходит.

У остальных же 40% оно переходит во «взрослую форму», давая толчок иногда развитию других **аллергических** заболеваний.

Так как атопический дерматит является проявлением внутренних нарушений иммунной системы, то впоследствии он часто сочетается с бронхиальной астмой, вазомоторным ринитом, конъюнктивитом, крапивницей.

Работа медицинской сестры, направленная на организации правильного ухода за больными детьми, проведение мероприятий по профилактике заболевания, является наиболее актуальной и заслуживает серьезного внимания.

Цель исследования: Изучение особенностей сестринского ухода за детьми с атопическим дерматитом.

Задачи:

- Теоретический обзор специальной и медицинской литературы с изучением этиологии, факторов риска, клинических проявлений, диагностики и профилактики атопического дерматита;
- Проведение социологического опроса населения;
- Анализ и обобщение результатов исследования.
- разработка рекомендаций по профилактике атопического дерматита, и для предотвращения появления осложнений

Объект исследования: - ребёнок, страдающий атопическим дерматитом.

Предмет исследования – сестринский уход при атопическом дерматите.

Методы исследования: 1) аналитический
2) статистический
3) социологический
4) обобщающий

ГЛАВА1. Особенности клинико-диагностического течения атопического дерматита

1.1. Этиология и патогенез

Атопический дерматит (АтД, атопическая экзема) – хроническое аллергическое воспалительное заболевание кожи, сопровождающееся зудом, возрастной морфологией высыпаний и стадийностью. Атопический дерматит в типичных случаях начинается в раннем детском возрасте, может продолжаться или рецидивировать в зрелом возрасте, значительно нарушает качество жизни больного и членов его семьи.

Атопический дерматит – одно из наиболее распространенных аллергических заболеваний у детей. В экономически развитых странах диагностируется у 10 - 28 % детей. Частота заболевания зависит от возраста детей. Распространенность заболевания значительно выше среди детей младшего возраста.

Этиология и патогенез

Патоморфологическим субстратом атопического дерматита является хроническое аллергическое воспаление кожи. Для заболевания характерен аномальный иммунный ответ на аллергены окружающей среды. Иммунологическая концепция патогенеза атопического дерматита основана на понятии атопии как генетически предрасположенной аллергии, обусловленной гиперпродукцией реактивных антител в ответ на контакт с аллергенами окружающей среды. Атопия – наиболее важный идентифицируемый фактор риска развития атопического дерматита. В настоящее время картированы гены, контролирующие продукцию IgE и

цитокинов, принимающих участие в формировании аллергического воспаления.

Основной путь попадания аллергена в организм при атопическом дерматите - энтеральный, более редкий - аэрогенный. В этиологии атопического дерматита ведущая роль принадлежит пищевой аллергии. Сенсibilизация к пищевым аллергенам выявляется у 80-90 % детей раннего возраста, имеющих клинические признаки атопического дерматита. Наиболее значимы антигены коровьего молока, яиц, рыбы, злаковых (особенно пшеницы), бобовых (арахиса, сои), ракообразных (крабов, креветок), томатов, мяса (говядины, курицы, утки), какао, цитрусовых, клубники, моркови, винограда. С возрастом спектр сенсibilизации расширяется. На пищевую аллергию наслаивается сенсibilизация к аэроаллергенам жилищ, особенно к антигенам микрокleshей рода *Dermatophagoides*. Тесный контакт с микрокleshами, обитающими в постельном белье, способствует активации аллергического воспаления кожи в ночные часы и усилению зуда. У части детей развивается также сенсibilизация к эпидермальным аллергенам (особенно кошки и собаки). Важную этиологическую роль в развитии атопического дерматита играют грибковые аллергены. Наибольшей аллергенной активностью обладают споры грибов *Cladosporium*, *Alternaria tenuis*, *Aspergillus*, *Penicillium*. Лекарственные аллергены - одна из частых причин обострения атопического дерматита. Они редко выступают в роли первичного этиологического фактора. Обострение кожного процесса провоцируют антибиотики пенициллинового ряда, нестероидные противовоспалительные средства (анальгин, амидопирин), антибиотики тетрациклинового ряда, сульфаниламиды, витамины группы В, гамма-глобулин, плазма, анестетики местного и общего действия. У некоторых больных этиологическую значимость имеет сенсibilизация к пыльцевым аллергенам. Обострения кожного процесса наблюдаются у них в весенне-летний период года и связаны со сроками пыления причинно-значимого растения. Определенную

роль играет также сенсibilизация к бактериальным аллергенам. Наиболее часто у пациентов с атопическим дерматитом выявляются реакции к антигенам кишечной палочки, пиогенного и золотистого стафилококков.

1.2. Классификация заболевания

В клинической практике используются классификации, основанные на различных принципах: характере клинических проявлений заболевания, концепции этапности развития атопического дерматита и возрастной эволюции его форм.

Стадии развития заболевания:

- начальная;
- выраженных изменений (период обострения): острая фаза; хроническая фаза;
- ремиссии: неполная (подострый период), полная;
- клинического выздоровления.

Клинические формы (в зависимости от возраста):

- младенческая (2-3 мес - 3 года);
- детская (3 года - 12 лет);
- подростковая (12-18 лет).

По распространенности:

- ограниченный;
- распространенный;
- диффузный.

По тяжести течения:

- легкое;
- среднетяжелое;
- тяжелое.

Клинико-этиологический вариант (по виду аллергии):

- пищевой;
- клещевой;

- грибковый;
- пылевой и др.

1.3. Клинические проявления

Обычно манифестация атопического дерматита у детей происходит на первом году жизни. Заболевание проходит в своем развитии три стадии, которые могут быть разделены периодами ремиссии или переходить одна в другую.

Младенческая стадия АтД формируется у детей с периода новорожденности до двух лет и характеризуется острым воспалением кожи с высыпаниями на коже папул и микровезикул с выраженной экссудацией и мокнутием (экссудативная форма). Локализация высыпаний – преимущественно на лице, реже – на голени и бедрах. При этом на фоне гиперемии и экссудации, инфильтрации и отека отдельных участков кожи выявляются микровезикулы с серозным содержимым, вялой покрывкой, быстро вскрывающиеся с образованием «экзематозных колодцев». Экзематозные папулы и микровезикулы являются проявлением острого воспалительного процесса и представляют собой бесполостные ограниченные образования в виде мелких узелков (до 1 мм), слегка возвышающихся над уровнем кожи, округлой конфигурации, мягкой консистенции, обычно фокусные, иногда сгруппированные и быстро эволюционирующие. Кроме того, отмечаются выраженный зуд и жжение кожи, болезненность и чувство напряжения. Больной ребенок расчесывает кожу, вследствие чего очаги покрываются серозно-кровянистыми корочками, а при присоединении вторичной инфекции — серозно-кровянисто-гноинными корочками. Расположение очагов поражения кожи симметричное.

При ограниченной распространенности процесса подобные высыпания локализуются чаще на лице в области щек, лба и подбородка, за исключением носогубного треугольника, и симметрично на кистях рук.

При распространенном, диссеминированном процессе отмечается поражение кожи туловища, конечностей, преимущественно их разгибательных поверхностей.

У 30% больных атопической экземой характерны гиперемия, инфильтрация и легкое шелушение кожи без экссудации, которые являются проявлениями эритематозно-сквамозной формы болезни. Эритематозные пятна и папулы в типичных случаях сначала появляются на щеках, лбу и волосистой части головы и сопровождаются зудом. Обычно эритема усиливается вечером и почти не определяется в утренние часы.

Детская стадия АтД формируется у детей в возрасте от 2 до 13 лет, может следовать за младенческой стадией без перерыва и продолжается обычно до подросткового возраста. При этом на коже менее выражены экссудативные очаги, характерные для младенческой фазы, отмечается ее значительная гиперемия, выраженная сухость и подчеркнутый рисунок, утолщение складок и гиперкератоз, складчатый характер поражений. Наличие этих элементов определяется как *эритематозно-сквамозная форма* атопического дерматита с лихенизацией. В дальнейшем на поверхности кожи преобладают лихеноидные папулы и очаги лихенизации с типичной локализацией в складках кожи. Высыпания локализуются чаще всего в локтевых, подколенных, ягодичных складках, на коже сгибательных поверхностей локтевых и лучезапястных суставов, тыльной поверхности шеи, кистей и стоп. При этом отмечаются высыпания в виде лихеноидных папул, обильное шелушение, множественные расчесы и трещины кожи. Эти проявления определяют как *лихеноидную форму АтД*.

В этой стадии дерматита характерно поражение кожи лица, определяемое как «атопическое лицо», проявляющееся гиперпигментацией век с подчеркнутыми складками, шелушением кожи век и вычесыванием бровей. У всех этих больных определяется очень характерный упорный и мучительный зуд кожи, особенно выраженный по ночам.

Подростковая стадия АтД наблюдается у детей в возрасте старше 13 лет и характеризуется резко выраженной лихенизацией, сухостью и шелушением, преимущественными поражениями кожи лица и верхней части туловища и непрерывно рецидивирующим течением. Эта стадия начинается в период полового созревания и часто продолжается в зрелом возрасте. Преобладает поражение сгибательных поверхностей в области естественных складок, лица и шеи, плеч и спины, тыльной поверхности кистей рук, ступней, пальцев рук и ног. Высыпания характеризуются сухими шелушащимися папулами и бляшками и образованием больших лихенифицированных бляшек при хронических очагах поражения кожи.

По распространенности воспалительного процесса на коже различают:

- *АтД ограниченный* — с локализацией преимущественно на лице и площадью поражения кожи не более 5-10%;
- *АтД распространенный* — с площадью поражения от 10 до 50%;
- *АтД диффузный* — с поражением более 50% поверхности кожи.

По стадиям течения АтД выделяют:

- *острая стадия* — зуд кожи, папулы, микровезикулы на фоне эритемы, множественные расчесы и эрозии, выделение серозного экссудата;
- *подострая стадия* — эритема, шелушение, расчесы, в том числе на фоне уплотнения кожи;
- *хроническая стадия* — утолщённые бляшки, фиброзные папулы, подчёркнутый рисунок кожи (лихенизация).

1.4. Особенности течения атопического дерматита

Течение атопического дерматита отличается в зависимости от ведущего этиологического фактора.

Атонический дерматит с преобладающей пищевой сенсibilизацией. Характерна связь обострений с приемом определенных пищевых продуктов. Заболевание начинается, как правило, в раннем возрасте при переходе на искусственное или смешанное вскармливание. Элиминация пищевых аллергенов оказывает положительный клинический эффект. При аялергологическом обследовании выявляется сенсibilизация к пищевым аллергенам (но не в 100 % случаев).

Атонический дерматит с преобладающей клещевой сенсibilизацией. Обострения наблюдаются круглый год. Заболевание имеет, как правило, непрерывно-рецидивирующее течение, ухудшение наступает при контакте с домашней пылью. Зуд кожи усиливается в ночное время. Элиминационные диеты неэффективны. Временное улучшение наступает при смене места жительства. Нередко атоническому дерматиту сопутствует аллергическим круглогодичный ринит. При аялергологическом обследовании выявляется сенсibilизация к клещевым аллергенам или комплексному аллергену домашней пыли.

Атопический дерматит с преобладающей грибковой сенсibilизацией. Обострение наблюдается при употреблении в пищу продуктов, содержащих микрогрибы (кефир, квас, сдобное тесто, плесневые сорта сыра и др.). Самочувствие пациентов ухудшается в сырых помещениях, в сырую погоду усиливается кожный зуд. Ухудшение наблюдается в осенне-зимний период года. Назначение антибиотиков, особенно пенициллинового ряда, усугубляет течение заболевания. Эффективны мероприятия, направленные на уменьшение численности спор грибов в жилом помещении, и диета с исключением продуктов, содержащих микрогрибы. При аялергологическом обследовании выявляется сенсibilизация к грибковым аллергенам.

Атонический дерматит с преобладающей пыльцевой сенсibilизацией. Обострения наблюдаются в весенне-летний период года. Ухудшение наступает в солнечную и ветреную погоду, при посещении парков, скверов, после прогулок в лесу, на лугу. Часто сочетается с другими проявлениями

поллиноза (аллергический сезонный ринит, аллергический конъюнктивит). Выраженность кожного процесса нарастает при употреблении в пищу продуктов, перекрестно реагирующих с этиологически значимым пыльцевым аллергеном. При аллергологическом обследовании выявляется сенсibilизация к пыльцевым аллергенам.

При атоническом дерматите снижены защитные свойства кожи. Больные склонны к развитию рецидивирующих бактериальных, грибковых и вирусных болезней кожи. Вирусные кожные инфекции у пациентов с атоническим дерматитом вызываются чаще вирусами простого герпеса и контагиозного моллюска. Грибковая инфекция (*Trichophyton rubrum*, *Pityrosporum ovale*), наслаивающаяся на аллергическое воспаление кожи, обуславливает более тяжелое, резистентное к традиционным методам терапии течение кожного процесса. Бактериальные поражения кожи обусловлены в основном *Staphylococcus aureus* (более 90 %). Известно, что стафилококк стимулирует продукцию специфических IgE. Кроме того, экзотоксин стафилококка может быть триггером реакции неспецифической гистаминолиберации.

1.5. Диагностика

Лаборатные и инструментальные исследования

◆ Клорнический анализ крови (неспецифическим признаком может быть наличие эозинофилии, в случае присоединения кожного инфекционного процесса возможен нейтрофильный лейкоцитоз).

◆ Определение концентрации общего IgE в сыворотке крови (низкий уровень общего IgE не указывает на отсутствие атопии и не является критерием исключения диагноза атопического дерматита).

◆ Кожные тесты с аллергенами (прик-тест, скарификационные кожные пробы) проводятся аллергологом, выявляют IgE-опосредованные аллергические реакции, их проводят при отсутствии острых проявлений атопического дерматита у больного. Прием антигистаминных препаратов,

трициклических антидепрессантов (и нейролептиков) снижает чувствительность кожных рецепторов и может привести к получению ложноотрицательных результатов, поэтому эти препараты необходимо отменить за 3-7 дней в зависимости от препарата и 30 суток, соответственно, до предполагаемого срока исследования.

◆ Назначение элиминационной диеты и провокационный тест с пищевыми аллергенами обычно осуществляется только врачами специалистами (аллергологами) в специализированных отделениях или кабинетах для выявления пищевой аллергии (особенно к злаковым и коровьему молоку).

◆ Диагностика *in vitro* также проводится по направлению аллерголога и включает определение аллергенспецифических IgE-АТ в сыворотке крови, которое предпочтительно для детей с высоким риском развития анафилактических реакций на определенный аллерген при проведении кожного тестирования.

Дифференциальная диагностика

Атопический дерматит необходимо дифференцировать с чесоткой, себорейным дерматитом, аллергическим контактным дерматитом, ихтиозом, псориазом, иммунодефицитными состояниями (синдром Вискотта-Олдрича, синдром гипериммуноглобулинемии E).

Показания к консультации специалистов:

◆ Аллерголог: для установления диагноза, проведения аллергологического обследования, назначения элиминационной диеты, установления причиннозначимых аллергенов, подбора и коррекции терапии, диагностики сопутствующих аллергических болезней, обучения пациента и профилактики развития респираторной аллергии.

◆ Дерматолог: для установления диагноза, проведения дифференциальной диагностики с другими кожными заболеваниями, подбора и коррекции местной терапии, обучения пациента.

◆ ЛОР: выявление и санация очагов хронической инфекции, раннее выявление симптомов аллергического ринита.

◆ Диетолог: для составления и коррекции индивидуального рациона питания.

◆ Психоневролог: при выраженном зуде, поведенческих нарушениях.

◆ Медицинский психолог: для проведения психотерапевтического лечения, обучения технике релаксации, снятия стресса и модификации поведения.

1.6. Осложнения и прогноз

Общий прогноз течения атопического дерматита основывается на закономерности ослабления и прекращения заболевания к 30 годам. Вместе с тем данные о полном клиническом выздоровлении АД различны и колеблются от 17 до 30%. Предположительно, дети, заболевшие АД на 1-м году жизни, имеют лучший прогноз заболевания. Тем не менее в целом, чем раньше дебют и чем тяжелее протекает заболевание, тем выше шанс его персистирующего течения, особенно в случаях сочетания АД с другой аллергической патологией. Доказано наличие патофизиологической связи между тяжелым атопическим дерматитом и аллергическим ринитом, причем АД рассматривается как основной фактор формирования бронхиальной астмы у детей.

У значительной части больных заболевание может продолжаться всю жизнь. Встречаются abortивные, кратковременные формы. Ограниченные поражения на щеках и распространенные формы острого экзематозного процесса у маленьких детей обычно исчезают бесследно. В жизни детей больных АД принято выделять критические периоды. Возраст до 3 лет является самым благодарным для лечения. В этом периоде детства можно с максимальной вероятностью добиться прерывания «марша» атопии. Физиологические механизмы роста и созревания ребенка способствуют

успеху усилий врача. В возрасте 6-7 и 12-14 лет, наоборот, возможно обострение поражения кожи и генерализация процесса. В пубертатном периоде могут наблюдаться два наиболее частых варианта течения АД: полное разрешение высыпаний (чаще у юношей) или резкое обострение заболевания, обусловленное эндокринными дисфункциями.

АтД оказывает существенное влияние на качество жизни детей. По степени негативного влияния на качество жизни АтД превосходит псориаз и сравним с такими серьезными состояниями, как дебют сахарного диабета.

1.7. Лечение и профилактика

Показаниями к госпитализации ребёнка с АтД является обострение атопического дерматита с нарушением общего состояния; распространением кожного процесса, сопровождающегося вторичным инфицированием; неэффективностью стандартной противовоспалительной терапии.

Принципы лечения.

При лечении требуются усилия не только педиатра, но и аллерголога, дерматолога, диетолога, гастроэнтеролога, отоларинголога, а также настойчивость и терпение самих родителей, полное доверие между родителями, врачами и медицинской сестрой.

I. Диетотерапия: должна обеспечивать физиологические потребности ребенка в основных пищевых ингредиентах, энергии, витаминах, минеральных веществах, микроэлементах аллергенов. Продолжительность диеты индивидуальна. Расширение осуществляется осторожно и постепенно под контролем общего состояния ребенка. Для установления причинно-значимого аллергена необходимо ведение «Пищевого дневника» не менее 1 мес., в котором отмечают все получаемые ребенком продукты питания, время их введения, количество, качество (свежие, консервированные, длительность хранения и др.). Врач-педиатр анализирует результаты и проводит исключение подозреваемого пищевого аллергена. Подробнее о кормлении больного ребёнка рассказано в соответствующей главе ниже.

II. Создание гипоаллергенного быта.

Установлено, что бытовые, эпидермальные, пылевые и другие аллергены окружающей среды играют определенную роль в развитии обострений и хронизации АтД.

III. Медикаментозная терапия:

- антигистаминные препараты (супрастин, диазолин и др.)
- мембраностабилизирующие препараты
- средства для лечения заболеваний желудочно-кишечного тракта
- витамины
- иммуномодулирующие препараты
- препараты, регулирующие функцию нервной системы
- препараты, содержащие ненасыщенные жирные кислоты
- антибиотики
- системные кортикостероиды (по специальным показаниям)

IV. Наружная (местная) терапия для восстановления эпидермиса, устранения субъективных ощущений и воспалительной реакции кожи, лечения и профилактики вторичной инфекции: примочки, эмульсии, лосьоны, болтушки, пасты, кремы, присыпки, мази, гели.

Профилактика атопического дерматита — важнейшее звено в общем комплексе лечебно-профилактических мероприятий при этом заболевании. Знание современных аспектов этиологии и патогенеза АтД позволило нам сформулировать основные принципы профилактики АтД, основанные на учении о факторах риска. Среди них выделяют эндогенные и экзогенные факторы, а также фоновые состояния выступающие в роли усугубляющих действие этих факторов риска атопического дерматита. Основные принципы профилактики АтД предусматривают выделение первичной и вторичной профилактики.

Первичная профилактика АтД состоит в предупреждении сенсibilизации ребёнка, особенно в семьях, где есть наследственная предрасположенность к аллергическим заболеваниям

Вторичная профилактика основывается на предупреждении манифестации заболевания и/или его обострений у сенсibilизированного ребёнка. Профилактика АД состоит также в адекватном лечении детей с начальными проявлениями заболевания (подробнее см. в Приложении 1).

1.8. Сестринский уход за больным ребёнком

Возможные проблемы пациента:

- ✓ Нарушение питания.
- ✓ Нарушение целостности кожи, слизистых.
- ✓ Дискомфорт из-за зуда.
- ✓ Нарушение сна.
- ✓ Высокий риск присоединения вторичной инфекции.
- ✓ Психоэмоциональная лабильность.
- ✓ Высокий риск развития аллергических заболеваний.

Возможные проблемы родителей:

- ✓ Дефицит информации о заболевании.
- ✓ Трудность в создании и поддержании гипоаллергенного быта
- ✓ Организация и обеспечение ребенка гипоаллергенной диетой.
- ✓ Чувство бессилия и вины.
- ✓ Страх за ребенка, неуверенность в благополучном исходе заболевания.
- ✓ Ошибки воспитания (потворствующая гиперопека).

Сестринский процесс при атопическом дерматите будет включать в себя 5 этапов.

1 этап. Сбор информации о пациенте.

Субъективные методы обследования.

Характерные жалобы: беспокойство, нарушение сна, нарушение аппетита, кожный зуд, сухость, шелушение, различные высыпания, отеки, локальные или распространенные гиперемия на коже: упорные опрелости (у детей первых месяцев жизни).

Анамнез заболевания: начало острое или постепенное, чаще в грудном возрасте. *Анамнез жизни:* заболевший ребенок из группы риска, наличие аллергических заболеваний у родителей и/или родственников.

Объективные методы обследования.

Осмотр: ребенок беспокойный, раздражительный, кожный зуд. Опрелости в области ягодиц и промежности: гнейс на бровях и волосистой части головы, гиперемия и шелушение, мелкие чешуйки на коже щёк: мокнувшие трещины, эрозии; полиморфные высыпания, пятна, везикулы, папулы, мелкая узелковая сыпь, наполненная серозным содержимым.

Результаты методов диагностики: общий анализ крови - эозинофилия, лейкоцитоз, лимфоцитоз; скарификационные кожные пробы - выявляются причинно-значимые аллергены.

2 этап. Выявление проблем больного ребенка.

Существующие проблемы. Кожный зуд (обусловлен аллергическим воспалением кожи и слизистых оболочек). Патологические изменения на коже (отек, гиперемия, мокнутие или сухость, высыпания). Обильные слизистые выделения из носа. Неустойчивый стул, метеоризм.

Потенциальные проблемы. Прогрессирование заболевания в более тяжелое течение; риск вторичного инфицирования.

3-4 этапы. Планирование и реализация ухода за пациентом в условиях стационара Цель ухода: не допустить развития выраженной клинической картины заболевания, появления осложнений; обеспечить максимальный комфорт больному ребенку.

Сестринский уход при атопическом дерматите представлен в таблице 1.

Таблица 1.

Сестринский уход при атопическом дерматите

План сестринских вмешательств	Обоснование
1. Информировать родственников о заболевании, возможных последствиях	<ul style="list-style-type: none"> • Обеспечивается право родственников на информацию • Родственники понимают целесообразность выполнения всех мероприятий ухода
2. Научить маму вести "пищевой дневник"	<ul style="list-style-type: none"> • С его помощью можно выявить индивидуальный аллерген ребёнка и в последующем устранить его
3. Исключить возможный контакт ребёнка с пищевыми и другими видами аллергенов	<ul style="list-style-type: none"> • При атопическом дерматите дети склонны к аллергии
4. Ограничить употребление ребёнком соли и жидкости	<ul style="list-style-type: none"> • Профилактика и схождение отёков. Дети склонны к задержке жидкости в организме.
5. Следить за строгим соблюдением гигиены кожи и слизистых оболочек ребёнка.	<ul style="list-style-type: none"> • "Шок-органом" при АтД являются кожа и слизистые оболочки, следовательно, они часто и значительно поражаются.
6. Обучить родственников ребёнка проводить дополнительные гигиенические мероприятия при развитии кожных проявлений	<ul style="list-style-type: none"> • Дополнительные мероприятия ухода обеспечивают максимальный комфорт больному ребёнку, предохраняют от присоединения

заболевания	гнойничковых заболеваний кожи.
7. Организовать ребёнку охранительный режим.	<ul style="list-style-type: none"> У детей повышена нервная возбудимость.
8. Провести мероприятия по профилактике присоединения инфекционных и простудных заболеваний.	<ul style="list-style-type: none"> Дети, страдающие АтД, относятся к группе часто болеющих детей в связи со значительным снижением иммунитета.

Таблица 2.

Примерная схема заполнения «пищевого дневника».

Время приема пищи	Продукты (какие, сколько)	Симптомы со стороны кожи	Изменение характера стула	Нарушение общего состояния

5 этап. Оценка эффективности ухода.

При правильной организации сестринского ухода наступает улучшение общего состояния ребенка.

Какая же информация нужна медсестре для организации качественного ухода за пациентом? Для медсестры важны не столько причины нарушения функций органов и систем(инфекция, аллергия), сколько внешние проявления заболевания.

Медицинская сестра должна самостоятельно выполнять сестринский процесс, уход, согласно требованию уровня своей подготовки.

Медицинская сестра должна знать причины, пути заражения, основные клинические проявления, деонтологические особенности при этих заболеваниях, принимать участие в профилактических мероприятиях(профилактические осмотры, санпросветработа)

При исследовании кожи обращают внимание на:

-Цвет кожи и видимых слизистых (бледность, гиперемия, цианоз, желтушность);

-Наличие сыпи, ее локализацию, размер и количество элементов, их форму, цвет, время появления;

-Состояние кожных складок (гиперемия, мацерация);

-При пальпации определить: влажность, температуру, чувствительность кожи

Перечень сестринских диагнозов при дерматозах : боль, жжение, зуд кожи, зуд слизистых оболочек, высыпания, отек кожи, мокнутие кожи.

Основные дефекты организации специализированной медицинской помощи больным с хроническими дерматозами:

-Остаётся значительным удельный вес случаев повторных госпитализаций в течение одного года;

-Крайне низок удельный вес больных с хроническими дерматозами, получивших санаторно-курортное лечение;

Общие принципы диспансеризации

- Первые профилактические осмотры проводят один раз в месяц, в дальнейшем 3-4 раза в год;
- Приглашение на осмотр, в случае неявки в установленный срок, можно делать по телефону, по почте или через патронажную сестру;
- Срок наблюдения определяется характером заболевания.

Комплекс форм и методов диспансеризации

- Составление индивидуального плана лечения каждого конкретного больного;
- Медикаментозное лечение, диетическое питание, физиотерапевтическое и санаторно-курортное лечение;
- Оздоровление условий труда и быта (устранение вредных бытовых привычек, различных производственных факторов, способствующих возникновению и поддержанию того или иного дерматоза);
- Систематический контроль за осуществлением всех намеченных мероприятий

Комплекс форм и методов диспансеризации;

- Существенной частью диспансеризации является систематическое наблюдение и периодические осмотры больных не только в период активных проявлений болезни, но и в периоды ремиссий и после окончания лечения;
- Опыт показывает, что после «излечения» пациенты очень часто не являются в назначенные сроки, поэтому необходимо проводить разъяснительную и воспитательную работу с больными, подлежащими диспансеризации .

Объективными показателями эффективности диспансеризации служат:

- уменьшение числа больных
- снижение количества рецидивов
- ослабление их тяжести и продолжительности
- снижение показателя заболеваемости с временной утратой трудоспособности

1.9. Особенности питания

Грамотное питание детей при atopическом дерматите - залог их выздоровления. Если у ближайших родственников ребенка наблюдается аллергия в какой-либо форме, то будущей матери нужно позаботиться о здоровье еще не родившегося малыша, а именно начать соблюдать специальную диету. Это позволит сократить риск рождения ребенка, которому будет поставлен диагноз atopический дерматит.

В рационе будущей, так и кормящей мамы должны присутствовать кисломолочные продукты. Они поддерживают микрофлору, укрепляют иммунитет, нормализуют пищеварение. Из мяса отдают предпочтение крольчатине, индейки, телятине и говядине. Растительное масло лучше использовать оливковое или рапсовое. Каши варят на воде, овощных бульонах или не жирном молоке (можно молоко разбавлять водой). Ягоды, фрукты и овощи рекомендуется употреблять зеленых и белых сортов. Желательно исключить продукты красной и ярко оранжевой окраски. Если у

малыша на грудном вскармливании наблюдается жидкий стул, то ягоды и овощи подвергают тепловой обработке. Исключить из рациона копчености, острые и жареные блюда, сладости, цитрусы, кофе, крепкий чай, спиртные напитки.

Диета для детей до 1 года.

Именно грудное молоко является лучшей пищей для малыша. Благодаря естественному питанию у ребенка повышаются защитные силы организма, возрастает сопротивляемость к инфекциям. Если же потребность в дополнительном вскармливании все же возникла, прикорм ребенку нужно вводить, соблюдая основные правила и под присмотром педиатра.

Рекомендованные прикормы: Первый прикорм вводится с 4,5 - 5 месяца, это монокомпонентное овощное пюре из кабачков, белокочанной капусты, патиссонов, цветной капусты, брокколи, тыквы светлоокрашенной и других овощей зеленой и белой окраски. К овощному пюре добавляется растительное масло (оливковое, кукурузное, подсолнечное):

Второй прикорм вводится с 5,5 - 6 месяцев в виде безмолочной каши из гречневой, кукурузной, рисовой, ячневой, овсяной крупы. Каши разводятся водой или получаемыми молочными смесями. Кашу давать 1 раз в день, и каждый раз из разной крупы: с 5,5 - 6 месяца вводится мясное пюре из дважды вываренного мяса (говядина); третий вводится с 8 - 9 месяца в виде второго овощного пюре или овощекрупяного блюда (кабачки с рисовой крупой, цветная капуста с гречкой). Мясной бульон противопоказан. Супы лучше готовить вегетарианские. Соки только из зеленых сортов яблок.

Большие трудности возникают при наличии аллергии к коровьему молоку у детей раннего возраста. Как альтернатива коровьему молоку и смесям на его основе для кормления детей первого года жизни могут быть использованы питательные смеси на основе изолята белка сои («Беллакт-соя» (Беларусь), «Нутрилаксоя» (Россия) и пр.). Из питания ребенка с аллергией к коровьему молоку важно исключить не только молочные продукты в любом виде (молоко, творог, сыр, молочные йогурты, а также

сорта хлеба, выпечки и макарон с добавлением молока), но и говядину, телятину, говяжью печень, ограничить сметану, цельное сливочное масло.

Диетотерапия у детей старше 1 года.

Из рациона детей исключаются причинно-значимые аллергены и назначается индивидуальная диета - безмолочная, безлаковая, без яиц и т. д.

Из гипоаллергенной диеты должны исключаться экстрактивные вещества, острые приправы, горчица, хрен, перец, соленые блюда, так как они вызывают реактивную гиперемия слизистой оболочки желудочно-кишечного тракта и повышают проницаемость ее для пищевых аллергенов. Исключить экстрактивные вещества можно путем замены мясных бульонов супами на овощных отварах, жареных овощей и мяса - вареными и приготовленными на пару. Важно исключить из неспецифической гипоаллергенной диеты блюда и продукты, в состав которых входят консервированные продукты, копчености, сладкие творожные сырки с добавлением ванилина. Не обладая специфической аллергенной активностью, ряд пищевых добавок (красители, консерванты, специи) вызывают аллергоподобные симптомы путем неспецифической либерации биологически активных веществ (гистамина, серотонина, кининов) из тучных клеток. Важно не включать в питание продукты содержащие красители, фруктовые эссенции (фруктовые напитки, торты, пирожные), не следует разрешать детям жевать жевательные резинки.

Неспецифическая гипоаллергенная диета назначается в начале обследования ребенка до получения клинических и лабораторных данных и предусматривает исключение облигатный и предполагаемых аллергенов. Индивидуальная диета строится на основе неспецифической гипоаллергенной диеты с исключением выявленных причинно-значимых и облигатных аллергенов поддерживающих клинические проявления пищевой аллергии и вызывающих обострение болезни.

В период клинических проявлений АтД диета должна быть максимально строгой, элиминация не только причинно-значимых, но и

перекрестно реагирующих аллергенов. В стадии ремиссии рацион ребенка постепенно расширяется за счет ранее исключенных продуктов и блюд.

Адекватно подобранное питание на начальных стадиях атопической экземы ускоряет ремиссию, а при тяжелом течении способствует улучшению состояния ребенка. Иногда целесообразно придерживаться строгой диеты длительное время: от несколько месяцев до двух лет.

ГЛАВА2. Анализ статистических данных и результатов социологического опроса на примере Селенгинской объединённой аймачной больницы

2.1 Анализ статистических данных заболеваемости атопическим дерматитом

В практической части дипломной работы нами была проанализирована заболеваемость атопическим дерматитом по статистическим данным Селенгинской объединённой аймачной больницы за 2015-2017 годы. По итогам сравнительного анализа нами сформулированы следующие выводы:

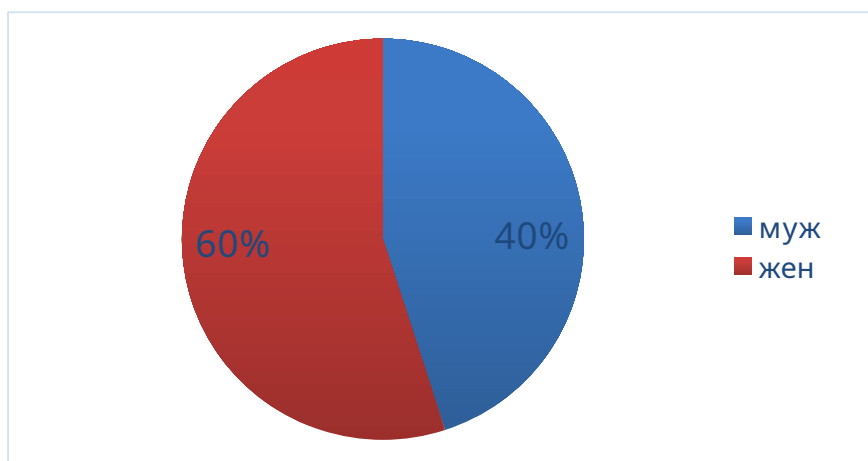


Рис 2.1.1 Распределение по полу.

Вывод: По статистическим данным из диаграммы мы видим, что атопическим дерматитом мужчины болеют больше, чем женщины.

По итогам анализа заболеваемости атопическим дерматитом за 2015-2017г. Мы пришли к выводу, что количество больных атомическим дерматитом в Селенгинском аймаке увеличивается с каждым годом, если в 2015 году всего состояло на учете 114 человек, то в 2016 году уже 121 человек, а в 2017 году на учете состоит 157 человек.

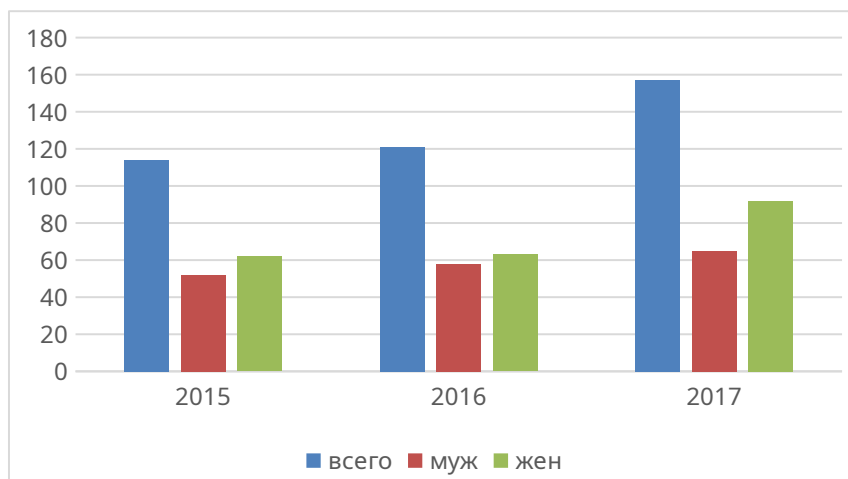


Рис 2.1.2

Вывод: Из данных диаграммы мы видим, что

Общие сведения больных атомический дерматит по возрасту 2017г

Возраст больных атомическим дерматитом

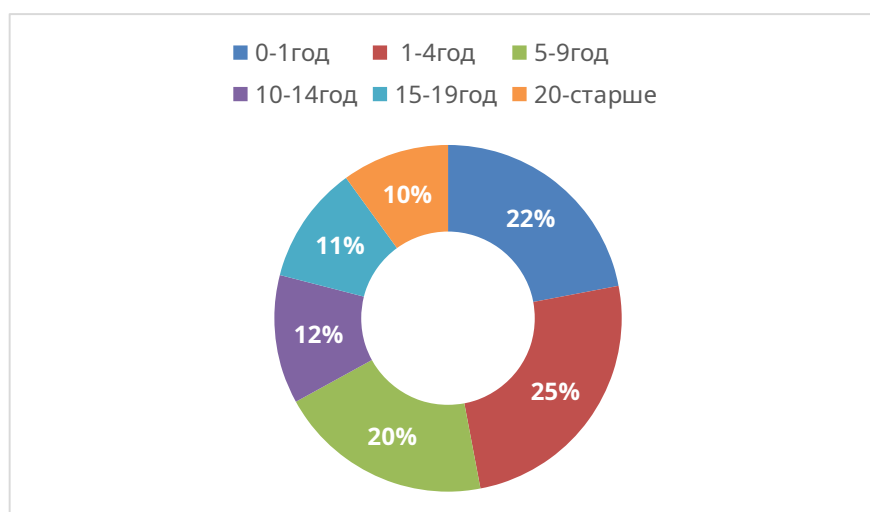


Рис 2.1.3

Вывод: Как мы видим из данного рисунка, основной контингент более подверженных заболеванию атомический дерматит выпадает на долю дети в возрасте от(1-4лет) и среднего возраста (0-1год.)

2.2 Анализ результатов анкетирования пациентов Селенгинской объединённой аймачной больницы

В ходе прохождения практики была разработана анкета для выявления наиболее часто встречающихся аллергенов и предрасположенности к atopическому дерматиту (см. Приложение 3). Всего в анкетировании приняли участие 20 респондентов. Из них 17 респондентов женского пола и 3 респондента мужского пола.

По результатам проведенного анкетирования были получены следующие данные.

1. На вопрос: «В каком возрасте появились первые признаки аллергии у вашего ребенка? Были получены ответы:

«на 1 году жизни» - ответили 7 респондентов, что составило 35% от общего количества опрашиваемых респондентов;

«до 3 лет» - ответили 11 респондентов, что составило 55%;

«до 5 лет» - ответили 2 респондента, что составило 10%.

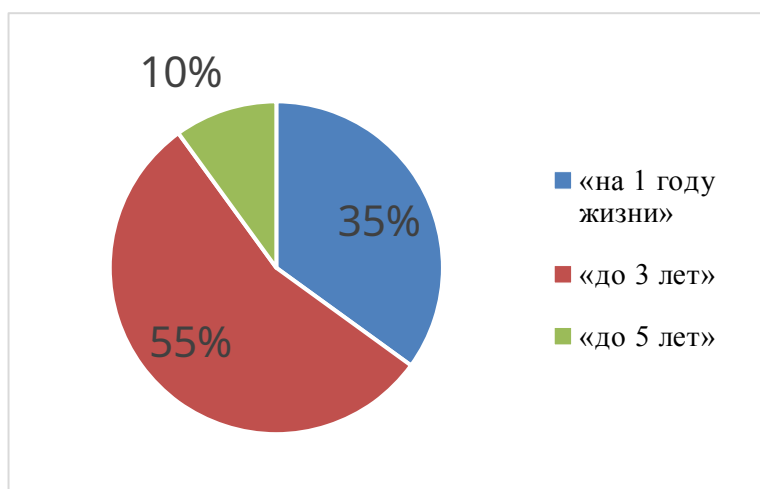


Рис.2.2.1. Возраст проявления аллергии

Вывод: Большинство респондентов ответили, что первые признаки аллергии появились до трех лет жизни.

2. На вопрос: «Чем проявлялась аллергическая реакция (чихание, зуд, кашель, выделение из носа, сыпь на коже)?» респонденты ответили следующим образом:

«Чихание, зуд» - ответили 2 респондента (10%);

«Кашель» - ответили 5 респондентов (25%);

«Выделение из носа»-4 респондента (20%);

«Сыпь на коже» -ответили 9 респондентов (45%).

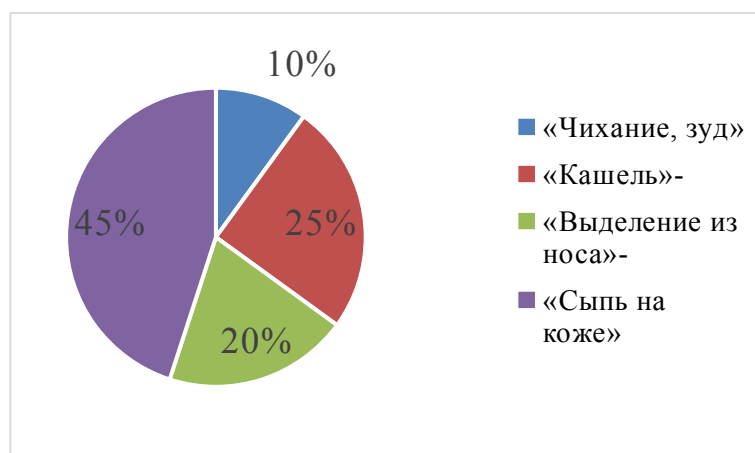


Рис.2.2.2 Проявления аллергической реакции

Вывод: У большинства респондентов первыми проявлениями атопического дерматита была сыпь на коже.

3. Ответы вопроса «На что у Вас возникает аллергическая реакция (пищевые продукты, лекарственные средства, пыль, растения, химические вещества: косметика, порошки, животные)?» распределились следующим образом: 39% респондентов ответили, что пищевые продукты, 24% респондентов ответили, что основной причиной аллергии стали лекарственные препараты, 2% респондентов ответили, что причиной стали растения, 18% респондентов ответили что пыль, 26% респондентов ответили – шерсть животных.

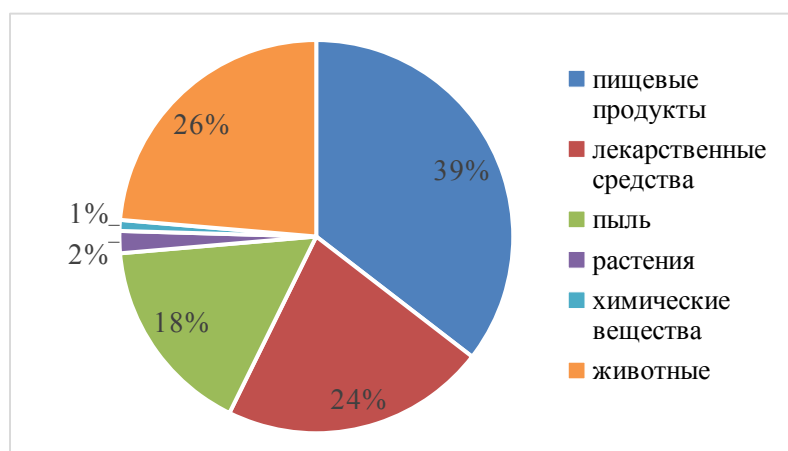


Рис.2.2.3. Причина аллергической реакции

Вывод: Наиболее частыми аллергенами, на которые возникает аллергическая реакция являются пищевые продукты и животные.

4. На вопрос: «Есть ли аллергические заболевания у близких родственников?» 55% респондентов ответили «Да», и 45% респондентов ответили «Нет» .

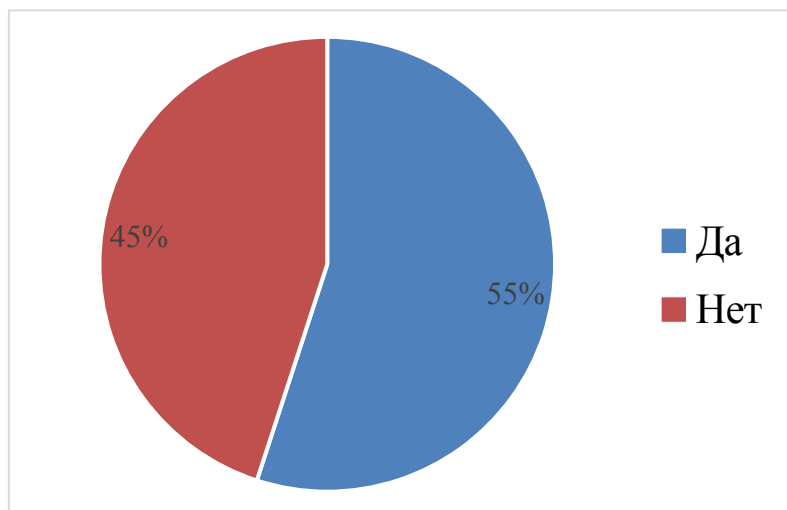


Рис.2.2.4. Наследственная предрасположенность

Вывод: У 55% детей наблюдается наследственная предрасположенность к развитию аллергических заболеваний.

5. На вопрос: «Вы живете рядом с промышленными предприятиями?»

Да _____ Нет _____

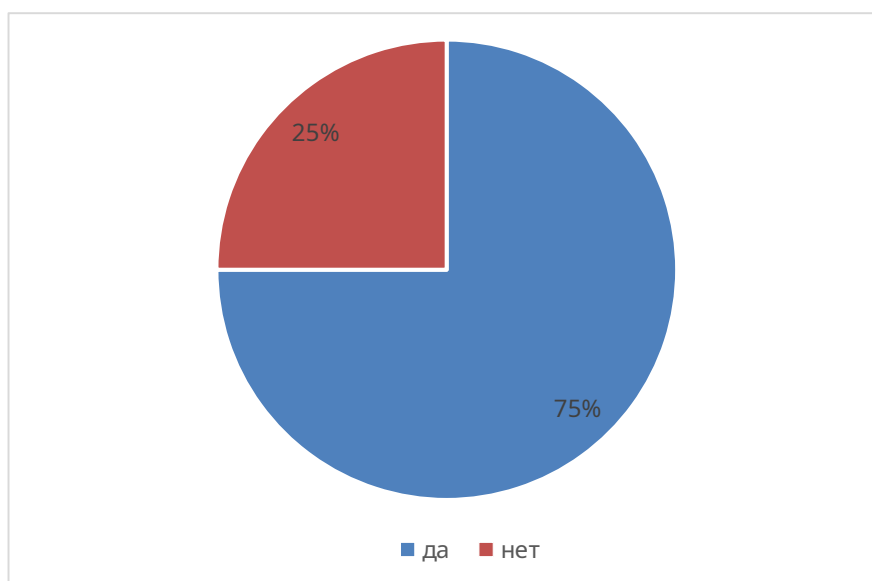


Рис.2.2.5 Удаленность от промышленных предприятий на.

Вывод: Таким, образом, большинство респондентов, не проживающих рядом с промышленными предприятиями, не оказывает вредного воздействия атмосферный загрязненный воздух.

6. На вопрос: «Находились ли у Вас в квартире домашние животные, птицы, рыбки до появления аллергии?» ответы распределились следующим образом:

Да _____ Нет _____

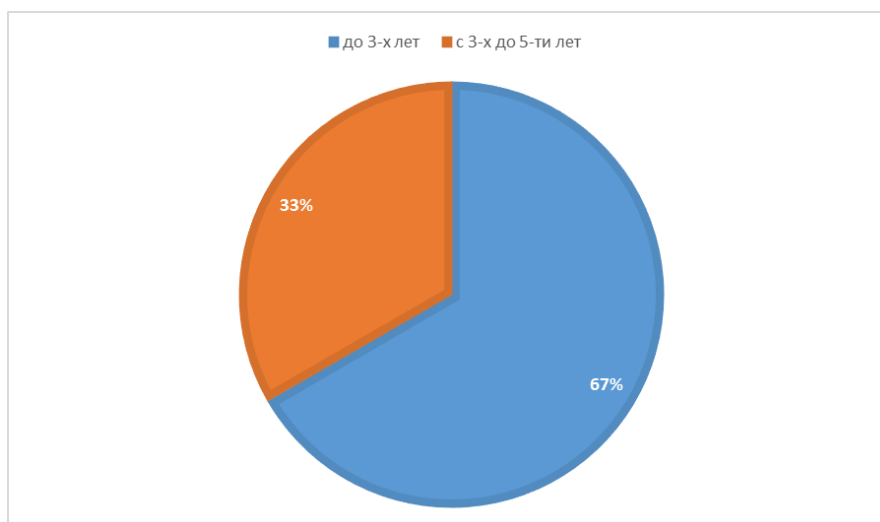


Рис.2.2.6

Рисунок 4 – В каком возрасте появились первые признаки аллергии?

Вывод: Диаграмма подтверждает данные статистики о том, что аллергические заболевания у детей диагностируются преимущественно в первые три года жизни.

7. На вопрос: Часто ли Вы болеете? “Да или Нет”

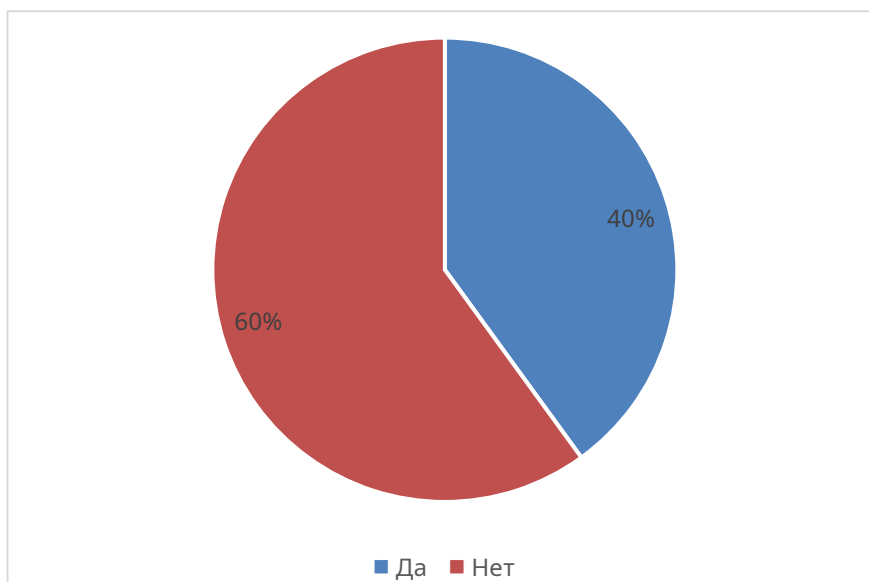


Рис.2.2.7

Вывод: 60% респондентов ответили “Нет”, и 40% ответили “Да”.

8. На вопрос: Рассказывали ли вам медицинская сестра о правилах ухода за кожей и слизистыми?

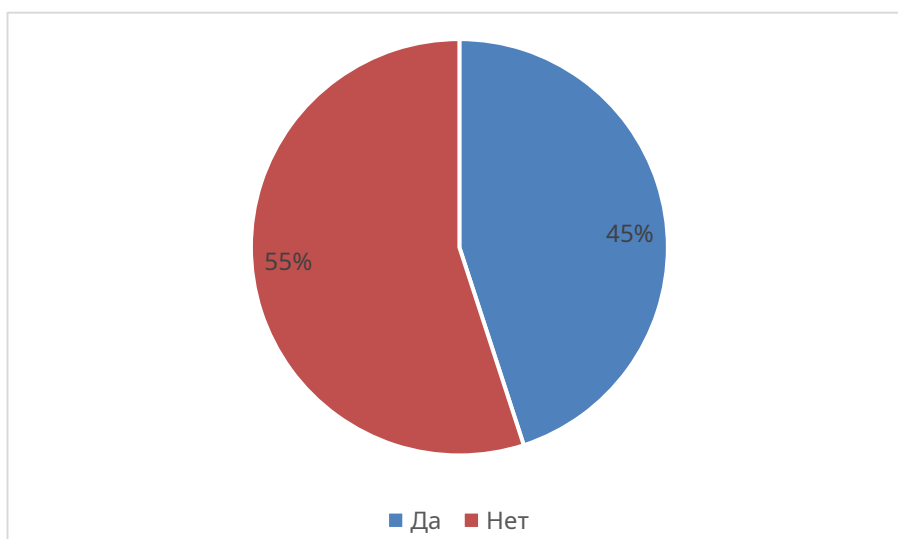


Рис2.2.8

Вывод: 45% человек ответили “Да”, а 55% человек ответили “Нет”.

9. На вопрос: Проводилось ли с вами беседа о правилах питания ребенка при заболевании атопическим дерматитом?

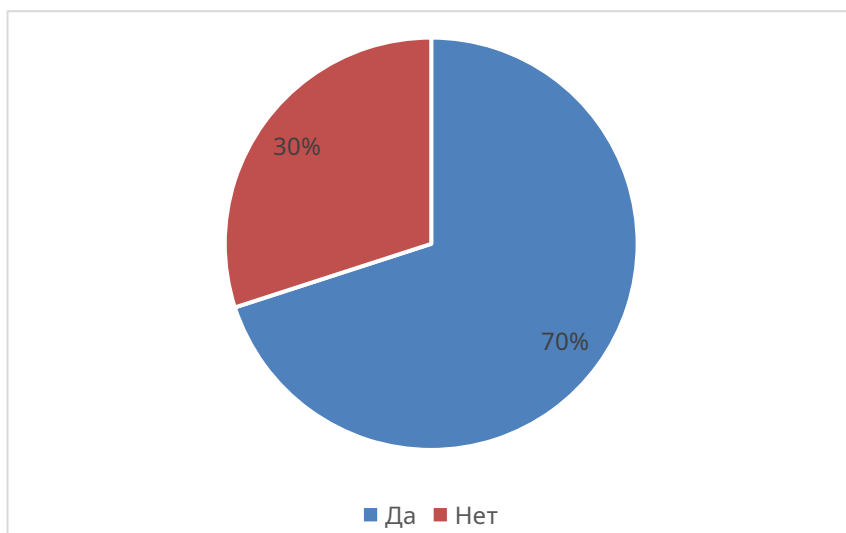


Рис2.2.9

Вывод: 70% человек отметили “Да”, а 30% человек отметили “Нет”.

Особенностью ухода и питания у детей с аллергическим дерматитом сказывается на результате лечения в стационаре, но не менее важно, чтобы этот положительный результат закреплялся и в домашних условиях. Для этого нами были составлены памятки, которые будут напоминать об особенностях питания и ухода при атопических дерматитах.

Заключение

Изучив данную тему, можно сделать вывод, что атопический дерматит – это описание состояния кожи, описание некоего симптома, к появлению которого могут привести разные причины, разные заболевания или состояния организма. Атопический дерматит встречается во всех странах, у людей разного возраста, чаще болеют женщины. В последнее время отмечается рост заболеваемости детей атопическим дерматитом. Связано это и с загрязнением окружающей среды, и с продуктами питания, и психоэмоциональными нагрузками. Другими причинами называют укорочение сроков грудного вскармливания, искусственное вскармливание, токсикоз и погрешность питания матери во время беременности и периода лактации, а также, вредные привычки. Атопический дерматит может возникнуть как следствие неблагоприятных метеорологических факторов (недостаточного облучения светом, резкого перепада температуры, влажности воздуха и др.).

На медицинской сестре лежит обязанность научить родителей правилам ухода за детьми с атопическим дерматитом. Если действия медицинской сестры будут последовательны и грамотны, то улучшение состояния ребёнка и его выздоровление будут неизбежны. Исходя из выше сказанного, чтобы уберечь себя и своих близких от данной проблемы, необходимо следовать некоторым правилам и рекомендациям, соблюдая которые, можно избежать множество физических, моральных и материальных проблем.

Цели и задачи данной дипломной работы нами выполнены. Рассмотрены вопросы этиологии, факторов риска, клинических проявлений, диагностики и профилактики заболевания-атопический дерматит, а также разработаны профилактические рекомендации для предотвращения появления осложнений.

Список использованной литературы

1. Аллергология и иммунология. Клинические рекомендации для педиатров / Под общей редакцией А. А. Баранова и Р. М. Хаитова. – Москва, 2012. - 233 с.
2. Атопический дерматит: новые подходы к профилактике и наружной терапии. Рекомендации для врачей /Под ред. Ю.В. Сергеева — М.: Медицина для всех, 2012. — 64 с.
3. Альбанов В. Наружное лечение атопического дерматита //Медицинская газета от 31.01.2003г
4. Атопический дерматит у детей. Руководство для врачей/ Под ред. Н.Г.Короткого. — Тверь: Триада, 2003. — 238 с.
5. Галямова Ю.А., Чернышова М.П. Распространенность атопического дерматита среди детей российской федерации//Вопросы современной педиатрии. -2009.-№2.-С.122-123
6. Грэхем – Браун Р. Практическая дерматология / Робин Грэхем – Браун, Джонни Бурк, Тим Канлифф: пер. с англ.: под.общ.ред.проф. Н.М.Шаровой. - М.: МЕДпресс – информ,2011. -360 с.
7. Дерматовенерология,2008/ Под ред.А.А. Кубановой.- М.:ДЭКС-ПРЕСС,2008.-368с.(Клинические рекомендации/Российское общество дерматовенерологов).
8. Запруднов А.М., Григорьев К.И. 4-е изд., перераб. и доп. Общий уход за детьми: учебное пособие.2013. -416с.

9. Зудин Б.И., Кочергин Н.Г., Зудин А.Б. Кожные и венерические болезни: учеб. для мед. училищ и колледжей // Б.И. Зудин, Н.Г. Кочергин, А.Б. Зудин. - 2-е изд., перераб. и доп. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. - 288 с
10. Иванов О.Л., Львов А.Н., Миченко А.В. Атопический дерматит: современные представления. // Русский Медицинский журнал. 2007. - №19. - С.1362
11. Караулов А.В., Сидоренко И.В., Захаржевская Т.В. и др. Пищевая детей // Успехи клин иммунол. М., 2001. — Т.2. — С.97-108.
12. Корягина Н.Ю. и др.//Под ред. Сопиной З.Е. Организация специализированного сестринского ухода: учебное пособие..2013-464с.
13. Намазова – Баранова Л.С. Аллергия у детей: от теории к практике: - М.: союз педиатров России,2010 – 2011. - 668с.
14. Общий уход за детьми: руководство к практическим занятиям и сестринской практике: учеб. пособие / А.М. Запруднов, К.И. Григорьев [Электронный ресурс]. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 512 с.: ил.- Режим доступа: <http://www.studmedlib.ru/ru/index.html>
15. Организация сестринской деятельности: учебник / под ред. С. И. Двойникова [Электронный ресурс].- М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 528 с.- Режим доступа: <http://www.studmedlib.ru/ru/index.html>
16. Организация специализированного сестринского ухода: учебное пособие. Корягина Н.Ю. и др. / Под ред. З.Е. Сопиной [Электронный ресурс].- М.:ГЭОТАР-Медиа, 2013. - 464 с.:ил.- Режим доступа: <http://www.studmedlib.ru/ru/index.html>
17. Педиатрия. Рабочая тетрадь: учебное пособие / Тарасова И.В., Назирбекова И.Н., Стеганцева О.Н., Ушакова Ф.И. [Электронный ресурс] М.:ГЭОТАР-Медиа,2010. - 200 с.: ил.- Режим доступа: <http://www.studmedlib.ru/ru/index.html>
18. Практическое руководство к предмету Основы сестринского дела : учеб. пос. Мухина С.А., Тарновская И.И. [Электронный ресурс] .- 2-е

- изд., испр. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 512 с. : ил.- Режим доступа: <http://www.studmedlib.ru/ru/index.html>
19. Ройтман Е.И, Сеченева Л.В, Студеникова С.В, Филянская О.Г, Чуваков Г.И Классификация детских болезней: Учебное пособие/Авт.-сост.: НовГу им. Ярослава Мудрого. - Великий Новгород.2004. -104с.
 20. Сергеев А.Ю., Караулов А.В., Кудрявцева Е.В. Новые подходы к профилактике атопического дерматита// Русский медицинский журнал. – 2003, Том 11, №1. – С. 3–6.
 - 21.Скрипкин Ю.К., Кубанова А. А., Акимов В. Г. «Кожные и венерические болезни» Москва "ГЭОТАР-Медиа" 2012. -538с
 22. Современная стратегия терапии атопического дерматита: программа действий педиатра. Согласительный документ Ассоциации детских аллергологов и иммунологов России. – Москва, 2004.
 23. Спринц А.М. Основы сестринского дела: учебник. 2009.-460 с.
 24. Сестринское дело в педиатрии: руководство / Качаровская Е.В., Лютикова О.К. [Электронный ресурс].- М.:ГЭОТАР-Медиа, 2013. - 128 с.- Режим доступа: <http://www.studmedlib.ru/ru/index.html>
 - 25.Сергеев Ю.В. Атопический дерматит (руководство для врачей). – М., 2012. - 183 с.
 - 26.Тульчинская В. Д. Сестринское дело в педиатрии / В. Д. Тульчинская, Н. Г. Соколова, Н. М. Шеховцова; под ред. Р. Ф. Морозовой. – Изд. 20-е, испр. – Ростов н/Д: Феникс, 2015. - 383 с
 27. Хаитова М. Аллергология иммунология//Национальное руководство – М.: Гэотар–медиа, 2009. -С.436-456.
 28. Чеботарев В.В., Караков К. Г., Чеботарева Н. В., Одинец А. В. «Дерматовенерология» Москва «ГЭОТАР – Медиа 2012. -271 с.
 - 29.<https://ru.wikipedia.org> . - Википедия. Свободная энциклопедия.
 - 30.<http://www.medcetre.ru> / - Сайт-блог для медицинских сестёр.
 31. <http://sestrinskoe-delo.ru/> Статьи и учебные материалы для студентов, обучающихся по специальности - Сестринское дело.

32. <http://lechimsya-prosto.ru/dieta-pri-atopicheskom-dermatite> - Медицинский портал.
33. <https://ru.wikipedia.org/wiki/Атопии> . Атопии.
34. https://ru.wikipedia.org/wiki/Атопический_дерматит / atopicheskom-dermatite/ Атопический дерматит
35. https://ru.wikipedia.org/wiki/Сестринское_дело_при_атопическом_дерматите.
Сестринское дело при атопическом дерматите.

Приложение 1.

"Программа профилактики для больных атопическим дерматитом"

МЕРЫ ПРОФИЛАКТИКИ	ВИД ПРОФИЛАКТИКИ		
	ПЕРВИЧНАЯ ПРОФИЛАКТИКА		ВТОРИЧНАЯ ПРОФИЛАКТИКА
	Аntenатальная	Постнатальная	
	<ul style="list-style-type: none"> • Рациональное ведение беременности • Исключение воздействия профессиональных факторов • Профилактическая диета • Рациональное ведение родов 	<ul style="list-style-type: none"> • Ограничение медикаментозной терапии новорожденного к кормящей матери • Диетотерапия новорожденного • Диета кормящей матери • Коррекция сопутствующей патологии • Правильный уход за кожей новорожденного • Индивидуальный подход к проведению профилактических прививок • Режим антигенного щажения 	<ul style="list-style-type: none"> • Элиминация провоцирующих факторов • Коррекция сопутствующей патологии • Превентивная фармакотерапия (задитен, антигистаминные препараты, транквилизаторы) • Поддерживающая наружная терапия • Диетотерапия • Психотерапия • Социально-бытовая адаптация • Профессиональная ориентация • Обучение пациента и его родителей • Профилактический режим • Курортотерапия • Климатотерапия • Физиотерапия • Медицинская экспертиза • Участие общественных организаций в защите интересов больных атопическим дерматитом

Приложение 2.

Рекомендации больному ребёнку после выписки

- Соблюдать гипоаллергенную диету.
- Поддерживать в помещении температуру воздуха не выше +23 °С и относительную влажность не менее 60 %.
- Удалить источники пыли из комнаты больного (ковры, книги, перьевые подушки), минимум мебели. Ежедневная влажная уборка.
- Удалить очаги возможного образования плесени (швы в ванной, линолеум, обои, растения в горшках).
- Удалить всех домашних животных (при невозможности — мыть животных еженедельно).
- Ограничить или полностью прекратить использование различных раздражающих средств (стиральные порошки, синтетические моющие средства, растворители, клеи, лаки, краски и т. п.).
- Прекратить носить одежду из шерсти и синтетических материалов (или носить её только поверх хлопчатобумажной).
- Ограничить интенсивные и чрезмерные физические нагрузки.
- Стараться не нервничать, нивелировать стрессовые ситуации.
- Не расчёсывать и не растирать кожу (у маленьких детей полный запрет расчёсывания может привести к психическим травмам).
- Применять для купания слабощелочное или индифферентное мыло (ланолиновое, детское) и высококачественные шампуни, не содержащие искусственных красителей, отдушек и консервантов.
- Использовать при купании мягкие мочалки из ткани.

Анкета

Уважаемый респондент!

Просьба, ответить на приведенные ниже вопросы как можно более искренне и полнее. Для этого, Вам нужно внимательно прочитать вопрос. Анонимность респондентов (опрашиваемых) гарантируется. Вся информация будет использована для анализа данных при написании дипломной работы.

Ваш пол: мужской _____ женский _____

1. В каком возрасте появились первые признаки аллергии у вашего ребенка?

-на 1 году жизни

-До 3 лет

- До 5 лет

2. Чем проявлялась аллергическая реакция (чихание, зуд, кашель, выделение из носа, сыпь на коже)? Нужно подчеркнуть или добавить.

3. На что у Вас возникает аллергическая реакция (пищевые продукты, лекарственные средства, пыль, растения, химические вещества: косметика, порошки, животные)? Нужно подчеркнуть или добавить.

4. Есть ли аллергические заболевания у близких родственников?

Да _____ Нет _____

Если есть, то укажите какие

5. Вы живете рядом с промышленными предприятиями?

Да _____ Нет _____

6. Находились ли у Вас в квартире домашние животные, птицы, рыбки до появления аллергии?

Да _____ Нет _____

7. Часто ли Вы болеете?

Да _____ Нет _____

8. Рассказывала ли Вам медицинская сестра о правилах ухода за кожей и слизистыми?

Да _____ Нет _____

9. Проводилась ли с Вами беседа о правилах питания ребенка при заболевании атопическим дерматитом?

Да _____ Нет _____

Спасибо за участие!!

Схема ведения пищевого дневника у ребёнка 2-х лет

Время приёма пищи (дата, время)	Меню - раскладка	Объём пищи (г)	Симптомы, время их появления	Оценка
Понедельник				
8 час.	Каша гречневая, топленое масло, хлеб пшеничный, масло сливочное, сыр, чай с сорбитом	200,0/5,0 20,0/3,0 50,0/3,0	Приступообразный кашель с 9 час.	
12 час.	Суп овощной вегетарианский (капуста, картофель, лук репчатый, укроп), каша овсяная, масло топленое, фрикадельки паровые из говядины, настой шиповника с сорбитом, хлеб ржаной	100,0/3,0 200,0/5,0 60,0 60,0/5,0	Кашель возобновился в 13 часов, дан супрастин	
16 час.	Кефир, хлеб ржаной, салат из белокочанной капусты с растительным маслом	200,0/30,0 70,0/3,0	Состояние без ухудшения	
20 час.	Картофельное пюре с растительным маслом, хлеб ржаной, кефир	200,0/5,0 30,0 150,0	Затруднение дыхания в 21 час, дан солутан	Картофель?
Вторник				

8 час.	Каша ячневая. на ½ козьем молоке, масло топлёное, хлеб пшеничный, сливочное масло, чай с сорбитом	200,0/5,0 100,0 20,0/3,0 100,0/5,0	Кашель, свистящие хрипы в 9 часов, дан супрастин	
12 час.	Суп овощной вегетарианский (капуста, репа, лук, гречневая крупя, укроп), каша кукурузная, масло растительное, котлета паровая из говядины; сок сливовый, хлеб ржаной	100,0/3,0 150,0/5,0 60,0 100,0/30,0	Состояние без ухудшения	
16 час.	салат из белокочанной капусты с растительным маслом; кефир, хлеб ржаной	200,0 /30,0	Состояние без ухудшения	



Рис.1. Ювенильный ладонно-подошвенный дерматоз



Рис.2 Хронические дерматозы

Клинические проявления атопического дерматита



Рис. 3 Себорейный тип



Рисунок 4. Нумулярный тип