

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 Сестринского дела

**ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ  
В ПРОФИЛАКТИКЕ АЛЛЕРГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ В ДЕТСКОМ  
ВОЗРАСТЕ**

Дипломная работа студентки

очной формы обучения  
специальности 34.02.01 Сестринское дело  
4 курса группы 03051503  
Мазур Анны Сергеевны

Научный руководитель  
преподаватель О.М. Гричук

Рецензент  
Старшая медицинская сестра  
приемного отделения № 3  
ОГБУЗ «Детская областная  
клиническая больница»  
И.Н. Коробейникова

БЕЛГОРОД 2019

# ОГЛАВЛЕНИЕ

ВВЕДЕНИЕ.....	3
ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ АЛЛЕРГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ .....	6
1.1    Общая характеристика аллергических заболеваний в детском возрасте .....	6
1.2    Этиология патологии.....	8
1.3    Клиническая характеристика заболевания.....	12
1.4    Организация лечебно-профилактической помощи детям с аллергическими заболеваниями .....	18
ГЛАВА 2. МЕДИКО-ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ ПОДХОДЫ К ПРОФИЛАКТИКЕ АЛЛЕРГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ.....	25
2.1    Организационная характеристика базы исследования - ОГБУЗ «Детская областная клиническая больница» .....	25
2.2.    Социологическое исследование «Организация и проведение профилактики аллергических заболеваний в детском возрасте» .....	27
2.3.    Направления повышения эффективности сестринской профилактической помощи.....	37
ЗАКЛЮЧЕНИЕ .....	39
СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ И ЛИТЕРАТУРЫ..	41
ПРИЛОЖЕНИЕ.....	43

## ВВЕДЕНИЕ

В настоящее время аллергические заболевания среди всех возрастных групп населения, в том числе и в детском возрасте, вследствие крайне высокой их распространенности стали глобальной проблемой человечества и превратились не только в медицинскую, но и социальную проблему пандемических масштабов.

**Актуальность темы исследования** определяется тем, что по данным эпидемиологических исследований, проведенным в различных регионах и городах Российской Федерации, аллергические заболевания (АЗ) распространены среди 15% детского населения. Наиболее высокая распространенность АЗ отмечается среди городских детей, и особенно среди детей, проживающих в городах с высоким уровнем загрязнения воздушной среды побочными химическими продуктами промышленного производства и автомобильного транспорта. Выявляется прямая корреляционная зависимость между степенью загрязнения окружающей среды химическими веществами и показателями распространенности атопического дерматита.

К высоким факторам риска возникновения аллергической патологии в детском возрасте относят и отягощенность наследственности аллергическими реакциями и заболеваниями. Кроме того, в развитии аллергических заболеваний у детей важную роль играет пищевая аллергия. В настоящее время отмечается учащение развития и лекарственной аллергии у детей. Наиболее часто ее возникновение отмечается к антибактериальным и белковым препаратам, неспецифическим противовоспалительным средствам, витаминам группы В. В современных условиях отмечается тенденция к более тяжелому течению аллергических болезней у детей.

Многочисленными современными исследованиями доказано, что повышению эффективности терапии детей с аллергическими заболеваниями способствует внедрение образовательных программ для родителей пациентов, так и самих больных детей. Образовательные программы ставят

целью научить родителей и детей контролировать окружающую больного среду, должным образом выполнять лечебные и реабилитационные мероприятия, правильно контролировать эффективность проводимого лечения.

Реализация реабилитационных программ - важное направление в оздоровлении детей с аллергическими заболеваниями. В реабилитации детей с аллергическими заболеваниями существенно значение диспансерного наблюдения за ними.

Высокая частота развития аллергических болезней у детей обуславливает необходимость широкого охвата их профилактическими прививками. Осуществление их в период клинической ремиссии аллергического процесса на фоне противорецидивного лечения способствует благоприятному течению поствакцинального периода и уменьшению частоты обострений аллергических заболеваний, связанных с введением вакцин.

Таким образом, снижению уровня аллергической заболеваемости может способствовать дальнейшее изучение эпидемиологии аллергических болезней и создание на этой основе рациональной системы организации аллергологической помощи детям, выяснение региональных факторов риска возникновения аллергических заболеваний и разработка мер профилактики аллергической патологии в детском возрасте.

**Цель дипломной работы** – определить мероприятия повышения эффективности профилактики аллергических заболеваний среди пациентов детского возраста.

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

1. Провести теоретический анализ медицинской литературы и периодических изданий по проблеме распространенности аллергических заболеваний среди детей.

2. Провести анализ статистических показателей распространенности аллергических заболеваний среди детей.

3. Провести социологический опрос среди родителей пациентов – ОГБУЗ «Детская областная клиническая больница», по результатам которого определить направления повышения эффективности профилактики аллергических заболеваний среди детей.

Для решения поставленных задач использовали **объект исследования** – профилактические мероприятия развития аллергических заболеваний среди детей.

**Методы исследования:**

- научно-теоретический анализ медицинской литературы и периодических изданий по проблеме распространенности аллергических заболеваний среди детей;
- организационный (сравнительный, комплексный) метод;
- социологический (анкетирование, опрос) метод.

**Предмет исследования** – факторы риска развития аллергических заболеваний среди детей.

Теоретическая значимость работы состоит в определении современных статических и клинических данных по проблеме распространенности аллергических заболеваний среди детей разных возрастов.

Практическая значимость заключается в определении мероприятий повышения эффективности профилактики аллергических заболеваний среди пациентов детского возраста.

# ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ АЛЛЕРГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ

## 1.1 Общая характеристика аллергических заболеваний в детском возрасте

Аллергия (от греч. *allos* - другой и *ergon* - действие) - это повышенная чувствительность организма к какому-либо аллергену - веществу, вызывающему патологическую реакцию организма. Под влиянием различных средовых факторов, которые в большинстве случаев являются безвредными, так и внутренних, иммунная система организма дает реакцию на аллергены, которые в большинстве случаев являются безвредными, как на что-то чужеродное [1].

Аллергены – это вещества, в основном белки или низкомолекулярные соединения, которые при первом поступлении в организм, предрасположенный к развитию аллергии, вызывают сенсibilизацию, что подразумевает образование специфических IgE-антител, а при последующих – развитие аллергических реакций.

Различают 2 основные группы аллергенов:

1. неинфекционные – пищевые, бытовые, эпидермальные, пыльцевые, инсектные, лекарственные и другие;

2. инфекционные – грибковые и бактериальные [2].

Среди аллергических патологий самой ранней, согласно статистическим показателям, считается экссудативно-катаральный диатез (ЭКД), который наблюдается у 1/3 детей грудного возраста. Многообразные высыпания на кожных покровах, гиперчувствительность и повышенная восприимчивость слизистых оболочек, снижение устойчивости к инфекционным заболеваниям, частые аллергические реакции и неустойчивость водно-солевого обмена – основные характеристики ЭКД. В

ответ на антигены из окружающей среды организм ребенка выдает гиперактивный иммунный ответ, что и вызывает воспаление кожи и другие клинические проявления [3].

ЭКД развивается в возрасте от 3 до 6 месяцев, заболевание может сохраняться до 1-2 года, в дальнейшем у большинства детей купируется. Еще внутриутробно ребенок может ощутить воздействие аллергенов, попадающих в организм матери. А грудничкам аллергены передаются при грудном вскармливании и вследствие неправильного введения в рацион микроприкормов, прикормов и добавок [4].

П.А. Воробьева в своих исследованиях указывала, что «на фоне ЭКД у детей раннего возраста часто развивается другая аллергическая патология - атопический дерматит (атопическая экзема) (МКБ-10: L20) – это хроническое воспалительное заболевание кожи, сопровождающееся зудом» [1]. По мнению Б.М. Блохина, «данное состояние может продолжаться или повторяться в старшем и зрелом возрасте, что приводит к физическим и эмоциональным расстройствам пациентов и их семей. Чаще всего страдают пациенты, имеющие наследственную предрасположенность. В более старшем детском возрасте заболевание не редко сочетается с другими аллергическими патологиями, такими как бронхиальная астма, аллергический ринит, пищевая аллергия, а также с рецидивирующими кожными инфекциями» [5].

Т.П. Обуховец отмечала, что «в детском возрасте так же встречаются острые аллергические состояния и заболевания: крапивница, отек Квинке, возможно развитие анафилактического шока.

Аллергическая крапивница у детей часто сочетается с респираторными проявлениями аллергии – бронхиальной астмой или аллергическим ринитом.

Отек Квинке (наследственный ангионевротический отек) – состояние, проявляющееся в виде рецидивирующих отеков кожных покровов и слизистых оболочек» [6].

Папаян Е.Г. указывает, что «анафилактический шок — это аллергическая реакция немедленного типа, которая зависит от выработки антител к реагину. Последующий контакт антител с антигеном (аллергеном) приводит к образованию биологически активных веществ (гистамина, простагландинов и др.), что формирует клиническую картину анафилактического шока. Это состояние обусловлено повышением проницаемости сосудов микроциркуляторного русла, спазмом гладкой мускулатуры бронхов, кишечника и других органов, падением тонуса сосудов»[7].

## **1.2 Этиология патологии**

Основными причинами аллергических заболеваний в детском возрасте являются: нерациональное питание с избытком аллергенных продуктов, наследственная предрасположенность, разностороннее воздействие неблагоприятной внешней среды.

Как отмечают исследователи, «самая ранняя аллергическая патология в детском возрасте – экссудативно-катаральный диатез, обусловленный в первую очередь генетическими факторами (наследственная отягощенность характерна для 70-80% детей), возрастными особенностями ферментной системы желудочно-кишечного тракта и иммунологической защиты ребенка, а также неблагоприятным воздействием внешней среды [8].

К факторам риска развития ЭКД относятся: неблагоприятные условия внутриутробного развития ребенка, гипоксия плода, перинатальные повреждения центральной нервной системы (ЦНС), инфекционные заболевания, массивная нерациональная медикаментозная терапия, характер вскармливания.

Согласно классификации, различают иммунные и не иммунные формы диатеза. Иммунная форма ЭКД характеризуется наследственной склонностью к гиперпродукции иммуноглобулинов E (IgE) – реагинов, в



связи с чем развиваются аллергические реакции, появляющиеся с первых дней жизни с непрерывно-рецидивирующим течением кожных проявлений, неэффективностью терапии. Иммунный ЭКД имеет способность в дальнейшем трансформироваться в большинство из аллергических заболеваний.

У большинства детей ЭКД имеет не иммунный генез. Это может быть обусловлено как избытком секреции и освобождением гистамина тучных клеток (либераторный вариант), так и недостаточной его инактивацией (гистаминазный вариант). Восприимчивость к гистамину ткани младенцев выше, чем у детей школьного возраста, и на выделение большого количества гистамина из тучных клеток также могут влиять переохлаждение, дефицит витаминов и различные заболевания (кишечные инфекции, ОРВИ, дисбактериоз и др.).

Факторами, способствующими клиническому проявлению ЭКД, являются, в большинстве случаев, пищевые белки из коровьего молока, яйца, цитрусовые, клубника, злаки и другие пищевые аллергены. Могут страдать от диатеза из-за потребления этих продуктов их матерью дети, находящиеся на грудном вскармливании. Искусственное питание также является одной из причин диатеза. Младенцы реже страдают от аллергического диатеза в 5-7 раз, в отличии детей более старшего возраста»[8].

Если ребенок получает какие-то продукты редко, но в большом количестве, это также может привести к аллергическому диатезу. Например, такое сезонное явление, как ягоды и некоторые фрукты. Не рекомендуется давать ребенку и продукты, не соответствующие его возрасту: креветки, икру и другие. Злоупотребление сладостями, нерациональное и безрежимное питание, избыточное количество острой и соленой пищи в рационе также можно отнести к факторам риска. Заболевание может неожиданно «вспыхнуть» в том случае, если в привычный рацион ребенка вводится много новых продуктов, непривычных организму.

Атопический дерматит может вызываться воздействием различных видов пыли, шерстью домашних животных и другими экзогенными аллергенами, а не только пищевыми аллергенами [4].

Также как ЭКД атопический дерматит развивается у детей с наследственной предрасположенностью, гиперчувствительностью, сенной лихорадкой, астмой, хронической крапивницей и прочими видами экземы. Под воздействием внешних экологических факторов, таких как пыльца, шерсть и эпидермис домашних животных, и внутренних факторов, таких как гормональные нарушения, психоэмоциональные нагрузки течение заболевания может ухудшаться. Приблизительно в 80% случаев дети болеют в возрасте до 5 лет, при этом значительный процент случаев приходится на первое полугодие жизни.

Вызывается атопический дерматит также применением антибиотиков. Современные исследования показывают, что нерациональное применение антибиотиков в раннем детском возрасте увеличивает риск развития экземы на 40% [5].

Основными причинами острых аллергических состояний являются: пищевые продукты, пыльца растений, медикаментозная терапия, шерсть и укусы насекомых.

Рытязева В.И. указывает, что «аллергическая крапивница (крапивная лихорадка, крапивная сыпь, уртикария) — кожное заболевание, дерматит преимущественно аллергического происхождения, характеризующееся быстрым появлением зудящих, плоско приподнятых бледно-розовых волдырей. Этот вид крапивницы чаще всего вызван приемом медикаментов, пищевыми продуктами, пылью растений, ядом перепончатокрылых или квартирной пылью. Аллергическая крапивница в детском возрасте часто появляется с респираторными проявлениями аллергии — бронхиальной астмой или аллергическим ринитом» [9].

Отек Квинке (наследственный ангионевротический отек) — болезнь, которая проявляется в виде рецидивирующих отеков кожных покровов и

слизистых оболочек. Данная болезнь носит семейный характер. Объясняется она генетическим дефектом ингибитора первого компонента комплемента (C1-ингибитора). Отек Квинке не всегда является врожденным заболеванием, дефицит C1-ингибитора может быть приобретенным - псевдо наследственный ангионевротический отек.

Отек Квинке может быть аллергическим или неаллергическим. Аллергические отеки у детей провоцируют следующие причины: вдыхание пыльцы растений или шерсти животных, укус насекомого, употребление в пищу цитрусовых в большом количестве, шоколада, молока и других аллергенных продуктов.

Так называемая гигантская крапивница может быть последствием болезней внутренних органов, глистных инвазий, проблем в работе щитовидной железы. Отек Квинке у детей при наличии какой-либо болезни переходит в хроническую стадию. Появление его спонтанное, явных причин нет - идиопатический отек Квинке.

Н. Г. Соколова определяет, что «анафилактический шок относится к аллергической реакции немедленного типа, в основе которой лежит образование антител-реагинов. Клиническую картину заболевания формирует последующий контакт антител-реагинов с антигеном (аллергеном), что приводит к образованию биологически активных веществ (гистамина, лейкотриенов, простагландинов и др.). Патология обусловлена повышением проницаемости сосудов микроциркуляторного русла, падением тонуса сосудов, спазмом гладкой мускулатуры бронхов, кишечника и других органов»[10].

Также Е.Г. Папаян отмечает, что «чаще всего анафилактический шок развивается вследствие парентерального, особенно внутривенного, введения лекарственных препаратов. Однако известны случаи возникновения анафилактического шока при пероральном и местном (аппликации на слизистую оболочку рта) применении лекарственных веществ. При определенных условиях, связанных с индивидуальной реактивностью

организма, а также типом и способом применения этих веществ, они могут действовать как аллергены и вызывать соответствующую реакцию» [7].

### **1.3 Клиническая характеристика заболевания**

Общими проявлениями аллергических заболеваний в детском возрасте являются: кожная сыпь различного характера и локализации, повышенная ранимость слизистых оболочек, гиперплазия лимфаденоидной ткани.

Пик кожных проявлений ЭКД приходится на второе полугодие жизни ребенка. А. Манчини и Д.П. Кроучук в своих работах отмечали, что «самыми ранними клиническими проявлениями является гнейс - повышенное образование себорейных чешуек и шелушение на волосистой части головы, ранние и упорные опрелости даже при хорошем гигиеническом уходе, плохо поддающиеся лечению.

Затем добавляются гиперемия, инфильтрация и шелушение щек - молочный струп и строфулюс - мелкая зудящая узелковая сыпь с точечной везикулой в центре. Более тяжелым поражением кожи является мокнущая экзема, когда в области лица, туловища, конечностей образуются мелкие, едва заметные, быстро превращающиеся в пузырьки, папулы. Они лопаются, появляется мокнущая поверхность, из которой выделяется большое количество желтоватой жидкости. По мере подсыхания образуются экзематозные корки. Высыпания происходят толчкообразно и сопровождаются мучительным зудом. Течение мокнущей экземы длительное и упорное. Меньше распространена сухая экзема с обильным шелушением кожи без мокнутия.

У детей старше года может развиваться почесуха - мелкие, плотные, сильно зудящие узелки, расположенные преимущественно на конечностях. Кожа таких детей обычно сухая и наблюдается шелушение. Повышенная ранимость слизистых оболочек выражается в усиленном и неравномерном

слущивании эпителия языка - «географический язык», модификации слизистой оболочки полости рта (стоматит).

При отсутствии терапии присоединяются заболевания слизистых оболочек глаз (конъюнктивит, блефарит и др.) и верхних дыхательных путей (рецидивирующие риниты, фарингиты, синуситы, бронхиты, ложный круп)»[12]. Также возможен астматический компонент. Течение болезни зачастую тяжелое, с выраженными расстройствами микроциркуляции, развитием токсикоза, эксикоза.

У детей с ЭКД отмечаются изменения мочи (протеинурия, лейкоцитурия, наличие плоских эпителиальных клеток), нарушение функции кишечника часто без видимой причины, что проявляется в учащенном, разжиженном слизистом стуле [13].

Внешний вид детей с ЭКД, как правило, отличается пастозностью, рыхлостью и вялостью. Масса тела набирается неравномерно, а при заболеваниях легко снижается. Наблюдаются рыхлость и гидрофильность подкожной клетчатки, часто она чрезмерно развита. Понижены тургор тканей и эластичность кожи. Наблюдаются выраженные явления паратрофии.

Аллергический диатез у детей проявляется также гиперплазией лимфаденоидной ткани, которая считается вторичной. Миндалины и аденоиды, а также печень, селезенка и лимфатические узлы увеличиваются [4].

Необходимо отметить, что течение ЭКД - волнообразное. Клинические проявления ЭКД, как правило, проходят к 2-3 годам, но у 23-30% детей в дальнейшем могут развиваться другие аллергические заболевания (экзема, нейродермит, бронхиальная астма и др.) [3].

Не менее серьезным заболеванием является атопический дерматит.

В работах Блохина Б.М. приводится статистика, согласно которой «у 50% детей дошкольного возраста, страдающих детской экземой, кожные проявления к 2 годам жизни. У оставшейся половины характерной локализацией процесса являются кожные складки.

Отдельная форма атопического дерматита в школьном возрасте – ювенильный ладонно-подошвенный дерматоз, при котором кожный патологический процесс локализуется на ладонях и подошвах. Данная форма атопического дерматита отличается своей сезонностью: обострение симптоматики приходится на холодное время года, в то время как ремиссия – на летние месяцы.

Атопический дерматит, локализирующийся в ягодичной области и внутренней поверхности бедер, появляется в период от 4 до 6 лет, сохраняясь в подростковом возрасте.

Чтобы оценить тяжесть клинических симптомов атопического дерматита в настоящее время наиболее широко используют:

- шкалу SCORAD (Scoring Atopic Dermatitis);
- шкалу EASY (Eczema Area and Severity Index);
- шкалу SASSAD (SixAreaSixSignAtopic Dermatitis Severity Score).

В Российской Федерации широкое распространение получила шкала SCORAD, которая учитывает распространенность кожного процесса (А), интенсивность клинических проявлений (В) и субъективных симптомов (С).

Распространенность кожного процесса (А) представляет собой площадь пораженной кожи (%), которую рассчитывают по правилу «девятки»; помимо этого для оценки можно использовать правило «ладони» (площадь ладонной поверхности кисти принимают равной 1% всей поверхности кожи).

Интенсивность клинических проявлений (В) оценивается по 6 признакам: эритема, отек/папулы, корки/мокнутые, эскориации, лихенификация, сухость кожи. Каждый признак оценивается по следующему принципу: от 0 до 3 баллов (0 - отсутствует, 1 - слабо выражен, 2 - выражен умеренно, 3 - выражен резко; дробные значения не допускаются). Оценку проводят на участке кожи, где они максимально выражены. Общая сумма баллов может составлять как 0 (кожные поражения отсутствуют), так и 18

(максимальная интенсивность всех 6 симптомов). Один и тот же участок пораженной кожи можно использовать для оценки множества симптомов.

К субъективным симптомам относятся: зуд кожных покровов и нарушения сна, оцениваются данные проявления у детей старше 7 лет. Пациенту или его родителям предлагается указать точку в пределах 10-сантиметровой линейки, соответствующую, по их мнению, степени выраженности зуда и нарушений сна, усредненную за последние 3 суток. Сумма баллов субъективных симптомов может колебаться от 0 до 20.

Общую оценку рассчитывают по формуле -  $A/5 + 7B/2 + C$ . Общая сумма баллов по шкале SCORAD может составлять от 0 (клинические проявления поражения кожи отсутствуют) до 103 (максимально выраженные проявления атопического дерматита)» [5].

Основными клиническими проявлениями острых аллергических реакций являются: кожные симптомы, поражение слизистых верхних дыхательных путей и глаз, падение артериального давления, бронхоспазмы и другие общие проявления.

Наиболее очевидным симптомом крапивницы является сыпь в виде «узелков» красных или светло-розовых оттенков. Местами сыпь имеет неправильную форму, иногда имеет тенденцию к слиянию. У ребенка участки высыпаний зудят, на местах сыпи формируется кровянистая корочка. Появления сыпи, как и ее исчезновение, неожиданное. После исчезновения сыпи на коже никаких следов не остается.

Модификации кожных покровов сопровождаются регрессивными изменениями общего состояния: ознобом, повышением температуры (крапивной лихорадкой), головной болью, рвотой и диареей. Поражение слизистых оболочек полости рта, носоглотки и гортани является редким явлением. Первичная уртикарная сыпь держится недолго, от нескольких минут до 1-2 часов и исчезает без образования новых элементов, но могут появиться вторичные высыпания. При дермографической острой крапивнице зуд обычно отсутствует.

Гигантская крапивница или острый ангионевротический отек (отек Квинке) у детей выражается резким развитием локального отека кожи, слизистой и подкожно-жировой клетчатки (часто в области губ, глаз, половых органов). При локализации отека в области гортани возможен приступ удушья. Отек Квинке у детей может сочетаться с обычной крапивницей и имеет склонность к рецидивам.

Хроническая форма крапивницы у детей развивается при длительной сенсibilизации, отличается пароксизмальным течением и не такими обильными высыпаниями. Отмечается общая слабость, субфебрильная температура, головная боль, артралгии, иногда – тошнота или диарея. Мучительный зуд (особенно, вечером и ночью) может приводить к невротическим расстройствам. Уртикарные, длительно сохраняющиеся, элементы сыпи могут переходить в стадию папул (узелков красно-бурого цвета) с развитием папулезной крапивницы, сопровождающейся гиперкератозом и акантозом.

Согласно научным исследованиям, «основой для развития анафилактического шока служит массивное высвобождение биологически активных веществ (главным образом, гистамина) из тучных клеток в результате аллергической реакции антигена с антителом. Освободившиеся токсические биологически активные вещества вызывают:

- увеличение проницаемости сосудистых мембран, в результате чего происходит бурное развитие клинической картины шока;
- падение артериального давления (АД), вследствие чего происходит потеря сознания, отмечаются тахикардия, бледность кожных покровов и нитевидный пульс;
- бронхоспазм, который определяет затрудненное дыхание, прогрессивное нарастание симптомов дыхательной недостаточности: одышку, цианоз, участие вспомогательных мышц в акте дыхания» [8].



Анафилактический шок у детей, также как и у пациентов старшего возраста, характеризуется внезапным началом: слабость, шум в ушах и сильное потоотделение. Увеличивается бледность кожных покровов, отмечается синюшность конечностей, давление резко падает, пульс нитевидный, тоны сердца ослаблены. Возможна потеря сознания, судороги и смерть в течение нескольких минут.

Клинические проявления анафилактического шока у детей разнообразны и могут иметь несколько клинических вариантов. При анафилактическом шоке у ребенка развивается синдром дыхательной недостаточности, который является ведущим, внезапно появляется и нарастает слабость, чувство сдавления в груди, ощущение нехватки воздуха, мучительный кашель, пульсирующая головная боль, боль в области сердца, страх. Отмечается резкая бледность кожи с цианозом, пена у рта, затрудненное свистящее дыхание (хрипы) [8].

В.Д. Тульчинская указывает, что гемодинамический вариант, при котором преобладают симптомы сердечно - сосудистой недостаточности, характеризуется следующей клинической картиной: «слабый учащенный пульс; гиперемия кожных покровов, сменяющаяся с резкой бледностью; чрезмерное потоотделение; нарастающее падение артериального давления до неизмеримых значений. Больной бледен и в крайних случаях теряет сознание.

Анафилактический шок может протекать с преобладанием расстройств центральной нервной системы. Больные становятся беспокойными, появляется чувство страха, судороги, симптомы отека мозга (головная боль, рвота, эпилептиформные припадки, гемиплегия, афазия и др.).

Время развития анафилактического шока с момента введения антигена до появления клинических признаков варьируется от нескольких минут до получаса. Течение анафилактического шока тем тяжелее, чем короче его латентный период. Если первая помощь не оказана своевременно, возможен летальный исход. Ни доза, ни способ введения препарата не оказывают

существенного влияния на тяжесть анафилактического шока у пациентов с высокой чувствительностью» [15].

#### **1.4 Организация лечебно-профилактической помощи детям с аллергическими заболеваниями**

Первичная лечебно-профилактическая помощь детям с аллергическими заболеваниями начинается с организации правильного ухода и режима дня для пациентов с достаточным пребыванием на свежем воздухе.

В справочной литературе по уходу за детьми закреплено, что «организация рационального питания с обязательным исключением облигатных аллергенов из пищи – одно из самых важных звеньев в организации лечебного процесса. Кроме того, детям, имеющим избыточную массу тела, необходимо ограничить прием углеводистой пищи (каши, кисель, мучные изделия и др.). В период обострения заболевания сахар желателно заменить ксилитом или сорбитом. Рекомендуется дополнительное введение солей калия, ограничение поваренной соли и жидкости» [13].

В.В. Тихонов указывает, что «при ЭКД и атопическом дерматите пищевые аллергены, экстрактивные вещества, продукты, содержащие консерванты, красители и пищевые добавки, исключаются из рациона кормящей матери. В случаях постоянного диатеза, особенно когда доказана аллергия на коровье молоко, детей переводят на кормление миндалевым, соевым молоком и смесями на их основе. Первые добавки в виде овощного пюре детям с ЭКД, получающим искусственное вскармливание, следует вводить раньше, чем через 4-4,5 месяца. Детям с проявлениями ЭКД, находящимся на естественном вскармливании, прикормы рекомендуется вводить позже, чем здоровым. Из каш предпочтение отдают гречневой, пшеничной, перловой, рисовой крупам. Для приготовления круп и овощного

пюре следует использовать овощной бульон. Все продукты назначаются строго индивидуально и вводятся постепенно» [14].

Кильдиярова Р.Р. указывает, что «обязательным требованием лечебно-профилактической помощи детям с АЗ является ведение пищевого дневника, в котором родители или собственно сам пациент старшего возраста отмечают реакцию на введение в рацион нового пищевого продукта, чтобы установить индивидуальную непереносимость определенного вида пищи.

В большинстве случаев аллерген поступает алиментарным путем, поэтому положительное действие на течение заболевания оказывают десятидневные курсы лактобактерина, бифидумбактерина и других биопрепаратов. Широко используются 7-10-дневные курсы антигистаминных препаратов (тавегил, супрастин, фенкарол, перитол и др.). Лечение ЭКД непосредственно предусматривает применение адаптогенов (дибазол, пентоксил, этимизол), витаминов группы В, А.

С целью снятия кожных проявлений обязательно применяется местная терапия - рекомендуются лечебные ванны с отварами трав (чередой, корой дуба, ромашкой, чистотелом и др.), танином. При мокнущих формах экземы в течение 2-3 дней рекомендуются примочки из 1% раствора резорцина, 0,25% раствора нитрата серебра, 0,05% раствора риванола. По назначению врача применяются болтушки, содержащие тальк, окись цинка, глицерин. Если мокнутие прекращается, назначают индифферентные мази с добавлением нафталана, ланолина, окиси цинка. В случаях, с которыми обычная терапия не справляется, назначают на короткий срок мази со стероидными гормонами (фторокорт, лоринден, локакортен и др.). Чтобы предохранить кожу от расчесов, ребенку надевают матерчатые варежки или накладывают на локтевые сгибы шинки из картона. Очень важно не укутывать ребенка, так как это усиливает зуд. Ногти рекомендуется коротко стричь. Необходимо следить за чистотой нательного и постельного белья» [3].

В справочной литературе отмечается, что «в настоящее время для лечения атопического дерматита рекомендовано эпизодическое применение местных глюкокортикостероидов (МГК) в комбинации со смягчающими средствами для быстрого купирования симптомов заболевания. В любой период заболевания, в том числе в период ремиссии, используются смягчающие и увлажняющие средства. Препараты выбора для облегчения симптомов обострения и поддерживающей терапии - местные иммуномодуляторы.

Таким образом, все лечебно-профилактические мероприятия детям при АЗ направлены на:

- уменьшение выраженности симптомов болезни;
- обеспечение длительного контроля над заболеванием путем предотвращения или снижения тяжести обострений;
- изменение естественного течения заболевания.

В то же время режимные мероприятия должны быть направлены на исключение или сведение к минимуму воздействия провоцирующих факторов:

- микробное обсеменение и инфекции;
- стрессы;
- нарушение гидролипидного слоя эпидермиса (ксероз);
- неблагоприятные факторы окружающей среды, в том числе поллютанты, контактные, ингаляционные и пищевые аллергены;
- химические раздражители (в том числе мыло);
- чрезмерное потоотделение;
- контактные раздражители (в том числе шерсть).

Менее чем у 10% детей с атопическим дерматитом сопутствующая пищевая аллергия или пищевая непереносимость является провоцирующим фактором, поэтому элиминационные диеты оказывают благоприятное влияние на течение заболевания лишь у небольшой группы детей с атопическим дерматитом. На основании результатов анамнеза и

аллергологического обследования индивидуально каждому ребенку подбирается подходящая диета. «Вечных» диет для детей не существует. Исключение из рациона куриных яиц снижает тяжесть течения атопического дерматита у детей первых лет жизни, имеющих положительную IgE-сенсibilизацию к куриному яйцу, однако достоверных доказательств эффективности исключения из рациона других продуктов не существует» [12].

Фототерапию (УФ - облучение) применяют у пациентов с распространенными кожными проявлениями, устойчивыми к стандартной терапии. Использование комбинации широкого спектра УФА / УФВ предпочтительнее, чем только широкого спектра УФВ.

PUVA-терапия (прием Псоралена в сочетании с УФА - фототерапией) эффективна для лечения тяжелых форм атопического дерматита у детей старше 12 лет.

Госпитализируют детей в случаях:

- обострение атопического дерматита, сопровождающееся нарушением общего состояния;
- распространенный кожный процесс, сопровождающийся вторичным инфицированием;
- рецидивирующие кожные инфекции;
- неэффективность стандартной противовоспалительной терапии [5].

Прекращение введения аллергена в организм ребенка является основным принципом купирования острых аллергических реакций. Ребенку назначают гипоаллергенную диету. Пищевые аллергены, на которые патологически реагирует организм ребенка, должны быть полностью исключены из его рациона.

В зависимости от выраженности симптомов патологии и строго индивидуально назначаются лекарственные средства: клемастин, хлоропирамин 2,5% (курс 5-7 суток), фексофенадин (телфаст), лоратадин (klarитин), кетотифен и др. Если вышеуказанные препараты должного

эффекта не оказывают, применяются глюкокортикостероиды системного действия (дексаметазон, преднизолон). По показаниям применяется «Гемодез» 200-400 мл внутривенно капельно, 3-4 введения.

Следовательно, основным результатом лечения является купирование клинических проявлений АЗ, после чего больные подлежат длительному диспансерному учету.

#### Неотложная помощь при анафилактическом шоке

1. Уложить ребенка горизонтально с приподнятыми вверх ногами или приподнимают ножной конец кровати / топчана. Повернуть голову пациента набок, для предупреждения западения языка выдвинуть нижнюю челюсть, что также предотвращает аспирацию рвотными массами. Обеспечить поступление свежего воздуха.

#### 2. Прекратить введение аллергена в организм:

– при парентеральном введении аллергена: обколоть крестообразно место инъекции 0,1% раствором адреналина 0,1 мл/год жизни и приложить к нему лед; наложить жгут (если позволяет локализация) выше места введения на 30 минут, не сдавливая артерии;

– при закапывании аллергенного медикамента в носовые ходы и конъюнктивальный мешок необходимо промыть их проточной водой;

– при приеме аллергена внутрь необходимо промыть больному желудок, если позволяет его состояние.

#### 3. Немедленно ввести следующие лекарственные препараты:

– 0,1% раствор адреналина в дозе 0,05-0,1 мл/год жизни (не более 1,0 мл);

– 3% раствор преднизолона в дозе 5 мг/кг;

– антигистаминный препарат (по выбору): димедрол 1% раствор 0,05 мл/кг (не более 0,5 мл - детям до года и 1,0 мл - старше года) или 2% раствор супрастина 0,1-0,15 мл/год жизни. Обязателен контроль за состоянием пульса, дыхания и АД! [5].

Профилактикой аллергических заболеваний необходимо заниматься еще в антенатальном периоде. По мнению Р.Р. Кильдияровой «такая профилактика включает в себя исключение питательных веществ - аллергенов, лекарств, часто вызывающих аллергические реакции, создание гипоаллергенной среды. Дети с ЭКД и атопическим дерматитом находятся на диспансерном учете в поликлинике. Мониторинг таких детей включает в себя: ведение пищевого дневника, максимально длительное естественное развитие, за тем следует соблюдение диеты с исключением облигатных аллергенов, создание гипоаллергенной домашней обстановки, индивидуализация плана вакцинации, раннее выявление и реабилитация хронических инфекций, анемий, гельминтозов, гипотрофии, дисбактериоза» [3].

В профилактических целях необходимо избегать провоцирующих факторов, влияющих на обострение заболевания. Родители должны постоянно напоминать детям об аллергенах и воспитывать в них привычку следить за собственным рационом и поведением.

Профилактика острых аллергических состояний заключается в исключении контакта с аллергеном, тщательном сборе анамнеза. Перед введением препарата необходимо выяснить, сопровождалась ли его применение или препаратов соответствующей группы какими-либо реакциями. До введения нового препарата пациентам с аллергическими реакциями в анамнезе следует назначить антигистаминные средства в целях профилактики [11].

Таким образом, на основании проведенного теоретического анализа распространенности аллергических заболеваний в детском возрасте, можем сделать следующие выводы:

1. Под влиянием ряда факторов иммунная система ребенка начинает реагировать на аллергены, зачастую абсолютно безвредные, как на что-то чрезвычайно чужеродное и опасное, в результате чего и развиваются аллергические реакции.

2. Основной причиной аллергических заболеваний в детском возрасте являются пищевые продукты, неадекватная медикаментозная терапия, укусы насекомых, шерсть животных, бытовые аллергены.

3. Общими проявлениями аллергических заболеваний в детском возрасте являются поражения кожи и слизистых. Основными клиническими проявлениями острых аллергических реакций являются поражения кожи и слизистых, резкое ухудшение общего состояния, сосудистые и желудочно-кишечные дисфункции, симптомы бронхоспазма.

4. Первостепенно лечебно-профилактическая помощь детям с аллергическими заболеваниями начинается с организации правильного ухода и режима дня пациентам с достаточным пребыванием на свежем воздухе. Общим принципом в купировании приступов острых аллергических реакций является прекращение поступления аллергена в организм ребенка, индивидуальная медикаментозная терапия, создание гипоаллергенной окружающей среды.



## **ГЛАВА 2. МЕДИКО-ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ ПОДХОДЫ К ПРОФИЛАКТИКЕ АЛЛЕРГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ**

### **2.1 Организационная характеристика базы исследования - ОГБУЗ «Детская областная клиническая больница»**

Для проведения статистического анализа и социологического исследования по рассматриваемой проблеме определена база – пульмонологическое и педиатрическое отделения ОГБУЗ «Детской областной клинической больницы». Именно в этих отделениях проводится оказание лечебно-профилактической помощи пациентам с аллергическими заболеваниями различных возрастных групп.

Пульмонологическое и педиатрическое отделения также как и остальные отделения лечебного корпуса № 3 (бывший стационарный корпус ОГБУЗ «Городская детская больница города Белгорода»), вошли в состав ОГБУЗ «ДОКБ» с 1 апреля 2018 года.

В лечебном корпусе № 3 функционируют следующие отделения:

- приемное отделение № 3,
- пульмонологическое отделение,
- кардиоревматологическое отделение,
- педиатрическое отделение № 3 (для детей раннего возраста),
- инфекционное отделение,
- психоневрологическое отделение для детей раннего возраста,
- отделение восстановительного лечения.

По статистическим данным ОГБУЗ «Детской областной клинической больницы» нами определен рост распространенности аллергических заболеваний. В сравнении с 2015 годом количество пациентов от 0 до 17 лет с аллергическими заболеваниями увеличились на 194 случая (Табл. 1).

Таблица 1.

## Распространенность аллергических заболеваний

Год	Аллергические заболевания у детей от 0 до 17 лет			
	ЭКД	Атопический дерматит	Крапивница, отек Квинке	Всего
2016	530	432	26	988
2017	644	433	30	1107
2018	710	440	32	1182

Среди аллергических заболеваний наибольшее количество составляет ЭКД, увеличение случаев распространенности данной патологии отмечается в большом количестве за каждый год проанализированного периода (Рис. 1).

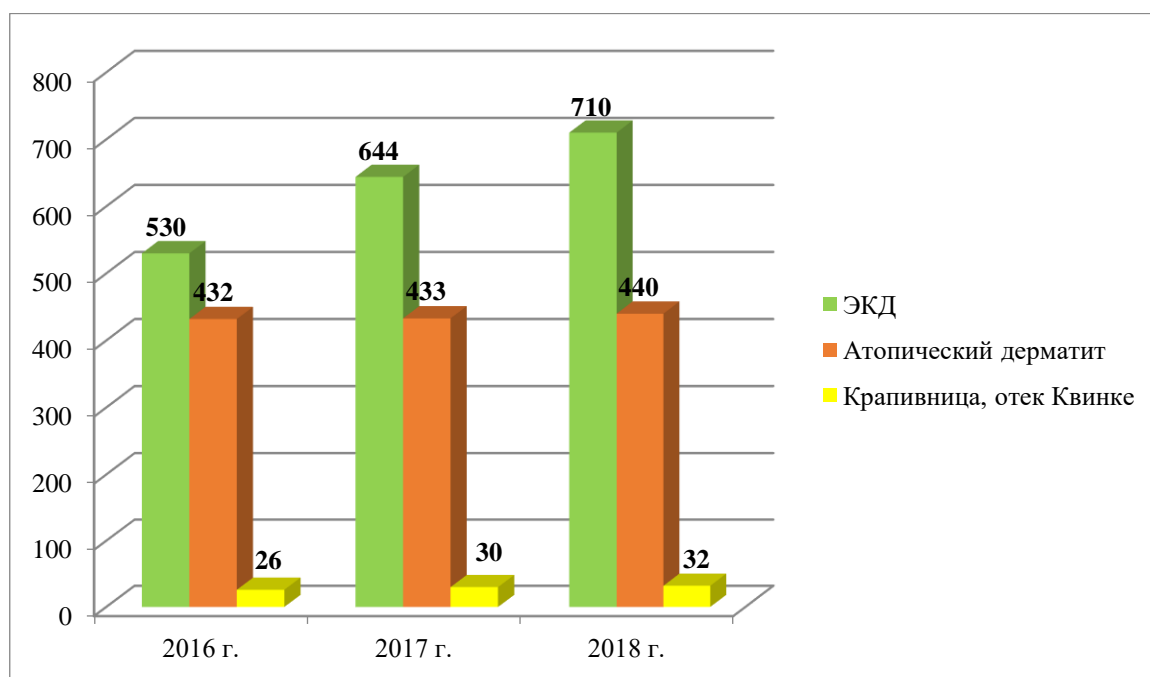


Рис. 1. Распространенность аллергических заболеваний за 2016-2018 гг.

Следовательно, проведенный статистический анализ распространенности аллергических заболеваний определяет актуальность профилактики данной патологии в детском возрасте.

## 2.2. Социологическое исследование «Организация и проведение профилактики аллергических заболеваний в детском возрасте»

С целью изучения профессиональной деятельности медицинской сестры в профилактике аллергических заболеваний у детей нами было проведено социологическое исследование на базе пульмонологического и педиатрического отделений ОГБУЗ «Детская областная клиническая больница». Для чего первоначально была составлена анкета, включающая 22 вопроса, предназначенных выявить информированность родителей и детей старшего возраста об этиологии заболеваний, клинических проявлениях, проводимых лечебно-профилактических мероприятиях (Приложение).

В анкетировании приняли участие 36 респондентов, из которых 26 - родители детей и 10 - дети старше двенадцати лет, отвечавшие на вопросы самостоятельно.

По первому вопросу об информированности по аллергическим заболеваниям определено, что только 55% респондентов имеют достаточный объем знаний об аллергических заболеваниях. Требуется внимания то, что большая часть нуждается в проведении консультативной помощи, т.к. 28% респондентов отметили недостаточную информированность, 17% – не имеют знаний об аллергических заболеваниях (Рис. 2).

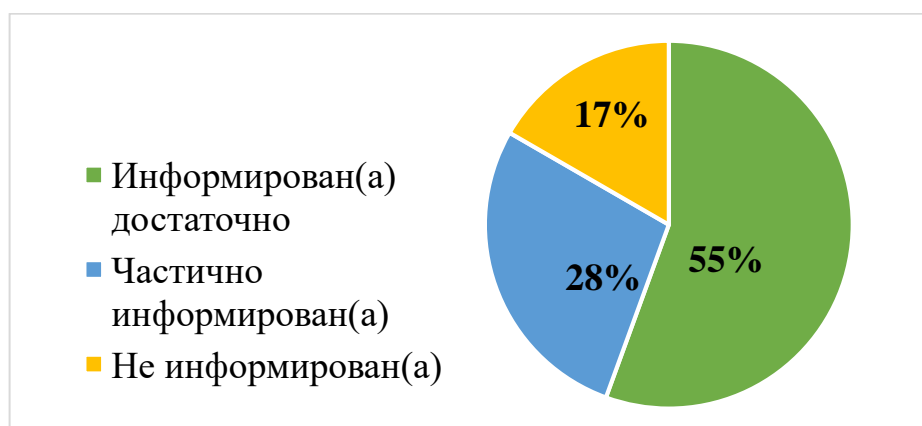


Рис. 2. Распределение респондентов по уровню информированности об аллергических заболеваниях

Представленные данные свидетельствует о недостаточной информированности пациентов медицинским персоналом.

На вопрос о том, как часто родители обращаются со своими детьми в поликлинику с целью профилактики, практически все – 90% опрошенных ответили, что посещают поликлинику чаще, чем раз в полгода.

По результатам исследования определено, что у многих опрашиваемых аллергические реакции являются комбинированными. Наибольший риск аллергической реакции несут пищевые аллергены (35%), даже у одного здорового ребенка однажды отмечалась аллергическая реакция на пищевой продукт. Среди других аллергенов определены лекарственные средства (26%), домашние животные (16%) и другие (Рис. 3).

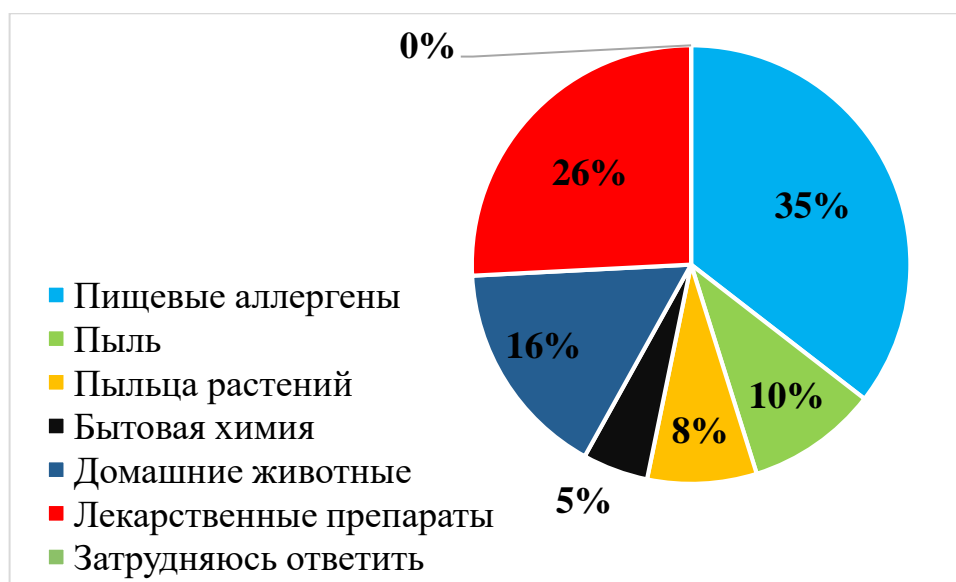


Рис. 3. Распределение аллергенов среди респондентов

Аллергические реакции среди респондентов отмечаются круглогодично, но чаще весеннее (37%) и осеннее время (31%) (Рис. 4).

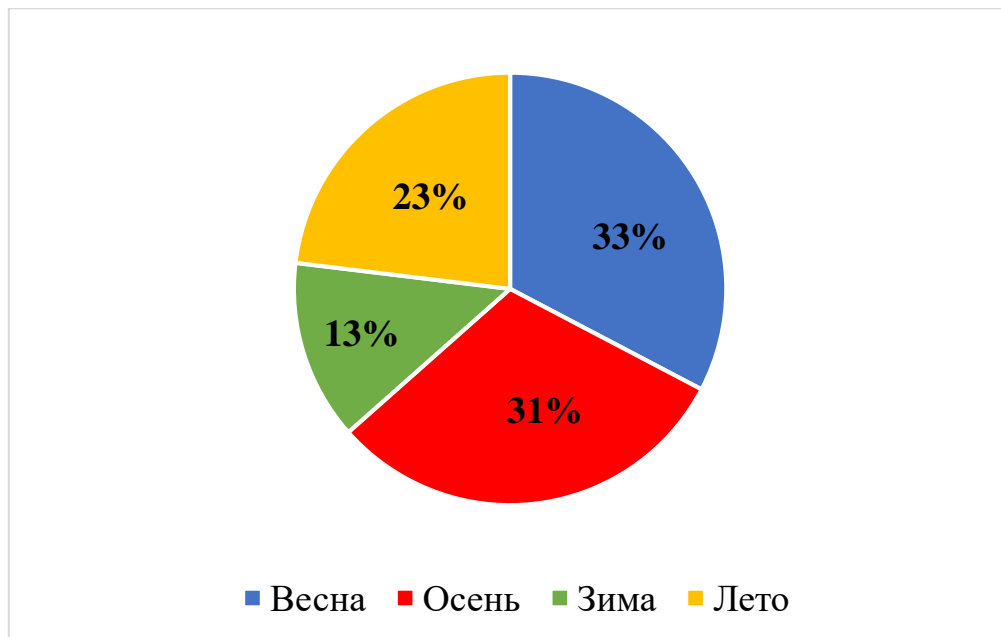


Рис. 4. Сезонность аллергических реакций среди респондентов

Среди респондентов клинические проявления патологии отмечаются в виде кожных проявлений (32%), насморка и слезотечения (по 24%), приступов удушья (20%)(Рис.5).



Рис. 5. Распределение клинических проявлений аллергических реакций среди респондентов

На вопрос, в каком возрасте впервые проявились аллергические заболевания, респонденты выделяли возраста: с 1 года до 3-х лет (40%), с 3-х лет до 7-ми лет (27%), до года (22%), с 7-ми до 12(13) лет (11%) (Рис. 6).

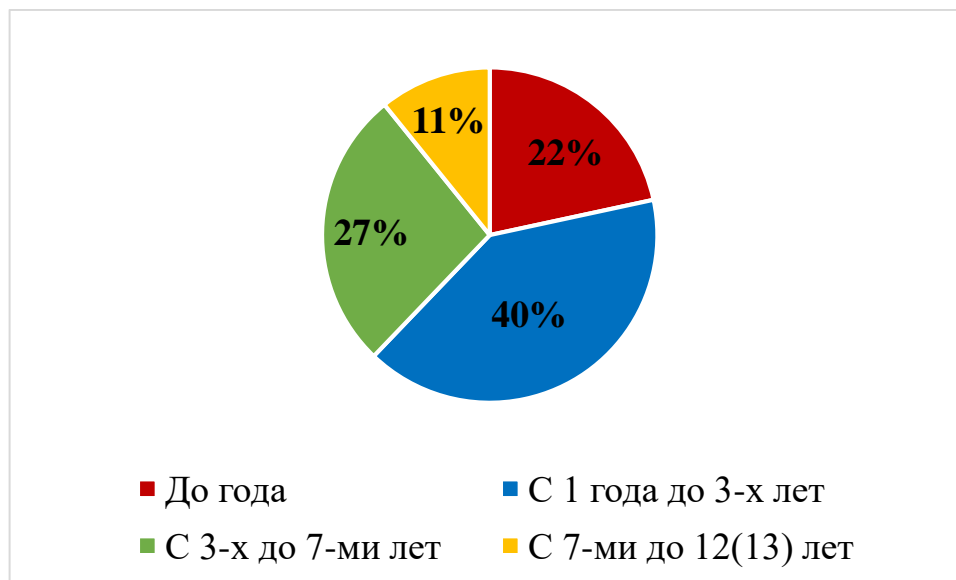


Рис. 6. Распределение возрастных периодов проявления аллергической заболеваний среди респондентов

На вопрос обращались ли пациенты к врачам по поводу проявления аллергических реакций абсолютное количество (100%) ответили на вопрос положительно.

В ходе анкетирования было выявлено, что все пациенты больницы, имеющие аллергические заболевания, регулярно проходят обследования в ЛПУ.

Организация и соблюдение рационального полноценного питания с обязательным исключением из пищи облигатных аллергенов – одно из обязательных составляющих лечебно-профилактических мероприятий среди пациентов с аллергическими заболеваниями. По результатам исследования диета была назначена 94% пациентам, но неблагоприятно то, что не все (83%) соблюдают ее (Рис. 7).

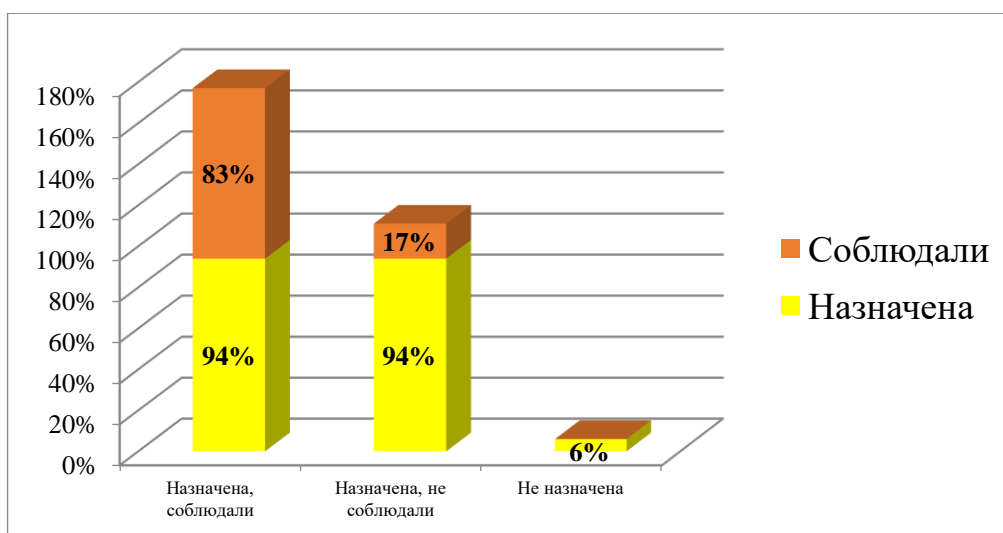


Рис. 7. Распределение респондентов по соблюдению диеты

На вопрос поменялся ли у опрашиваемых аллерген с возрастом, 87% пациентов ответили отрицательно, 13% - отметили, что к имеющимся аллергенам добавились и другие.

Из диаграммы ниже видно, что у 45% респондентов аллергия стала проявляться реже, что свидетельствует о положительном влиянии лечебно - профилактических мероприятий, у 19% пациентов аллергия прогрессирует, также у 19% - аллергия проходит без изменений, у 6% - аллергические заболевания прошли полностью, что также свидетельствует о положительном влиянии лечебных мероприятий (Рис. 8).

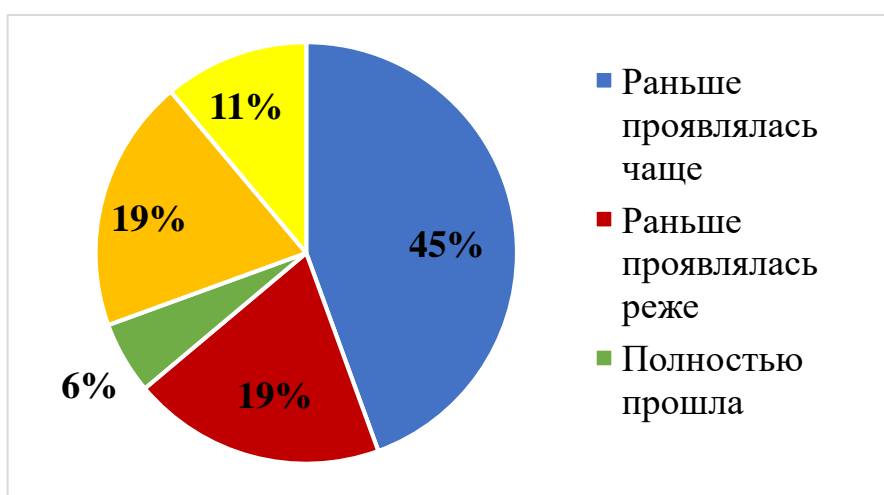


Рис. 8. Распределение респондентов по проявлениям аллергии с возрастом

На вопрос «Есть ли у родственников пациента подобные аллергические проявления?» 58% анкетированных ответили отрицательно, 28% - положительно, что доказывает влияние наследственности на появление аллергических заболеваний (Рис. 9)

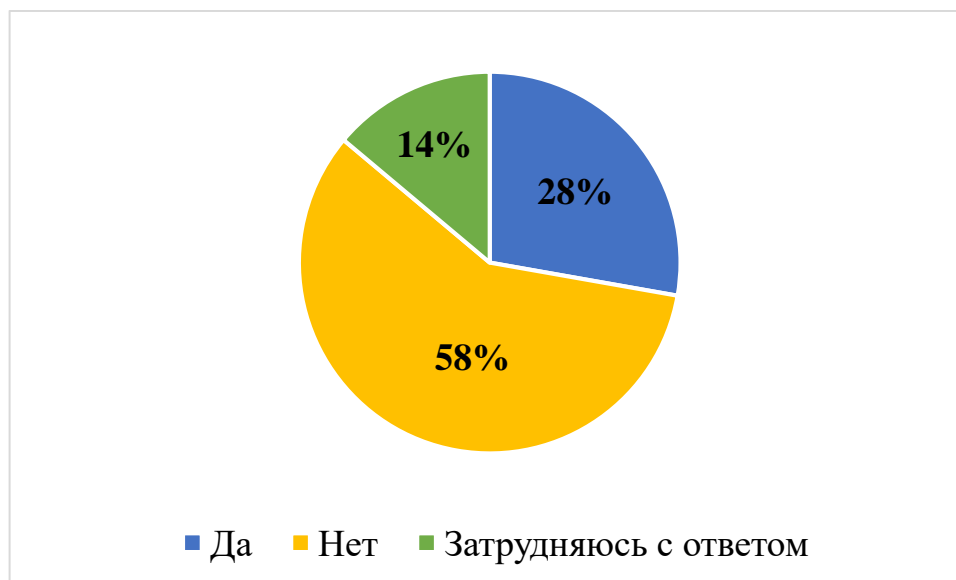


Рис. 9. Распределение респондентов по наследственной отягощенности заболевания

На вопрос о том, располагают ли респонденты сведениями о том, кормили ли их (или они) до года молоком матери или искусственными смесями, родители ответили отрицательно, опрашиваемые дети ответили неоднозначно, так как не имеют информации по этому поводу.

Так же с помощью анкетирования было выявлено влияние домашних животных на проявление и развитие аллергических заболеваний. По данным диаграммы видно, что у 36% респондентов не было домашних животных, и дать однозначный ответ на то, как они влияют на их состояния – не могут, 42% не имеют домашних животных с некоторых пор, практически все – из-за проявления аллергических симптомов (Рис. 10).



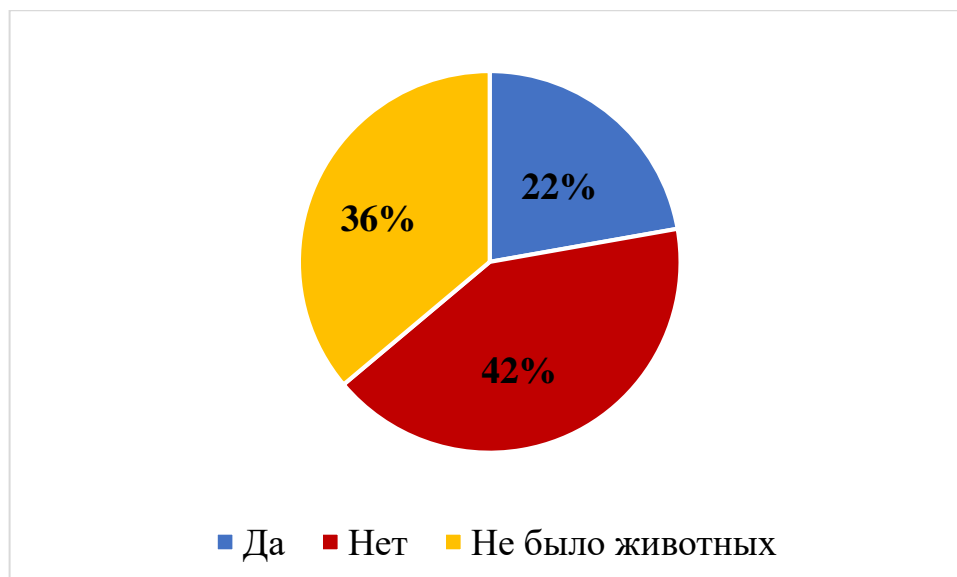


Рис. 10. Распределение респондентов по наличию домашних животных

По представленным данным следующей диаграммы видно, что 36% респондентов не замечали отрицательной реакции на животных ранее, в то время как 33% опрошенных отметили животных, как фактор проявления аллергической реакции (Рис. 11).

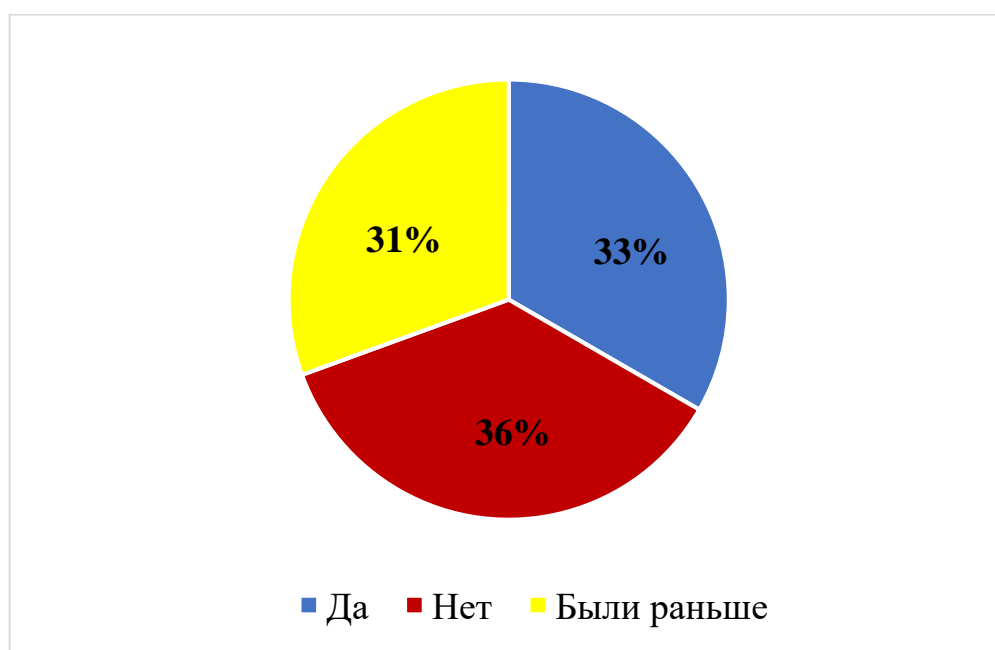


Рис. 11. Распределение влияния домашних животных на заболеваемость

В ходе анкетирования также было выяснено, что 35% матерей употребляли во время беременности продукты, содержащие аллергены (яйца, клубнику, землянику, лимон, шоколад, апельсины и др.).

Для установления индивидуальной непереносимости к определенному виду пищи необходимо вести «пищевой дневник», в котором родители и/или сам ребенок старшего возраста отмечают реакцию на введение в рацион нового продукта питания или продукт питания, на который отмечается аллергическая реакция. По результатам исследования только 30% респондентов заполняют «пищевой дневник», 15% - делают это периодически. Требуют внимания и корректировки результаты того, что 20% опрошенных не имеют знаний о том, что представляет собой «пищевой дневник», и 35% - знают, но не считают данное профилактическое мероприятие необходимым (Рис. 12).

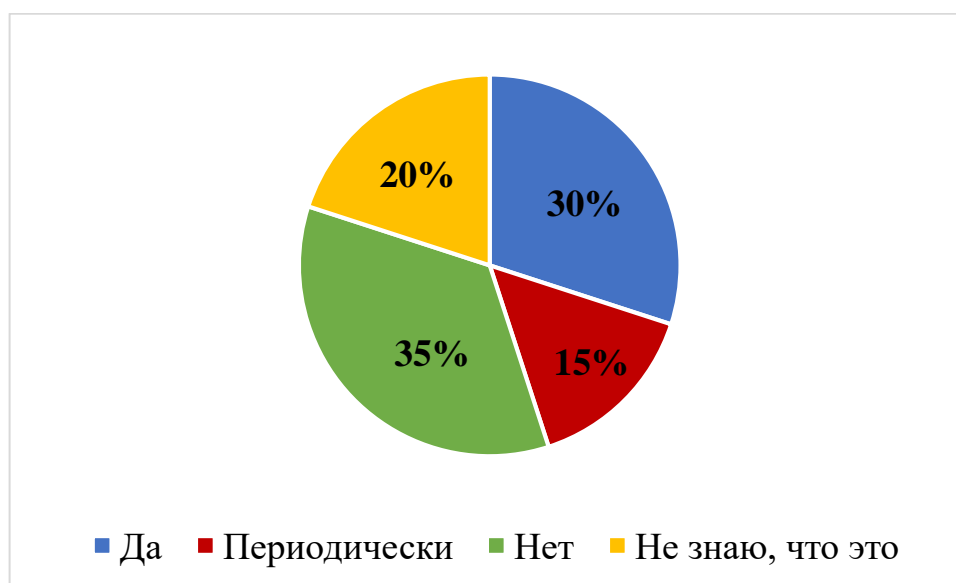


Рис. 12. Распределение респондентов по ведению «пищевого дневника»

На вопрос о том, давали ли родители своим детям лекарственные средства без назначения врача 28% анкетированных ответили положительно, не видя в этом ничего плохого, в то время как 72% считают, что необходимо проконсультироваться с врачом до приема лекарственных средств (Рис. 13).

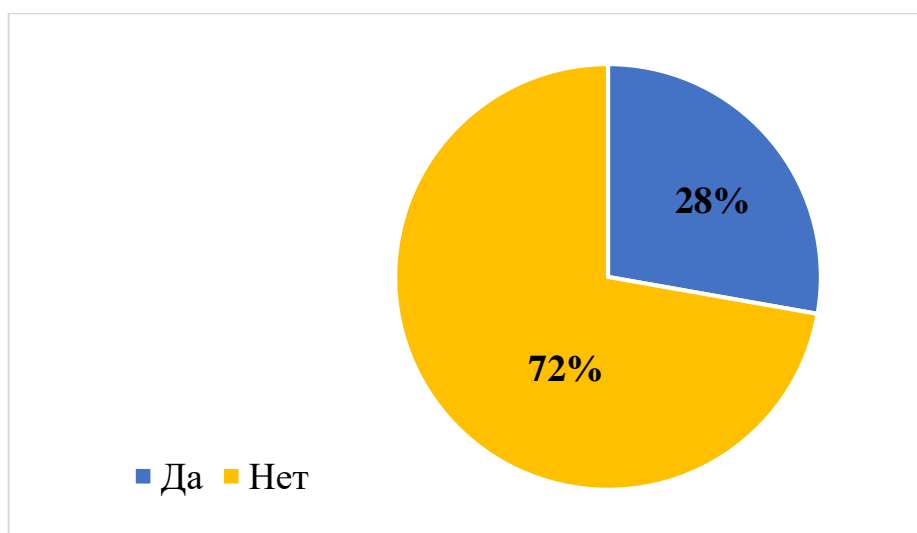


Рис. 13. Распределение респондентов по приему лекарственных средств без  
врачебного назначения

Далее респондентам необходимо было ответить на вопрос о том, как часто они проявляют интерес в вопросах профилактики аллергических заболеваний. По результатам опроса выявлено, что большинство респондентов (62%) активно интересуются данным вопросом, также среди опрошиваемых были и пациенты, проявляющие частичную заинтересованность (19%) и не интересующиеся вообще (19%)(Рис. 14).



Рис. 14. Заинтересованность пациентов в получении информации по  
заболеванию и профилактике

На вопрос об источниках информации по профилактике аллергических заболеваний было выявлено, что 37% опрошенных получают информацию от медицинского персонала 25% - получают информацию из интернета, 12% - из СМИ, 10% - из научно-популярной литературы.



Рис. 15. Распределение источников информации по профилактике аллергических заболеваний

По результатам исследования определено, что родители детей с аллергическими заболеваниями получают недостаточное количество информации о патологии от медицинского персонала, и, как следствие, прибегают к другим источникам информирования (Рис. 15).

Из анкетирования было выяснено, что 42% респондентов нуждаются в квалифицированных советах по профилактике заболеваний, в том числе и аллергических заболеваний, часто, 30% - постоянно, лишь 14% опрошенных не нуждаются в советах (Рис. 16).

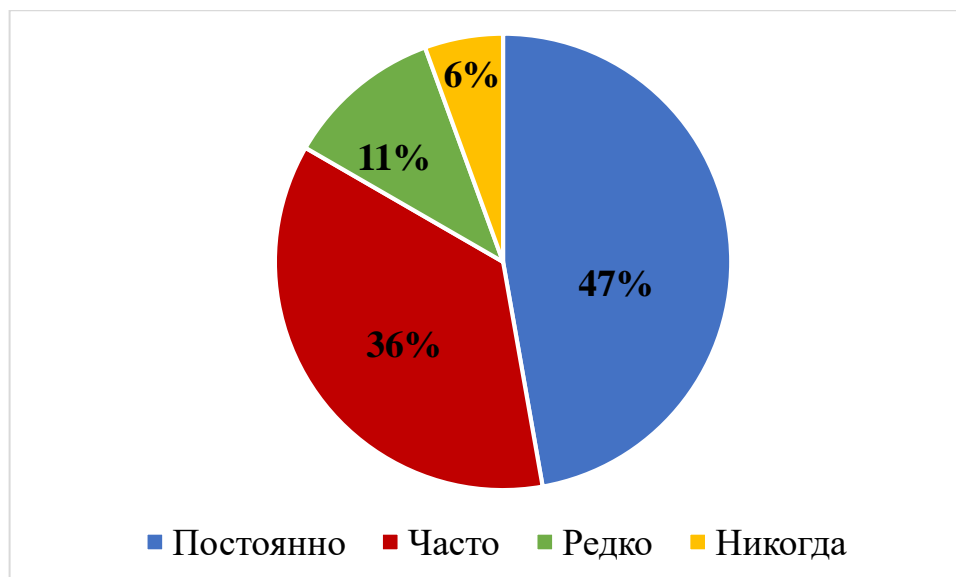


Рис. 16. Распределение респондентов по необходимости в квалифицированных советах по профилактике заболеваний

### 2.3. Направления повышения эффективности сестринской профилактической помощи

Таким образом, по результатам социологического исследования, можем сделать следующие выводы:

1. Большая часть респондентов (72%) нуждается в консультативной помощи, по вопросам аллергических заболеваний. Респонденты, страдающие аллергическими заболеваниями, и их родители получают недостаточное количество информации от медицинского персонала (37%) о данной патологии, поэтому медицинским работникам стоит больше времени уделять санитарно-просветительской работе: проведение бесед, ознакомление с научно-популярной литературой, СМИ и информацией из периодических изданий (газеты, журналы).

2. Респонденты знают о правилах лечения и профилактики рассматриваемой патологии и многие из них (83%) соблюдают диету. Следовательно, медицинским работникам необходимо больше внимания уделять информированию пациентов по соблюдению назначенных диет, как

в условиях стационара, так и в домашних условиях, чтобы оставшиеся (11%) пациентов также соблюдали данное врачебное назначение.

3. Большая часть респондентов (80%) знает о необходимости вести «пищевой дневник», однако не все (35%) выполняют данное лечебно-профилактическое мероприятие. Следовательно, необходимо проводить отдельные уроки по обучению пациентов правилам и важности ведения дневника. Это возможно реализовать через организацию и привлечение детей и их родителей в «Школы здоровья».

4. Наибольшее внимание родителям и детям старшего возраста стоит обращать на продукты питания. По результатам исследования определено, что у многих опрашиваемых аллергические реакции являются комбинированными. Наибольший риск аллергической реакции несут пищевые аллергены (35%), что заставляет обратиться к пункту соблюдения диеты.

Следовательно, профессиональная деятельность медицинской сестры в профилактике аллергических заболеваний в детском возрасте заключается в информировании населения, выявлении заболевания и проведении диспансеризации.

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Аллергические заболевания среди детей широко распространены, постоянно растет их количество и тяжесть течения, вследствие чего данная тема является крайне актуальной в настоящее время. В различных регионах Российской Федерации аллергическими заболеваниями страдают до 15% детского населения.

На основании теоретического анализа распространённости аллергических заболеваний в детском возрасте нами установлено, что основными причинами аллергических заболеваний в детском возрасте являются: пищевые продукты, неадекватная медикаментозная терапия, укусы насекомых, шерсть животных и бытовые аллергены. Первостепенно лечебно-профилактическая помощь детям с аллергическими заболеваниями начинается с организации правильного ухода и режима дня пациентам с достаточным пребыванием на свежем воздухе. Общим принципом в купировании приступов острых аллергических реакций является прекращение поступления аллергена в организм ребенка, индивидуальная медикаментозная терапия, создание гипоаллергенной окружающей среды.

Проанализированные статистические данные свидетельствуют о непрерывном увеличении уровня заболеваемости. С каждым годом увеличивается процент заболеваемости, что указывает на актуальность данной работы.

Результаты проведенного нами социологического исследования «Организация и проведение профилактики аллергических заболеваний в детском возрасте» среди родителей и детей, являвшихся пациентами больницы, свидетельствуют о недостаточном уровне осведомленности в вопросах профилактики рассматриваемой патологии. Поэтому медицинским работникам стоит больше времени уделять профилактическим беседам и санитарно-просветительной работе с пациентами и их семьями. При этом необходимо делать акцент на важности соблюдения пациентами

назначенных диет с ведением «пищевого дневника», рациональной медикаментозной терапии.

При аллергических заболеваниях очень важно выявить аллерген на начальной стадии развития заболевания и наблюдаться у врача-аллерголога. Помимо санитарно-просветительской работы огромное значение в профилактике играет исключение аллергенных продуктов, предотвращение введения лекарственных средств без назначения врача. Для здорового будущего ребенка необходимо придерживаться правил рационального питания, проводить время на свежем воздухе и своевременно обращаться в поликлинику.



## СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ И ЛИТЕРАТУРЫ

1. Воробьева, П.А. Стандартизация сестринских услуг // Проблемы стандартизации в здравоохранении. - 2015. - № 12. - 7-15 с.
2. Геппе Н.А., Лыскина Г.А., Горелов А.В. Детские болезни [Текст] / – М.: Медиа, 2018. – 125 - 135 с.
3. Кильдиярова, Р.Р. Детская диетология. Руководство // Никитюк В.В. – М.: Медиа, 2019. – 30 с.
4. Лаптева, Е.С. Организация контроля качества сестринского ухода в лечебно-профилактических учреждениях // Медицинская сестра. - 2015. - № 8.– 341 с.
5. Неотложная педиатрия. Национальное руководство // Под ред. Блохина Б.М.М.: ГЭОТАР-Медиа, 2019. – 120 с.
6. Обуховец Т.П., Склярова, Т.А., Чернова, О.В. Основы сестринского дела. - Ростов н/Д: Феникс, 2016.- 446 с.
7. Папаян Е.Г., Ежова: Оказание неотложной медицинской помощи детям. Алгоритмы манипуляций. [Текст]: Учебное пособие / Макаров С.В. – М.: Лань, 2019. – 16 с.
8. Профилактика аллергических заболеваний у детей [Электронный ресурс] – <https://www.tyzine.ru/detskiy-nasmork/profilaktika-allergii>.
9. Рытязкова, В.И. Повышение квалификации медицинского персонала среднего звена // Медицинская сестра. - 2017. - № 8. - 384 с.
10. Соколова, Н.Г. Справочник педиатра [Текст]: учебник для вузов / Н.Г. Соколова. – М.: Дрофа, 2016. – 232 с.
11. Солонинкина, Л. Ф. Критерии оценки деятельности сестринского персонала // Главная медицинская сестра. - 2015. - № 2. – 179 с.
12. Справочник Детская дерматология // Перевод с английского: Манчини А. Дж., Кроучук Д. П. // М.: Практическая медицина, 2018. – 48 с.
13. Справочник по лечению и уходу за детьми. - Ростов н/Д.: Изд-во Рост. Ун-та, 2014. – 320 с.

14. Тихонов В.В., Хубулаева В.И.: Педиатрия. Учебник для СМО // Шабалов Н.П. Санкт-Петербург: СпецЛит, 2017. – 50 с.

15. Тульчинская, В.Д. СД в педиатрии [Текст]: учебник / В.Д. Тульчинская, Н.Г. Соколова, Н.М. Шеховцова - Ростов н/Д: Феникс 9-е изд., 2015. – 378 с.

## **ПРИЛОЖЕНИЕ**

## АНКЕТА

### «Профилактика аллергических заболеваний среди детей»

Уважаемые участники анкетирования, наше социологическое исследование проводится с целью определения уровня здоровья Ваших детей. Ваше мнение особенно ценно, так как полученная информация позволит определить проводимые профилактические мероприятия аллергических заболеваний среди детей.

Заполняя анкету (анонимно), внимательно ознакомьтесь с формулировкой вопросов и обведите или подчеркните вариант ответа, наиболее полно отражающий Вашу точку зрения. В некоторых вопросах возможен Ваш вариант ответа.

Содержание анкет не разглашается.

Ваш возраст \_\_\_\_\_

Для родителей укажите возраст \_\_\_\_\_ и пол \_\_\_\_\_ ребенка:

#### **1. Вы информированы об аллергических реакциях?**

- а) да, консультировался(лась) с педиатром;
- б) частично, читал(а) об этом;
- в) нет, не информирован(а).

#### **2. Как часто Вы (с ребенком) обращаетесь в поликлинику с профилактической целью?**

- а) раз в месяц;
- б) раз в полгода;
- в) раз в год;
- г) Ваш вариант ответа \_\_\_\_\_.

#### **3. На какой аллерген у Вас (Вашего ребенка) отмечались или имеется аллергическая реакция?**

- а) пищевые аллергены;
- б) пыль;

- в) пыльца растений;
  - г) бытовая химия;
  - д) домашние животные;
  - е) лекарственные препараты;
  - ж) затрудняюсь с ответом;
  - з) Ваш вариант ответа \_\_\_\_\_
- 

**4. В какое время отмечались или обостряются аллергические реакции?**

- а) весна;
- б) осень;
- в) зима;
- г) лето;
- д) затрудняюсь с ответом;

**5. Каким образом проявляются или проявлялись аллергические реакции?**

- а) кожные проявления: краснота, отек, сыпь и др.,
  - б) насморк, чихание;
  - в) слезотечение;
  - г) кашель, признаки удушья;
  - д) Ваш вариант ответа \_\_\_\_\_
- 

**6. В каком возрасте проявилась аллергия?**

- а) до года;
- б) с 1 года до 3-х лет;
- в) с 3-х лет до 7-ми лет;
- г) с 7 лет до 12 (13) лет.

**7. Вы обращались к врачу по поводу наличия вышеперечисленных аллергических реакций?**

- а) да;

- б) нет;
- в) однократно;
- г) проходил(а) обследование;
- д) получаю лечение.

**8. Проходили ли Вы (Ваш ребенок) обследование на выявление аллергии?**

- а) да, 1 раз;
  - б) регулярно проходим;
  - в) нет, не проходили;
  - г) затрудняюсь с ответом;
  - д) Ваш вариант ответа \_\_\_\_\_
- 

**9. Была ли назначена Вам (Вашему ребенку) диета, и соблюдаете ли Вы ее?**

- а) назначена, соблюдаем;
  - б) назначена, не соблюдаем;
  - в) не назначена;
  - г) затрудняюсь с ответом;
  - д) Ваш вариант ответа \_\_\_\_\_
- 

**10. Поменялся ли у Вас (Вашего ребенка) с возрастом аллерген (т.е. аллергия проявилась на другой продукт, лекарство и т.д.)?**

- а) да, часто;
- б) да, иногда;
- в) нет;
- г) затрудняюсь с ответом;
- д) Ваш вариант ответа \_\_\_\_\_

**11. Чаще или реже стала проявляться аллергия с возрастом у Вас (Вашего ребенка)?**

- а) раньше проявлялась чаще;

- б) раньше проявлялась реже;
- в) полностью прошла;
- г) проявилась только недавно (год, два года назад);
- д) проявляется также, как и раньше;
- е) Ваш вариант ответа \_\_\_\_\_

**12. Есть ли у кого-нибудь из родственников такая же аллергия как у Вас (Вашего ребенка)?**

- а) да;
- б) нет;
- в) затрудняюсь с ответом;
- г) Ваш вариант ответа \_\_\_\_\_

**13. Располагаете ли Вы сведениями о том, кормили ли Вас (Вы ребенка) до года молоком матери или искусственными смесями (например, кормили только смесями с самого начала, или на определенном месяце перешли на искусственное питание)?**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**14. Есть ли у Вас дома домашние животные?**

- а) да;
- б) нет.

**15. Если домашние животные живут или ранее проживали, отмечали ли Вы аллергические реакции?**

- а) да;
- б) нет;
- в) никогда не было;
- г) Ваш вариант ответа \_\_\_\_\_

**16. Располагаете ли Вы сведениями о том, употребляли ли Вы (Ваша мама) во время беременности продукты, содержащие аллергены (яйца, клубнику, землянику, лимон, шоколад, апельсины и др.)?**

- а) да, часто;

- б) да, иногда;
- в) нет;
- г) затрудняюсь с ответом;
- д) Ваш вариант ответа \_\_\_\_\_.

**17. Ведете ли Вы «пищевой дневник»?**

- а) да;
- б) периодически, время от времени;
- в) нет;
- г) не знаю, что это такое.

**18. Давали ли Вам (Вы - ребенку) лекарственные препараты без назначения врача?**

- а) да;
- б) нет;
- в) Ваш вариант ответа \_\_\_\_\_.

**19. Интересуетесь ли Вы информацией о профилактике заболеваний, в том числе и аллергических?**

- а) постоянно;
- б) часто;
- в) редко;
- г) никогда;
- д) затрудняюсь с ответом.

**20. Из каких источников Вы получаете информацию о профилактике заболеваний, в том числе и аллергических (возможен выбор нескольких вариантов ответа)?**

- а) медицинские работники;
- б) научно-популярные книги;
- в) СМИ (радио, ТВ);
- г) интернет;
- д) газеты и журналы;
- е) знакомые;



ж) Ваш вариант ответа \_\_\_\_\_.

**21. Нуждаетесь ли Вы в квалифицированных советах по профилактике заболеваний, в том числе и аллергических?**

- а) постоянно;
- б) часто;
- в) редко;
- г) не нуждаюсь;
- д) затрудняюсь ответить.

**22. Вы получали рекомендации по профилактике заболеваний, в том числе и аллергических, от сестринского персонала?**

- а) да;
- б) нет;
- в) затрудняюсь с ответом.

Если да, то приведите пример(ы) \_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

---

---

---