

Эта часть работы выложена в ознакомительных целях. Если вы хотите получить работу полностью, то приобретите ее воспользовавшись формой заказа на странице с готовой работой:

<https://studservis.ru/gotovye-raboty/kursovaya-rabota/204935>

**Тип работы:** Курсовая работа

**Предмет:** Сестринское дело

## ОГЛАВЛЕНИЕ

ВВЕДЕНИЕ 3

ГЛАВА 1. АТОПИЧЕСКИЙ ДЕРМАТИТ У ДЕТЕЙ 4

1.1 Определение 4

1.2 Этиопатогенез 4

1.3 Классификация 8

1.4 Клинические проявления 8

1.5 Диагностика 10

1.6 Особенности лечения 10

1.7 Осложнения 11

1.8 Профилактика 12

1.9 Прогноз 14

ГЛАВА 2. СЕСТРИНСКАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ ПРИ АТОПИЧЕСКОМ ДЕРМАТИТЕ У ДЕТЕЙ 16

2.1 Режим двигательной активности 16

2.2 Режим питания и питья 18

2.3 Выполнение врачебных назначений 24

2.4 Мониторинг состояния 26

2.5 Выводы 28

ЗАКЛЮЧЕНИЕ 29

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ 31

## ВВЕДЕНИЕ

Актуальность:

Объект: атопический дерматит у детей.

Предмет: сестринский процесс при атопическом дерматите.

Цель: изучить особенности сестринской деятельности при атопическом дерматите.

Задачи:

1. Изучить научную литературу об этиологии развития, клинической картине, диагностике, принципах реабилитации и профилактике развития осложнений при атопическом дерматите.

2. Структурировать особенности сестринской деятельности при атопическом дерматите.

3. Разработать рекомендации пациентам по питанию, двигательной активности при атопическом дерматите.

Методы исследования:

1. Научно-теоретический анализ медицинской литературы по данной теме;

2. Структурирование;

3. Обобщение;

4. Биографические (изучение медицинской документации, анализ анамнестических сведений).

## ГЛАВА 1. АТОПИЧЕСКИЙ ДЕРМАТИТ У ДЕТЕЙ

### 1.1 Определение

Атопический дерматит у детей – это воспалительное заболевание кожи хронического рецидивирующего течения, возникающее в раннем детском возрасте вследствие повышенной чувствительности к пищевым и контактными аллергенам. Атопический дерматит у детей проявляется высыпаниями на коже, сопровождающимися зудом, мокнутием, образованием эрозий, корок, участков шелушения и лихенизации.

Диагноз атопического дерматита у детей основан на данных анамнеза, кожных проб, исследования уровня общего и специфических IgE. При атопическом дерматите у детей показаны диета, местная и системная медикаментозная терапия, физиолечение, психологическая помощь, санаторно-курортное лечение [6, с.22].

## 1.2 Этиопатогенез

Возникновение атопического дерматита у детей обусловлено комплексным взаимодействием различных факторов окружающей среды и генетической предрасположенности к аллергическим реакциям. Атопическое поражение кожи обычно возникает у детей с наследственной склонностью к развитию аллергических реакций. Доказано, что риск развития атопического дерматита у детей составляет 75–80% при наличии гиперчувствительности у обоих родителей и 40–50% – при атопии у одного из родителей. К более частому развитию атопического дерматита у детей приводит гипоксия плода, перенесенная во внутриутробном периоде или во время родов. В первые месяцы жизни ребенка симптомы атопического дерматита могут быть вызваны пищевой аллергией вследствие раннего перевода на искусственные смеси, неправильного введения прикорма, перекармливания, имеющихся нарушений процесса пищеварения и частых инфекционно-вирусных заболеваний. Атопический дерматит чаще возникает у детей с гастритом, энтероколитом, дисбактериозом, гельминтозами.

Нередко к развитию атопического дерматита у детей приводит чрезмерное потребление высокоаллергенных продуктов матерью в период беременности и лактации. Пищевая сенсibilизация, связанная с физиологической незрелостью пищеварительной системы и особенностями иммунного ответа новорожденного, оказывает значительное влияние на формирование и последующее развитие всех аллергических заболеваний у ребенка.

Причинно-значимыми аллергенами могут выступать пыльца, продукты жизнедеятельности домашних клещей, пылевой фактор, бытовая химия, лекарственные средства и др. Спровоцировать обострение атопического дерматита у детей могут психоэмоциональное перенапряжение, перевозбуждение, ухудшение экологической ситуации, пассивное курение, сезонные изменения погоды, снижение иммунной защиты [15, с.33].

Атопический дерматит (АтД) – мультифакторное генетически детерминированное заболевание, что говорит о сложном многокомпонентном механизме развития, включающим в себя генетические дефекты, дисбиоз кожи, нарушение ее барьерной функции и дисрегуляцию иммунной системы с преобладанием Th2-ответа. Такое взаимодействие приводит к развитию порочного круга «зуд-расчесы-воспаление-зуд» (рис. 1). [15, с.36]

### Рисунок 1 – Круг «зуд-расчесы-воспаление-зуд»

#### Генетические механизмы.

Если оба родителя имеют в анамнезе АтД, то риск развития той же патологии у ребенка составляет 80%, если один из родителей – более 50%. В результате реализации генетических дефектов, характерных для пациентов с АтД, нарушается синтез структурных белков эпидермиса (филаггрина, лорикрина, инволюкрина), липидов (церамидов), а также формируется неадекватный врожденный иммунитет и повышенная активация Th2-лимфоцитов.

#### Нарушения барьерной функции кожи.

У пациентов с АтД наблюдается повышенная трансэпидермальная потеря воды, сдвиг pH кожи от физиологических норм, измененный состав липидов, что способствует колонизации *Staphylococcus aureus* (*S. aureus*) и проникновению аллергенов и патогенов через эпидермальный барьер. Помимо перечисленных выше генетических дефектов белков эпидермиса, данный процесс усугубляют расчесы кожи в результате выраженного зуда и повышенная выработка иммунными клетками медиаторов воспаления (гистамина, интерлейкина (IL) 4, 13, 31, 33) [2, с.51].

### Рисунок 2 – Нарушения барьерной функции кожи

#### Дисбиоз кожи.

Кожа пациентов с АтД, даже непораженная на глаз, примерно в 90% случаев колонизирована *S. aureus*. Данный факт обусловлен изменением pH кожи, снижением выработки антимикробных пептидов, что приводит к повышенной колонизации *S. aureus* кожи и последующему усиленному синтезу противовоспалительных цитокинов. При этом повышенный уровень колонизации *S. aureus* приводит к утяжелению течения патологического процесса:

- *S. aureus* формирует биопленку, снижая чувствительность к наружным антимикробным препаратам и антимикробным пептидам, а также блокируя восстановление нормального микробиома кожи;

- секретирует факторы вирулентности (цитолизины, Panton-Valentine лейкоцидин (PVL) и др.), усугубляя нарушение барьерной функции кожи;

- синтезирует суперантигены, которые вызывают бесконтрольную активацию Th2-лимфоцитов с последующей выработкой интерлейкинов (IL) – 4, 13, 31, 33, поддерживающих воспаление.

Таким образом, возникает порочный круг, когда нарушение кожного барьера способствует колонизации *S. aureus*, а дисбиоз кожи, в свою очередь, усугубляет течение АД [2, с.53].

### Рисунок 3 – Дисбиоз кожи

#### Иммунная дисрегуляция

Врожденный местный иммунитет кожи пациентов с АД отличается сниженной секрецией антимикробных пептидов и лимфопоэтинов, что является очередным предиктором присоединения вторичной инфекции. При этом в острой фазе наблюдается активация Th2-лимфоцитов с последующим высвобождением противовоспалительных интерлейкинов (IL-4, IL-10, IL-13), стимулирующих выработку IgE В-клетками и высокий уровень IL-31, основного медиатора в патогенезе зуда.

Также отмечено, что у пациентов с IgE-ассоциированной аллергией (на белки в воздухе, пищевые белки, микробные антигены, аутоантигены кератиноцитов) обострение АД может возникнуть в результате реализации аллергической реакции при контакте с белком-аллергеном [24, с.69].

#### 1.3 Классификация

В развитии атопического дерматита у детей различают несколько стадий: начальную, стадию выраженных изменений, стадию ремиссии и стадию клинического выздоровления. В зависимости от возраста манифестации и клинико-морфологических особенностей кожных проявлений выделяют три формы атопического дерматита у детей:

- младенческую (с периода новорожденности до 3 лет);
- детскую – (с 3 до 12 лет);
- подростковую (с 12 до 18 лет) [13, с.52].

Эти формы могут переходить в одна в другую или заканчиваться ремиссией с уменьшением симптомов. Различают легкое, средней степени и тяжелое течение атопического дерматита у детей.

Клинико-этиологические варианты атопического дерматита по причинно-значимому аллергену включают кожную сенсibilизацию с преобладанием пищевой, клещевой, грибковой, пыльцевой и другой аллергии. По степени распространенности процесса атопический дерматит у детей может быть:

- ограниченным (очаги локализуются в одной из областей тела, площадь поражения не >5% поверхности тела)
- распространенным/диссеминированным (поражение – от 5 до 15% поверхности тела в двух и более областях)
- диффузным (с поражением практически всей кожной поверхности) [1, с.85].

#### 1.4 Клинические проявления

Клиническая картина атопического дерматита у детей достаточно многообразна, зависит от возраста ребенка, остроты и распространенности процесса, тяжести течения патологии.

1. Агафонова С.М. Атопический дерматит / С.М. Агафонова. – М.: Академия, 2018. – 677 с.
2. Арефьева И.В. Атопический дерматит у детей / И.В. Арефьева. – М.: Академия, 2019. – 471с.
3. Багина О.А. Атопический дерматит у детей: современные клинические рекомендации по диагностике и терапии / О.А. Багина. – М.: Просвещение, 2018. – 382с.
4. Батырева С.Г. Лечение атопического дерматита / С.Г. Батырева. – М.: Академия, 2019. – 273с.
5. Бекназарова Л.С. Аллергические заболевания у детей / Л.С. Бекназарова. – М.: Академия 2019. – 720 с.
6. Болдырева А.В. Атопический дерматит / А.В. Болдырева. – М.: Академия, 2018. – 189с.
7. Волюнкина Е.А. За жизнь без аллергии / Е.А. Волюнкина. – М.: Просвещение, 2020. – 198 с.
8. Воронцов А.Б. Аллергические заболевания у детей на современном этапе / А.Б. Воронцов. – М.: Академия, 2019. – 259с.
9. Гашимова О. В. Атопический дерматит / О.В. Гашимова. – М.: Академия, 2018. – 162с.
10. Дилова Н. Г. Атопический дерматит / Н.Г. Дилова. – М.: Наука, 2018. – 250 с.
11. Зайцева К.П. Атопический дерматит у детей / К.П. Зайцева. – М.: Академия, 2018. – 340с.

12. Иванюк М.Н. Атопический дерматит / М.Н. Иванюк. – М.: Просвещение, 2018. – 207с.
13. Казанцева В.А. Атопический дерматит / В.А. Казанцева. – М.: Просвещение, 2020. – 224с.
14. Кондрашов С.С. Атопический дерматит. Лечение и профилактика / С.С. Кондрашов. – М.: Наука, 2018. – 407 с.
15. Коротаева Е. В. Атопический дерматит у детей / Е.В. Коротаева. – М.: Академия, 2018. – 336с.
16. Ломова А.Д. Аллергология и иммунология / А.Д. Ломова. – М.: Практика, 2018. – 553 с.
17. Луговая Т.В. Распространенность атопического дерматита / Т.В. Луговая. – М.: Прима, 2020. – 611 с.
18. Майорова Н.И. Общий уход за детьми / Н.И. Майорова. – М.: Просвещение, 2018. – 256с.
19. Москвина А. В. Организация специализированного сестринского ухода / А.В. Москвина. – М.: Академия, 2018. – 592 с.
20. Окулова М.В. Основы сестринского дела / М.В. Окулова. – М.: Академия, 2019. – 253с.
21. Пузеп Л.Г. Атопический дерматит у детей / Л.Г. Пузеп. – М.: Просвещение, 2018. – 263с.
22. Талалаева И. Ю. Атопический дерматит у детей: диагностика, лечение и профилактика / И.Ю. Талалаева. – М.: Академия, 2020. – 237 с.
23. Тульчииская В.Д. Сестринское дело в педиатрии / В.Д. Тульчииская. – М.: Айрис-пресс, 2019. – 238 с.
24. Харитоов Н.И. Аллергология и иммунология / Н.И. Харитоов. – М.: Академия, 2020. – 471с.

*Эта часть работы выложена в ознакомительных целях. Если вы хотите получить работу полностью, то приобретите ее воспользовавшись формой заказа на странице с готовой работой:*

<https://studservis.ru/gotovyе-raboty/kurovaya-rabota/204935>