

ГПОУ «Донецкий медицинский колледж»



Сестринский процесс при острых аллергических заболеваниях.

Преподаватель: Паниева Н.П.



МОТИВАЦИЯ ИЗУЧЕНИЯ ТЕМЫ:

- . *Острые аллергические заболевания* — это своеобразная повышенная чувствительность к веществам антигенной природы; иммунная реакция, развивающаяся в ответ на повторное воздействие веществ (аллергенов). Термин аллергия означает — иная реакция. Распространенность аллергических реакций связана с загрязнением окружающей среды, химизацией, ростом потребления лекарственных средств, применением профилактических прививок. Аллергозы существенно отягощают жизнеспособность человека, могут привести к тяжелым осложнениям и даже к летальному исходу.
- Все эти данные говорят о важности изучаемой темы для будущих медицинских работников. Следует подчеркнуть огромную роль среднего медперсонала в профилактике изучаемой патологии. Большое значение имеет своевременное выявление предрасположенности к аллергическим реакциям. Изучение данной темы является важным для дальнейшей профессиональной деятельности медсестер.



Знать:

- 3. 1. Классификацию аллергенов.
- 3.2 Определение понятий «крапивница», «отёк Квинке», «поллиноз». Причины развития и факторы риска.
- 3.3 Клинические проявления заболевания. Этапы сестринского процесса.
- 3.4 Алгоритмы неотложной доврачебной помощи при острых аллергозах. Диагностика и лечение крапивницы и отёка Квинке.
- 3.5 Роль медицинской сестры в профилактических мероприятиях.

АЛГОРИТМ СЕСТРИНСКОГО обследования ПРИ СОСТОЯНИЯХ, ТРЕБУЮЩИХ НЕОТЛОЖНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

- **1 этап. Сбор данных.** Провести сестринское обследование пациента и на основании полученных данных оценить тяжесть состояния.
- **Определение тяжести состояния больного**
- **Состояние удовлетворительное:** функции жизненно-важных органов (ФЖВО) не нарушены. Клинические проявления умеренно выражены. Легкие неосложненные формы заболеваний или период выздоровления. Лечение в амбулаторных условиях или в общей палате стационара. В постоянном наблюдении не нуждаются.
- **Состояние средней тяжести:** ФЖВО нарушены, но нет угрозы для жизни. Клинические проявления выражены значительно. Лечение может проводиться на дому или в режиме общей палаты стационара. В постоянном мониторинге не нуждаются.
- **Состояние тяжелое:** ФЖВО нарушены настолько, что есть угроза для жизни. Течение болезни осложненное, клинические проявления ярко выражены. Госпитализация на носилках в сопровождении или в условиях линейной бригады СП. Требуется постоянный мониторинг показателей ФЖВО. Осуществляется преемственность на этапах медицинской помощи: передача дежурному врачу и среднему персоналу по смене. Необходимы интенсивные лечебные мероприятия.
- **Состояние крайне тяжелое:** ФЖВО нарушены настолько, что летальный исход может наступить в ближайшие дни, часы или минуты. Проводятся интенсивные лечебные мероприятия на догоспитальном этапе для достижения состояния транспортабельности. Госпитализация в условиях реанимационной бригады в отделение ИТАР. Готовность к проведению реанимационных мероприятий.

- **2 этап.** Определить неотложное состояние и провести дифференциальную диагностику со схожими состояниями
- **3 этап.** Спланировать сестринские вмешательства соответственно алгоритму оказания доврачебной помощи с учетом индивидуального подхода.
- **4 этап.** Реализация плана сестринских вмешательств. Выполнить необходимые манипуляции для достижения намеченных целей.
- **5 этап.** Оценка эффективности. Провести самооценку достигнутых целей, узнать оценку пациента и при необходимости внести коррективы в проводимые мероприятия.



Аллергические заболевания (аллергозы)

Острые аллергозы – болезни, в основе развития которых лежит повреждение тканей, вызванное иммунными реакциями с экзогенными аллергенами.

В последние годы отмечено увеличение распространения аллергических заболеваний. Считают, что в среднем аллергические заболевания встречаются примерно у 10% населения земного шара, причем имеются значительные колебания этой величины от 1% до 50% и более в разных странах, отдельных районах страны и среди различных групп населения. Существенную роль играют загрязнение окружающей среды, химизация, рост потребления различных лекарственных средств, проведение профилактических прививок и др.

Классификация

Наибольшее распространение получила классификация **аллергических реакций**, в которой выделены аллергические реакции (гиперчувствительность):

□ **немедленного типа;**

и аллергические реакции

□ **замедленного типа;**

Реакции **немедленного типа** развиваются в течение **15—20** мин, а **замедленного типа** — через **1—2** суток.

Аллергическая реакция немедленного типа

Аллергическая реакция немедленного типа по своему смыслу является полным синонимом антительного реакинового типа ответа на попадание в организм аллергена. Антитела (реагины) фиксируются на тучных клетках, и поэтому в первую очередь «шоковыми» органами при таком типе реакции являются органы дыхания, конъюнктивa глаз, кишечник.

**Тучная клетка – это клетка в тканях тела, содержащая группы биологически активных веществ, которые, высвобождаясь, вызывают симптомы аллергии. Присутствуют во всех органах и тканях, особенно много их в рыхлой соединительной ткани, окружающей сосуды.*

Аллергическая реакция замедленного типа

В основе аллергической реакции замедленного типа лежит механизм воздействия попадающего в организм аллергена на сенсibilизированные лимфоциты с секрецией различных медиаторов, называемых лимфокинами, которые преимущественно и ответственны за развитие аллергической реакции.

Заболевания и типы реакций

К реакциям **немедленного** типа относятся анафилактический шок, аллергическая крапивница, сывороточная болезнь, атопическая (экзогенная) бронхиальная астма, сенная лихорадка (поллиноз), ангионевротический отек (отек Квинке), острый гломерулонефрит и некоторые другие.

Аллергические реакции **замедленного** типа развиваются в течение многих (через 24—48) часов, а иногда и суток, развиваются при туберкулезе, бруцеллезе, контактных дерматитах. Факторами, вызывающими реакции замедленного типа, могут быть микроорганизмы (стрептококк, пневмококк, вирус вакцины), растительные (плющ), промышленные, лекарственные вещества.

Классификация аллергенов

Все аллергены принято делить на две группы: экзоаллергены и эндоаллергены. Экзоаллергены попадают в организм извне, а эндоаллергены образуются в самом организме и поэтому называются еще аутоаллергенами. В свою очередь экзоаллергены также делятся на две группы.

- Первая группа — аллергены неинфекционного происхождения: бытовые, промышленные, пищевые, пыльцевые, эпидермальные и пр.
- Во вторую группу входят аллергены инфекционного происхождения: бактериальные, грибковые и др.

Классификация аллергических заболеваний

Легкие (по тяжести и прогнозу заболевания):

- **аллергический ринит;**
- **аллергический конъюнктивит;**
- **локализованная крапивница;**

Классификация аллергических заболеваний

Тяжелые (прогностически неблагоприятные): :

- **генерализованная крапивница;**
- **отек Квинке;**
- **острый стеноз гортани;**
- **среднетяжелое обострение (приступ) бронхиальной астмы;**
- **анафилактический шок.**

Этиология и патогенез аллергозов

Факторы риска аллергических реакций:

- **резкое ухудшение экологии;**
- **острый и хронический стресс;**
- **бесконтрольное применение медикаментов;**
- **широкое использование косметики и синтетических изделий;**
- **использование средств для дезинфекции и дезинсекции;**
- **изменение характера питания.**

Распространенные аллергены

- **ингаляционные аллергены жилищ;**
- **пыльца растений;**
- **пищевые аллергены;**
- **ЛС (анальгетики, сульфаниламиды, антибиотики и др.);**
- **латекс;**
- **химические вещества;**
- **укусы насекомых.**

Крапивница

Внезапно возникающее поражение части кожи с образованием резко очерченных округлых волдырей с приподнятыми эритематозными фестончатыми краями и бледным центром, сопровождающееся выраженным зудом. Сыпь может сохраняться в течение 1-3 суток, не оставляя пигментации. Внезапно возникающее поражение части кожи с образованием резко очерченных округлых волдырей с приподнятыми эритематозными фестончатыми краями и бледным центром, сопровождающееся выраженным зудом. Сыпь может сохраняться в течение 1-3 суток, не оставляя пигментации.

Генерализованная крапивница

Генерализованная крапивница Внезапно возникающее поражение всей кожи с образованием резко очерченных округлых волдырей с приподнятыми эритематозными фестончатыми краями и бледным центром, сопровождающееся резким зудом. Возможны «подсыпания» в течение последующих 2-3 суток. Внезапно возникающее поражение всей кожи с образованием резко очерченных округлых волдырей с приподнятыми эритематозными фестончатыми краями и бледным центром, сопровождающееся резким зудом. Возможны «подсыпания» в течение последующих 2-3 суток.

Крапивница



Отек Квинке

Локальный отек кожи, подкожной клетчатки или слизистых оболочек. Чаще развивается в области губ, щек, век, лба, волосистой части головы, мошонки, кистей, дорсальной поверхности стоп. Одновременно с кожными проявлениями может отмечаться отек суставов, слизистых оболочек, в т.ч. гортани и ЖКТ. Возможен отек гортани. Отек слизистой желудочно-кишечного тракта сопровождается кишечной коликой, тошнотой, рвотой (причина диагностических ошибок и необоснованных оперативных вмешательств). Локальный отек кожи, подкожной клетчатки или слизистых оболочек.

Отек Квинке

Первым описал данное состояние врач Генрих Квинке. От его фамилии и произошло название данной патологической реакции. Другое название отека Квинке – ангионевротический отек.

Реакция в виде отека Квинке требует немедленных экстренных мероприятий, включающих оказание первой медицинской помощи. В противном случае состояние может привести к гибели, так как относится к быстротечному типу аллергической реакции, а, следовательно, считается опасной для жизни.

Отек Квинке



Острый стеноз гортани

Стеноз гортани проявляется кашлем, осиплостью голоса, удушьем, стридорозным дыханием, возможна смерть от асфиксии. Стеноз гортани проявляется кашлем, осиплостью голоса, удушьем, стридорозным дыханием, возможна смерть от асфиксии.

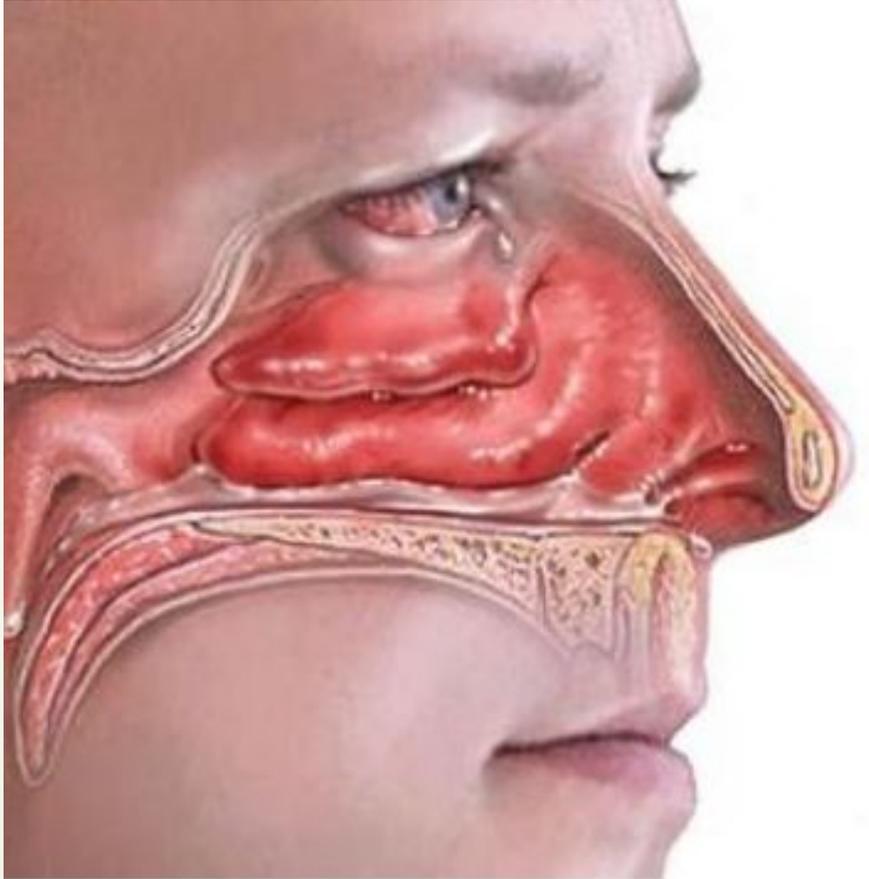


Аллергический конъюнктивит

Гиперемия, отек, инъектированность конъюнктивы, зуд, слезотечение, светобоязнь, отечность век, сужение глазной щели. Гиперемия, отек, инъектированность конъюнктивы, зуд, слезотечение, светобоязнь, отечность век, сужение глазной щели.



Аллергический ринит



Затруднение носового дыхания или заложенность носа, отек слизистой оболочки носа, выделение обильного водянистого слизистого секрета, чихание, чувство жжения в глотке. Затруднение носового дыхания или заложенность носа, отек слизистой оболочки носа, выделение обильного водянистого слизистого секрета, чихание, чувство жжения в глотке.

Токсикодермия

Токсикодермия – токсико-аллергический дерматит – острое воспаление кожных покровов, а иногда и слизистых оболочек, которое развивается под действием раздражителя, проникающего через дыхательные пути, пищеварительный тракт, инъекционно. В большинстве случаев речь идет о лекарственной токсикодермии.

Наиболее частой причиной токсикодермий являются следующие лекарственные препараты: антибиотики, сульфаниламидные препараты, витамины группы В и другие.

Токсикодермия

Субъективные расстройства при токсикодермии сводятся к ощущению зуда, жжения, напряжения и болезненности кожи пораженных участков.

Клиническая картина токсикодермий отличается полиморфизмом: воспалительные пятна, папулы, уртикарные высыпания, везикулы, пузыри, пустулы, узлы. Воспалительные пятна разной формы и величины, различных оттенков располагаются диссеминированно по всему кожному покрову, обычно симметрично. Эритемы склонны к слиянию и на их фоне могут появляться пузырьки и пузыри, при вскрытии которых образуются эрозии, корки. После регресса высыпаний развивается гиперпигментация.

Токсикодермия



Синдром Лайелла (токсический эпидермальный некролиз) — наиболее тяжёлый вариант аллергического буллёзного дерматита





СИНДРОМ ЛАЙЕЛЛА



Синдром Лайелла (токсический эпидермальный некролиз) – острая, тяжелая, токсико – аллергическая реакция кожи на медикаментозный агент, которая проявляется массивной отслойкой эпидермиса, обусловленной апоптозом кератиноцитов, протекающая с вовлечением слизистых оболочек, с потенциально возможным летальным исходом



ЭПИДЕМИОЛОГИЯ

- *Заболеваемость составляет от 0,4 до 6 случаев на 100 000 населения**
- *Чаще встречается у женщин (женщины: мужчины = 1,5: 1).**
- *Прямой зависимости риска заболевания от возраста не выявлено. Группой риска считаются пациенты, ранее перенесшие синдром Лайелла, особенно в детском возрасте.**



Увеличение роста количества
аллергозов и аутоимунных
заболеваний.

«Лечебные коктейли»

Появление новых
лекарственных препаратов и
их активное использование.

Сопутствующие
заболевания, (в т. ч. печени и
почек)



Увеличение количества аллергических реакций на лекарственные
препараты

ЭТИОЛОГИЯ

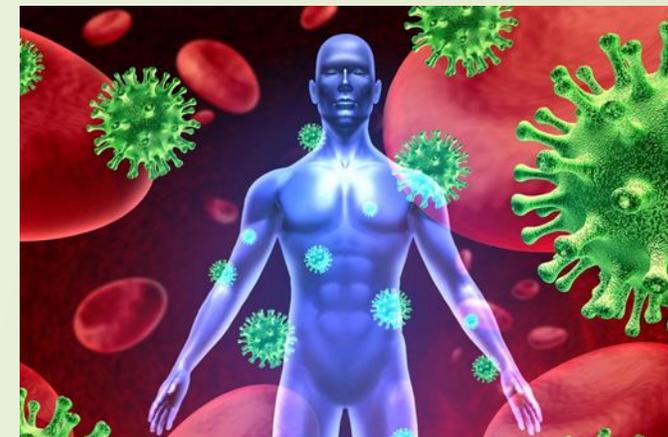
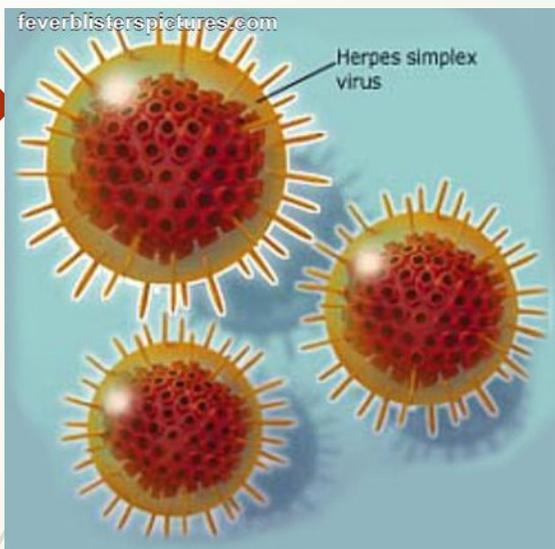


1

2



3



4



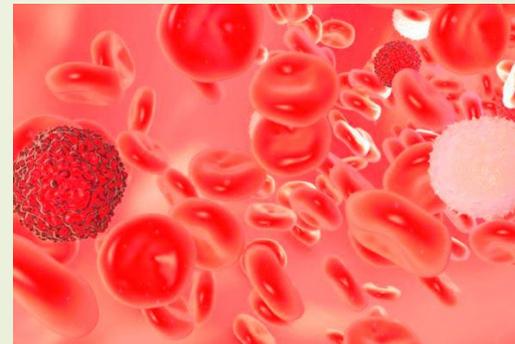
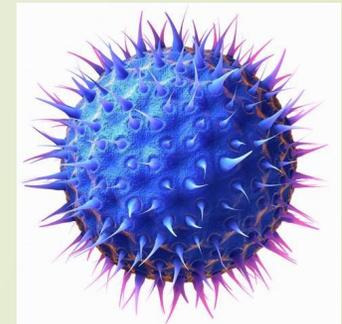
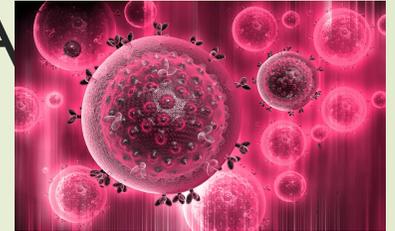
5



ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ СИНДРОМА ЛАЙЕЛЛА

Факторы риска:

1. Предшествующие аллергические реакции на данный препарат.
2. Вирусная инфекция: вирус простого герпеса, ВИЧ, вирус Эпштейн-Барр, цитомегаловирус.
3. Злокачественные новообразования и лейкозы.
4. Лучевая терапия.
5. Иммунизация.
6. Иммунодефицитные состояния.





ПЕРИОДЫ ТЕЧЕНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЯ

1.Продромальный

2.Эрруптивный

3.Критический

3.1 Эритематозная стадия

3.2 Булезная стадия

3.3 Десвамационная стадия

4. Выздоровления

ПРОДРОМАЛЬНЫЙ ПЕРИОД



ЭРУПТИВНЫЙ ПЕРИОД



КРИТИЧЕСКИЙ ПЕРИОД



**Синдром Лайелла. Генерализованная сыпь: отдельные элементы, напоминающие мишень, постепенно сливаются, появляются везикулы. Над ключицами видны пузыри.
Остальные симптомы: эрозии слизистых рта, носа и влагалища, конъюнктивит, отслойка ногтей и выпадение волос**



Синдром Лайелла. Генерализованная пятнистая сыпь сопровождается образованием пузырей, некрозом и отслойкой эпидермиса. При малейшем надавливании эпидермис слущивается пластами (симптом Никольского). Оголенная дерма быстро изъязвляется. Причиной заболевания послужил триметоприм/сульфаметоксазол.

ПЕРИОД ВЫЗДОРОВЛЕНИЯ



**Острое начало,
стремительное
нарастание
симптомов**

Лихорадка

**Симптомы
интоксикации**

Клинические проявления

**Поражение кожи и
слизистых оболочек
-симптом «смоченного
белья»
-симптом «перчаток и
носков»
-Эрозии слизистых
оболочек**

**Присоединение
Вторичной
инфекции**

**Дегидратация
Жажда
Сгущение крови
Почечная
недостаточность**

ФОРМЫ ТЕЧЕНИЯ СИНДРОМА ЛАЙЕЛЛА

Форма течения	Основные характеристики
Молниеносная форма	10 % всех случаев заболевания. Развивается в течении нескольких часов, характерно поражение до 90% поверхности тела. Летальный исход 95 % в течение 2-3 суток
Острая форма	50-60% всех случаев заболевания. Площадь пораженного эпителия может достигать 70%. Заболевание длится до 7-20 суток. Летальность 60%.
Благоприятная течение (сглаженная форма)	Частота до 30% случаев. Поражение кожных покровов и слизистых оболочек не превышает 50% поверхности тела. В течение 3-6 недель состояние, как правило улучшается, д полного выздоровления.



ПРИЧИНЫ ЛЕТАЛЬНОСТИ ПРИ СИНДРОМЕ ЛАЙЕЛЛА

1. Резкая интоксикация
2. Значительные нарушения водно-электролитного и кислотно-основного баланса
3. Развитие тромбогеморрагического синдрома
4. Нарушение гемодинамики и микроциркуляции
5. Резко выраженная гипопроотеинемия
6. Частое присоединение инфекции вплоть до сепсиса, на фоне лейкопении, потери барьерной функции кожи
7. Почечная, печеночная, легочная, сердечная недостаточность.



КРИТЕРИИ УСТАНОВЛЕНИЯ ДИАГНОЗА ТОКСИЧЕСКОГО ЭПИДЕРМАЛЬНОГО НЕКРОЛИЗА

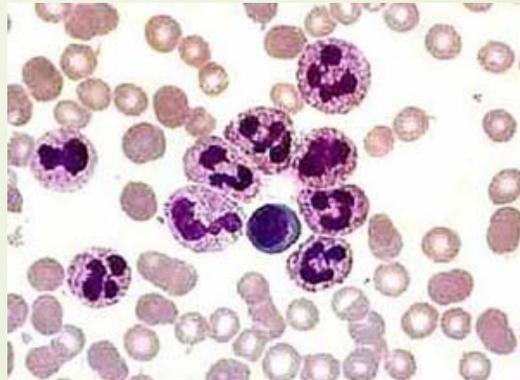
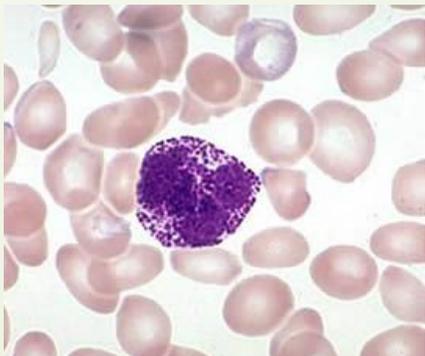
- Внезапное начало
- Тяжелое общее состояние
- Быстро распространяющаяся и сливающаяся эритема, на фоне которой появляются геморрагии
- Болезненность в зоне геморрагий и неизменной кожи
- Отслойка эпидермиса с формированием гигантских пузырей и эрозий (симптом «обожженной кожи»)

ДИАГНОСТИКА

1. Анализ жалоб больного – жалобы пациента на кожные высыпания по типу пузырей, болезненность кожи, повышение температуры тела, выраженную слабость.
2. Данные анамнеза жизни.
3. Результаты объективного осмотра.
4. Общий анализ крови (Повышение СОЭ, нейтрофилез со сдвигом лейкоцитарной формулы влево, эозинофилия (редко), лимфопения, анемия).
5. Биохимический анализ крови – уменьшение количества белка, повышенный уровень билирубина (одной из составляющих частей желчи) указывает на нарушение функции печени, повышенный уровень мочевины (конечного продукта белкового обмена) говорит о нарушении функции почек, электролитные сдвиги.
6. Общий анализ мочи – уровень белка в моче увеличивается, что также говорит о нарушении функционирования почек; гематурия свидетельствует уже о сильном повреждении почек.
7. Гистологическое исследование биоптата кожи.
8. Бактериологический посев содержимого пузырей.

СПЕЦИФИЧЕСКИЕ АЛЛЕРГОЛОГИЧЕСКИЕ ТЕСТЫ

- *Тест дегрануляции базофилов по Шелли
- *Реакция агломерации лейкоцитов по Флеку
- *Реакция бластной трансформации лимфоцитов
- *Гемолитические тесты
- *Пункционная биопсия с использованием замороженных срезов кожи.



ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА

Заболевание	Отличительные признаки
Синдром Стивенса— Джонсона	<ul style="list-style-type: none">-Возможно образование пузырей, но в меньшей степени (< 10% площади кожи), чем при токсическом эпидермальном некролизе (>30% площади кожи)-Симптом Никольского отрицательный
2. Синдром ошпаренной кожи	<ul style="list-style-type: none">-Обычно начинается с насморка и образования корок вокруг естественных отверстий- Пузыри вскрываются с отслойкой поверхностных слоев эпидермиса-Менее тяжелое заболевание; общие симптомы выражены слабее-Конъюнктивы и слизистая оболочка рта не поражены

Заболевание

Отличительные признаки

3. Болезнь Кавасаки

-Кореподобная сыпь; везикулы, буллы и корки не образуются
-Гиперемия конъюнктив без развития гнойного конъюнктивита и эрозий
-Возможны эритематозные высыпания и трещины на губах без изъязвления -слизистой оболочки рта

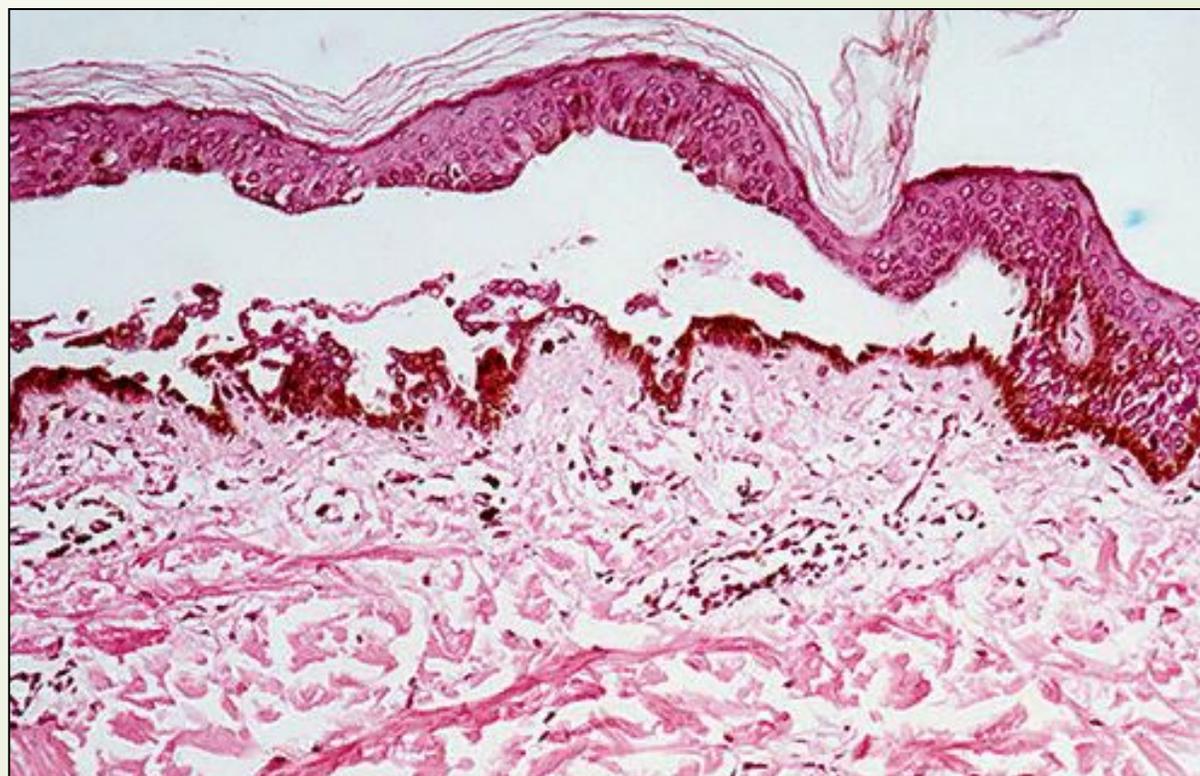
4. Токсический шок

-Диффузная эритема без образования пузырей и эрозий
-Симптом Никольского отрицательный

5. Острый генерализованный экзантематозный пустулез

-Обширная эритема с многочисленными мелкими пустулами
-Пузыри и эрозии отсутствуют

ГИСТОЛОГИЧЕСКАЯ КАРТИНА СИНДРОМА ЛАЙЕЛЛА



ЛЕЧЕНИЕ

ЦЕЛИ ТЕРАПИИ

- Регресс клинических проявлений
- Восстановление функций жизненно важных органов и систем

ПОКАЗАНИЯ К ГОСПИТАЛИЗАЦИИ

- Во всех случаях необходима срочная госпитализация в реанимационное или ожоговое отделение или блок интенсивной терапии.

НЕМЕДИКАМЕНТОЗНОЕ ЛЕЧЕНИЕ

РЕЖИМ

Стерильная палата, индивидуальный уход

ДИЕТА

Адаптированное или парентеральное питание

ЭКСТРАКОРПОРАЛЬНАЯ ДЕТОКСИКАЦИЯ

- гемосорбция,
- высокообъемный плазмаферез,
- плазмафильтрация



МЕДИКАМЕНТОЗНОЕ ЛЕЧЕНИЕ

НАРУЖНОЕ

- Обработка слизистых оболочек глаз, ротовой полости, гениталий 3-4 раза в сутки; кожи – 2 раза в сутки:
- Дезинфицирующие растворы: 2 % раствор борной кислоты, 1% раствор танина, раствор фурацилина 1:5000, светло-розовый раствор перманганата калия (1:10 000)
- Комбинированные кортикостероидные препараты в виде аэроэпителизирующие средства:

Состав	Торговое название	Форма выпуска
Гидрокортизона ацетат 1,3 мг + Окситетрациклина гидрохлорид 4 мг	Оксикорт	Аэрозоль - 75,0
Триамцинолона ацетонид 250 мкг + Тетрациклина гидрохлорид 10мг	Полькортолон ТС	Аэрозоль - 40,0

- депроитенизированный гемодериват из телячьей крови (актовегин): гель – на кожу,
- адгезивная паста - на слизистые оболочки полости рта 2-3 раза в сутки изолей -

ОБЩЕЕ ЛЕЧЕНИЕ.

Системная кортикостероидная терапия: метилпреднизолон (метипред) 500-1000 мг/кг в сутки в/в через инфузомат в течение 3 дней с постепенным снижением при стабилизации состояния. Во время применения кортикостероидных препаратов необходимо проведение корригирующей терапии.

Интенсивная трансфузионная терапия до 2 л в сутки под контролем суточного диуреза:

- растворы электролитов (раствор Рингера)
- плазмозамещающие растворы (свежезамороженная плазма, альбумин)
- антибиотикотерапия: антибиотики широкого спектра действия с учетом аллергологического анамнеза и результатов посева. Не использовать антибиотики пенициллинового ряда!
- цефтриаксон (роцефин) 1000 мг в/в 1-2 раза в сутки
- цефотаксим (клафоран) 1000 мг в/в 2 раза в сутки
- цефпиром (фортум) 1000 мг в/в 2 раза в сутки
- Симптоматическая терапия - по показаниям

ТЕЧЕНИЕ И ПРОГНОЗ

Как правило, заболевание прогрессирует в течение 1—3 сут. Далее течение во многом сходно с течением ожоговой болезни. Прогноз зависит от распространенности некроза. Чем больше площадь поражения (отслойки эпидермиса), тем выше потери жидкости через кожу и тем сильнее электролитные нарушения.

Летальность при синдроме Лайелла достигает 30% (в основном умирают пожилые)

ПРОГНОЗ

С 2011 года на Западе распространена SCORTEN шкала оценки тяжести синдрома Лайелла. В ней учитываются следующие прогностические факторы:

Прогностические факторы

Возраст пациента > 40 лет;

ЧСС > 120 уд. в мин

Наличие сопутствующего злокачественного онкологического заболевания

Площадь пораженной поверхности тела > 10%;

Уровень мочевины крови > 10 ммоль/л;

Уровень бикарбонатов плазмы < 20 ммоль/л;

Глюкоза крови > 14 ммоль/л.

Наличие каждого фактора увеличивает риск летального исхода. Так, примерный риск смерти составляет: при наличии 1 фактора — до 3,2%; 2-х факторов — 12,1%; 3-х факторов — 35,3%; 4-х факторов — 58,3%; 5 и более факторов — 90%

ЗАДАНИЯ К ЛЕКЦИИ

□ Задача № 1

- Пациент Д., 26 лет обратился к дерматологу с жалобами на зуд, высыпания на кистях рук, предплечьях, которые появились после ремонта, который он осуществлял самостоятельно, не используя средства защиты рук. При осмотре: кожа кистей рук и предплечий рук гиперемирована, отечна, имеются папулы, везикулы с серозным содержимым и единичные эрозии. Клинический анализ крови: эр. – $4,6 \times 10^{12}/л$, Hb – 122 г/л, лейкоц. – $8,0 \times 10^9/л$; э – 10, п/я – 3, с/я – 45, л – 45, м – 3.
- *1. Какой предположительный диагноз?*
- *2. Какие изменения отмечаются в анализе крови?*
- *3. Определите проблемы пациента.*
- *4. назовите основные принципы помощи пациенту.*

ЗАДАНИЯ К ЛЕКЦИИ

□ Задача № 2

□ Больной У. 31 год, после употребления в пищу салата с майонезом через 30 минут почувствовал ощущение удушья, жара, зуд в ротовой полости, тошноту, однократную рвоту, обратил внимание на отек губ. Из анамнеза в детстве – атопический дерматит с сенсibilизацией к пищевым продуктам, домашней пыли. При осмотре: больной повышенного питания, гиперстеник, кожа лица гиперемирована, визуализируется отек языка, верхней и нижней губы, крыльев носа, шеи. Дыхание носом затруднено. В анализе крови: эр. – $5,0 \times 10^{12}/л$, Нв – 115 г/л, лейкоц.– $6,8 \times 10^9/л$; э – 6, п/я – 2, с/я – 59, л – 31, м – 2; IgE в крови – 260 МЕ/мл (норма 0-200 МЕ/мл).

- 1. *Какой предположительный диагноз?*
- 2. *Какие изменения отмечаются в анализе крови?*
- 3. *Определите проблемы пациента.*
- 4. *Определите основные принципы помощи пациенту.*

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

□ Основная:

- Лычев В.К. Сестринское дело в терапии. С курсом первичной медицинской помощи: учебное пособие.- 2-е изд..- М.:ФОРУМ: ИНФРА-М, 2013.- 544с.
- Маколкин, В.И. Сестринское дело в терапии: Учебник.- М.: ООО « Медицинское информационное агенство», 2008.- 544с.
- Обуховец , Т.П. Сестринское дело в терапии с курсом первичной медицинской помощи: Практикум.- Ростов на/Д.: Феникс, 2011.- 416

□ Дополнительная:

- Никитин Ю.П., Чернышев.В.М Руководство для средних медицинских работников ГЭОТАР- Медиа, Москва, 2007.
- Оганов Р.Г. Руководство по медицинской профилактике ГЭОТАР-Медиа, Москва, 2007.
- Фролькис, Л.С. Диагностические исследования при заболеваниях органов кровообращения // Справочник фельдшера и акушерки. - 2008. - №7. – С.11-14.
- Федюкович, Н.И. Внутренние болезни. / Н.И. Федюкович – Ростов н/Д: Феникс, 2010.- 573с.