

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ СТАВРОПОЛЬСКОГО КРАЯ
ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЕ
ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ СТАВРОПОЛЬСКОГО КРАЯ
«ПЯТИГОРСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ КОЛЛЕДЖ»**

**Неотложная помощь детям с
анафилактическим шоком.
Роль медицинской сестры.**

Курсовая работа

СЕРГЕЕНКО НИКИТЫ ЛЬВОВИЧА

Обучающегося IV курса группы 465

Специальность 34.02.01. «Сестринское дело»

Форма обучения: очная

РУКОВОДИТЕЛЬ: ДУЛИНОВА ЕЛЕНА ВЛАДИМИРОВНА

РЕЦЕНЗЕНТ: ОСИПЯН КАРИНА ПЕТРОВНА

ПЯТИГОРСК, 2017

АКТУАЛЬНОСТЬ

Проблема оказания неотложной помощи детям с анафилактическим шоком – наиболее актуальна.

Анафилактический шок внезапно начинается и зачастую молниеносно течёт, представляя опасность для жизни ребенка. Летальность в ряде стран за последние годы растёт.

Цель исследования: Совершенствование профессиональной подготовки медицинской сестры, улучшение качества неотложной помощи при анафилактическом шоке у детей.

Объект исследования: Дети, страдающие анафилактическим шоком.

Предмет исследования: Профессиональная деятельность медицинской сестры при оказании неотложной помощи с анафилактическим шоком у детей

Задачи исследования

1. Изучить современную медицинскую литературу, касающуюся анафилактического шока у детей, а также стандарты действия медицинской сестры при оказании неотложной помощи:
 - Факторы риска и причины развития;
 - Клинические проявления у детей;
 - Особенности диагностики;
 - Принципы лечения и профилактики;
 - Особенности оказания неотложной помощи при данной патологии;
 - Технику сестринского ухода за детьми;
2. Проанализировать информацию, полученную в ходе изучения материалов;
3. Выявить основополагающие моменты в оказании сестрой неотложной помощи детям с данной патологией;
4. Систематизировать знания, полученные на основе теории и практического опыта, и сделать соответствующие выводы.
5. Обозначить роль медицинской сестры при оказании неотложной помощи детям с анафилактическим шоком.



Методы исследования:

Анализ медицинской литературы по данной теме;

Наблюдение;

Практическая значимость работы состоит в том, чтобы выявить роль медицинской сестры при оказании неотложной помощи детям с анафилактическим шоком

для оказания более квалифицированной и профессиональной помощи, спасению детских жизней.



Глава 1. Причины.

Характеристика. Особенности течения анафилактического шока у детей

1.1 Анафилактический шок у детей. Характеристика и причины

1.2 Патогенез. Классификация

Анафилактический шок является аллергической реакцией немедленного типа - 1-го типа. В его основе лежит явление связывания аллергена с тучными клетками, которые располагаются ближе к кровеносным сосудам, и циркулирующими в крови базофилами. Происходит реакция взаимодействия между попавшим в организм аллергеном и иммуноглобулином E, в результате чего из тучных клеток высвобождается гистамин, медиатор воспаления. В результате действия гистамина, а так же простогландинов и лейкотриенов, происходит повышение проницаемости сосудистой стенки, спазм бронхиол, гиперсекреция слизи, а так же выход жидкой части крови (плазмы) в межклеточное пространство. В результате патологического действия гистамина происходит резкое увеличение емкости сосудистого русла и резкое уменьшение ОЦК (объема циркулирующей крови), снижается давление, а это в свою очередь приводит к уменьшению венозного возврата крови к сердцу и уменьшению ударного объема сердца

Классификация

анафилактического шока. Виды

. Варианты анафилактического проявления:

Затяжной – протекает медленнее, чем развивается **острый** тип. Например, при инъекциях лекарственных веществ длительного действия.

Молниеносный тип отмечается острой дыхательной и сосудистой недостаточностью. Первые клинические проявления требуют оказания неотложной помощи. Острые аллергические реакции опасны резким течением, которое приводит к потере сознания.

Рецидивирующий тип характеризуется возобновлением проявлений аллергического шока. Это происходит из-за повторного попадания вещества в организм без ведома пациента.

1.3 Клиническая картина анафилактического шока у детей

Характерно многообразие симптомов: 1. Зуд кожи или чувство жара во всем теле («словно крапивой обожгло»); 2. Возбуждение, беспокойство, внезапно наступающая общая слабость; 3. Покраснение лица, крапивница; 4. Чихание, кашель, затрудненное дыхание, удушье, страх смерти, проливной пот; 5. Головокружение, потемнение в глазах; 6. Тошнота, рвота, боли в животе, позывы к дефекации, жидкий стул (иногда с примесью крови); 7. Непроизвольное мочеиспускание, дефекация, коллапс, потеря сознания.

При осмотре окраска кожных покровов может меняться: у больного с бледностью лица кожа приобретает землисто-серый цвет с цианозом губ и кончика носа. Часто обращают на себя внимание гиперемия кожи туловища, высыпания типа крапивницы, отек век, губ, носа и языка, пена у рта, холодный липкий пот. Зрачки обычно сужены, почти не реагируют на свет.

1.4 Особенности лечения и профилактики

- Лечение анафилактического шока состоит в оказании срочной помощи больному, так как минуты и даже секунды промедления и растерянности могут привести к смерти больного от асфиксии, тяжелейшего коллапса, отека мозга, отека легких и т.д.
- Принцип лечения больных с анафилактическим шоком основан на нейтрализации биологически активных веществ, высвободившихся в кровь в результате реакции антиген—антитело, и ликвидации надпочечниковой недостаточности. Одновременно необходимо вывести больного из состояния острой сердечнососудистой недостаточности, асфиксии, снять спазм гладкой мускулатуры бронхов, снизить экссудацию бронхиальных желез, уменьшить проницаемость сосудистой стенки и предотвратить поздние осложнения — функциональные нарушения сердечнососудистой системы, почек и желудочно-кишечного тракта. Медицинская помощь больному должна производиться четко, быстро и в правильной последовательности, так как от этого зависит успех лечения.

Глава 2. Особенности оказания неотложной помощи детям с анафилактическим шоком. Роль медицинской сестры

2.1 Неотложная помощь детям с анафилактическим шоком

- 1. Немедленное введение антигистаминных(супрастин, димедрол)**
 - 2. Холод на место инъекции.**
 - 3. Холод к голове(профилактика отёка мозга)**
 - 4. Придать правильное положение(поднятый ножной конец) для улучшения гемодинамики.**
 - 5. Повернуть голову на бок, зафиксировать язык.**
 - 6. Инъекция адреналина.**
 - 7. Гормональная терапия (преднизолон, гидрокортизон.)**
- При оказании неотложной помощи важно не терять времени.**
Инъекции сначала целесообразно проводить внутримышечно, только при ухудшении состояния использовать вену.

- *Анализ случая из практики, иллюстрирующего сестринский уход за детьми с первыми признаками анафилаксии*
- Маша В., 6 месяцев, находилась в процедурном кабинете. После проведения внутримышечного введения витамина «В1», внезапно ребёнок стал беспокойным, дыхание - стридорозным. На кожных покровах появились элементы крапивницы.
- **Осуществляя I этап сестринского ухода - сестринское обследование**, была заполнена медицинская документация - лист первичной сестринской оценки. Проводя анализ, делаем вывод, что состояние пациентки тяжелое. Кожные покровы с высыпаниями, выражена интоксикация.
- Исходя из полученных данных обследования пациента, переходим к **осуществлению II этапа сестринского ухода - определение проблем пациента** выявляем нарушенные потребности, определяем проблемы (настоящие, приоритетные, потенциальные).

- **Настоящие проблемы:** беспокойство, нарушение дыхания, высыпания на кожных покровах.
- **Приоритетные проблемы:** нарушение дыхания.
- **Потенциальные проблемы:** риск развития отёка головного мозга, судорог, асфиксии.
- **Цель:** ликвидировать анафилактическую реакцию на введение препарата.
- **Краткосрочная цель:** исчезнет нарушение дыхания, беспокойство.
- **Долгосрочная цель:** ребёнок будет здоров.
- **На III этапе сестринского ухода мы составляем план необходимой помощи пациенту.** Подготовка больной к манипуляциям.
- **На IV этапе происходит реализация плана сестринского ухода.**

План сестринского ухода

ЭТАПЫ	ОБОСНОВАНИЕ
1. Восстановить дыхание, если оно нарушено, удалить слизь из ВДП, голову на бок для профилактики аспирации, опустить голову, поднять ноги, холод на место инъекции!	1. С целью восстановления дыхания и проходимости дыхательных путей для профилактики аспирации; для улучшения притока крови к голове, уменьшение всасывания медикамента и воздействия на организм!
2. Холод к голове! Тепло к ручкам и ножкам!	2. С целью ликвидации отёка головного мозга
3. Освободить от стесняющей одежды	3. Для облегчения экскурсии легких
4. Дать доступ свежего воздуха, увлажненного кислорода	4. Для обеспечения кислородом

<p>5. Ввести антигистаминные препараты 1 поколения (супрастин, тавегил и т. д.)</p>	<p>5. С целью ликвидации бурной аллергической реакции</p>
<p>6. Ввести гормональные средства и адреналин</p>	<p>6. Для профилактики надпочечниковой недостаточности</p>
<p>7. Ввести глюконат кальция в/в раствор 10% глюконата кальция 1мл/кг, после предварительного разведения раствором глюкозы в два раза.</p>	<p>7. Для укрепления «сосудистой» стенки и с реанимационной целью</p>

- После спланированного сестринского вмешательства переходим к **V этапу сестринского ухода - оценке эффективности всех предыдущих этапов:** пациентка чувствует себя хорошо, симптомов анафилаксии нет.
- Углублённо изучив, проанализировав случай из практики, сделан вывод, что цель работы медицинской сестры достигнута. В ходе работы было показано, что использование всех этапов сестринского ухода, позволяют повысить качество сестринской помощи.

2.2 Проведение манипуляций и реанимационных мероприятий

ИВЛ

- **1. Уложите пострадавшего на спину на жесткое основание.**
- **2. Расстегнуть стесняющую одежду.**
- **3. Пальцами обеих рук захватите нижнюю челюсть пострадавшего около ушной раковины и сместите челюсть вперед и вверх так, чтобы нижние и верхние зубы располагались в одной плоскости.**
- **4. Большими пальцами сместите нижнюю челюсть и откройте рот пострадавшему (эти приемы используют при западении языка).**
- **5. повернув голову пострадавшего на бок, пальцами, обернутыми носовым платком или марлей, круговыми движениями обследуйте полость рта и очистите ее от слизи, рвотных масс, крови, мокроты и т.д.**
- **6. При наличии инородных тел в ротовой полости 2-3 пальцами, как пинцетом, постарайтесь захватить и удалить его (если это возможно). Для удаления инородных тел из других отделов дыхательных путей используйте один из приемов, описанных выше.**
- **7. Подведите левую руку под шею, а правую положите на лоб и запрокиньте голову пострадавшего назад.**
- **8. Под лопатки подложите валик. В таком положении язык отходит от задней стенки глотки, таким образом, устраняется препятствие на пути воздуха, и просвет дыхательных путей наибольший.**

2.3 Роль медицинской сестры при оказании неотложной помощи детям с анафилактическим шоком

Роль медицинской сестры в организации и проведении ухода за детьми с данной патологией неопределима. От ее профессионализма зависит здоровье и жизнь ребенка. Необходимо постоянно повышать профессиональный уровень медицинских сестер, эффективность информационно-разъяснительной работы с населением; поддерживать рост интереса к данной области медицинских знаний. Разработаны рекомендации по оптимизации роли медсестры для повышения эффективности её работы и обеспечения высокого уровня профессионализма. Ведь выявление и своевременное устранение первых признаков анафилаксии позволяет избежать клинической манифестации анафилактического шока.

Общие выводы

- Для высокопрофессионального оказания неотложной помощи детям с анафилактическим шоком медицинская сестра должна обладать необходимым уровнем теоретических знаний, умений и выполнять сестринские манипуляции, используя современные технологии.
- Изучение научно – методической литературы, приказов дает возможность правильно организовать и осуществлять помощь.
- Глубокие знания особенностей работы медицинской сестры при данной патологии у детей помогают более квалифицировано осуществлять данную профессиональную деятельность.
- Уточнение алгоритма по оказанию неотложной помощи при анафилактическом шоке детям проводится с целью постоянного улучшения качества данной помощи.

Общие выводы (продолжение)

- Роль медицинской сестры в организации и проведении ухода за детьми с данной патологией неопределима. От ее профессионализма зависит здоровье и жизнь ребенка. Необходимо постоянно повышать профессиональный уровень медицинских сестер, эффективность информационно-разъяснительной работы с населением; поддерживать рост интереса к данной области медицинских знаний.
- Разработаны рекомендации по оптимизации роли медсестры для повышения эффективности её работы и обеспечения высокого уровня профессионализма. Ведь выявление и своевременное устранение первых признаков анафилаксии позволяет избежать клинической манифестации анафилактического шока. При введении антигистаминных и гормональных препаратов, ликвидирующих причину патологии, прогноз благоприятный. В исключительно редких случаях, при отсутствии своевременной неотложной помощи может наступить гибель ребенка.



- Дефибриллятор



- Шкаф для лекарственных препаратов

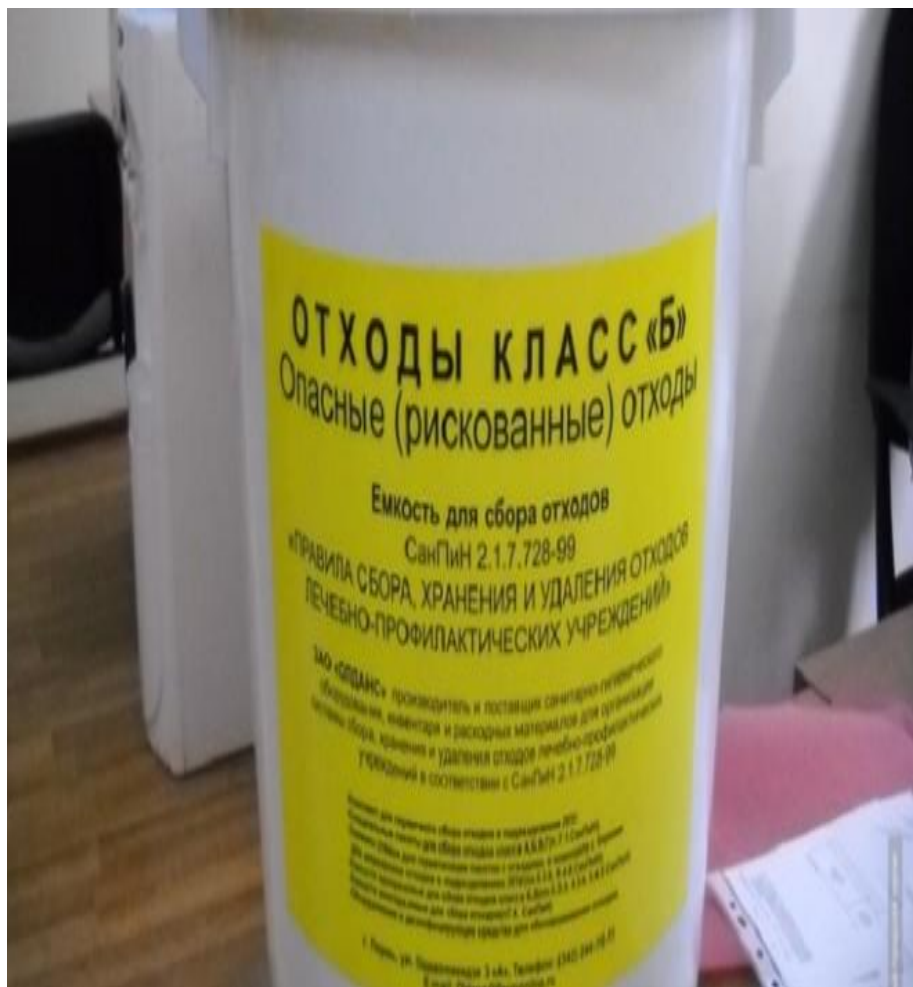
Детское реанимационное отделение



антибактериальное мыло для рук



- Оксилосепт-дезинфицирующее средство для рук



- Урна для отходов класса-В



- Лоток для использованных перчаток



- Манипуляционные, нестерильные перчатки



- **Увлажнитель кислорода**









8 месяцев





















2. Сбалансированное питание, содержащее железо, способно предупредить развитие латентного дефицита железа. К неспецифическим профилактическим мероприятиям ЖДА относятся: естественное вскармливание со своевременным введением блюд прикормов: овощное пюре ассорти (картофель, свекла, морковь, капуста, кабачки и т.д.), протертую говяжью или телячью печень, смешанную с овощным пюре, мясной фарш и т.д. Необходимо отдавать предпочтение гречневой, ячменной, перловой каше. Варить каши следует на воде или, лучше на овощном отваре.



Спасибо за внимание!

