**Шенталинский филиал государственного бюджетного**

**профессионального образовательного учреждения**

**«Тольяттинский медицинский колледж»**

**Комплексное**

**методическое обеспечение**

 темы «Сестринский уход при аллергических заболеваниях»

 **ПМ 02. Участие в лечебно – диагностическом и реабилитационном процессах**

**МДК 02.01. Сестринский уход при различных заболеваниях и состояниях**

**«Сестринский уход в терапии»**

**Специальность: 34.02.01 Сестринское дело**

**Шентала, 2018 г**

|  |  |
| --- | --- |
| **Рассмотрено и утверждено на заседании ЦМК «Обще - профессиональных****дисциплин и профессиональных модулей****Протокол № \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ от****«\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_г.****Председатель ЦМК****\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Н.В.Павлова** | **Составлено в соответствии с требованиями ФГОС к содержанию и уровню подготовки выпускников по****специальности: 34.02.01 Сестринское дело** **Зав. отделом по УР****«\_\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_\_г.****\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Е. С. Кузьмина**  |
|  |  |

**Разработал преподаватель: Баранова С.А.**

**Пояснительная записка**

1.Тема рассчитана на 2 часа теоретического и 4 часа практического занятий.

2.В комплексное методическое обеспечение темы (КМО) входят методическая разработка теоретического занятия для преподавателя, методическая разработка практического занятия для преподавателя, методическая разработка практического занятия для студентов, контрольные вопросы, задания в тестовой форме, лекционный материал, ситуационные задачи, эталон ответов, алгоритмы манипуляций и неотложных состояний список литературы.

**3.Требования к знаниям и умениям студентов:**

 **студент должен знать:**

- причины, основные клинические проявления и симптомы заболеваний;

- возможные осложнения и их профилактику;

- методы диагностики проблем пациента;

- организацию и оказание сестринской помощи;

- подходы к лечению, уходу, принципам рационального и диетического питания;

- пути введения лекарственных препаратов

- роль сестринского персонала при проведении реабилитационных процессов – виды, формы и методы реабилитации

- правила использования оборудования, аппаратуры, изделий медицинского назначения

**уметь:**

**-**  готовить пациента клечебно-диагностическим вмешательствам;

- осуществлять сестринский уход за пациентом при различных заболеваниях и состояниях;

- консультировать пациента и его окружение по применению лекарственных средств;

- осуществлять реабилитационные мероприятия в пределах своих полномочий в условиях ПМСП и стационара;

- осуществлять фармакотерапию по назначению врача;

- проводить комплексы упражнений лечебной физкультуры, основные приемы массажа;

- проводить мероприятия по сохранению и улучшению качества жизни пациента;

- осуществлять паллиативную помощь пациентам;

-  вести утвержденную медицинскую документацию;

**4.Формируемые компетенции на занятии:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Код** | **Наименование результата обучения** |
| ПК 2.1. |  Представлять информацию в понятном для пациента виде, объяснять ему суть вмешательств |
| ПК 2.2. |  Осуществлять лечебно-диагносктические вмешательства, взаимодействуя с участниками лечебного процесса |
| ПК 2.3.  |  Сотрудничать со взаимодействующими организациями и службами |
| ПК 2.4. | Применять медикаментозные средства в соответствии с правилами их использования |
| ПК 2.5. | Соблюдать правила пользования аппаратурой, оборудованием и изделиями медицинского назначения в ходе лечебно-диагностического процесса |
| ПК 2.6. | Вести утвержденную медицинскую документацию |
| ПК 2.7. | Осуществлять реабилитационные мероприятия |
| ПК 2.8. | Оказывать паллиативную помощь |

 В процессе освоения ПМ 02. студенты должны овладеть общими компетенциями:

|  |  |
| --- | --- |
| ОК. 1 | Понимать сущность и социальную значимость своей будущей профессии, проявлять к ней устойчивый интерес  |
| ОК. 2 | Организовывать собственную деятельность, выбирать типовые методы и способы выполнения профессиональных задач, оценивать их выполнение и качество |
| ОК. 3 | Принимать решения в стандартных и нестандартных ситуациях и нести за них ответственность |
| ОК. 4 | Осуществлять поиск и использование информации, необходимой для эффективного выполнения профессиональных задач, профессионального и личностного развития |
| ОК. 5 | Использовать информационно-коммуникационные технологии в профессиональной деятельности |
| ОК. 6 | Работать в коллективе и в команде, эффективно общаться с коллегами, руководством, потребителями |
| ОК. 7 | Брать на себя ответственность за работу членов команды (подчиненных), за результат выполнения заданий |
| ОК. 8 | Самостоятельно определять задачи профессионального и личностного развития, заниматься самообразованием, осознанно планировать и осуществлять повышение квалификации |
| ОК. 9 | Ориентироваться в условиях смены технологий в профессиональной деятельности |
| ОК. 10 | Бережно относиться к историческому наследию и культурным традициям народа, уважать социальные, культурные и религиозные различия |
| ОК. 11 | Быть готовым брать на себя нравственные обязательства по отношению к природе, обществу и человеку |
| ОК. 12 | Организовывать рабочее место с соблюдением требований охраны труда, производственной санитарии, инфекционной и противопожарной безопасности |
| ОК. 13 | Вести здоровый образ жизни, заниматься физической культурой и спортом для укрепления здоровья, достижения жизненных и профессиональных целей |
| ОК. 14 | Исполнять воинскую обязанность, в том числе с применением полученных профессиональных знаний (для юношей). |

Методическая разработка темы

«Сестринский уход при аллергических заболеваниях»

**Организационные формы:**

1. Теоретическое занятие - 90 мин.

2.Практическое занятие - 270 мин.

Цели и задачи:

- **образовательная:** сформировать знания по определению понятия "аллергия"; причинам и факторам риска: симптомам; типичным проблемам пациента; принципам оказания доврачебной помощи при анафилактическом шоке; профилактическим мероприятиям; повторить и обобщить материал по теме. «Сестринский уход при заболеваниях костно-мышечной системы и соединительной ткани»; научить студентов выполнять сестринское обследование пациентов с аллергическими заболеваниями, проводить анализ собранной информации, выявлять проблемы пациента, планировать, реализовать и оценить эффективность сестринских вмешательств, выполнять манипуляции и процедуры, оказывать неотложную помощь при анафилактическом шоке; активизировать внимание; формировать умения анализировать, сравнивать, обобщать.

**-развивающая:** формировать умение систематизировать, обобщать, выделять главное; развивать творческое воображение, мышление, логику, наблюдательность; развивать коммуникативные умения: вести дискуссию, слушать и слышать собеседника; делать выводы, анализировать информацию; совершенствовать все виды речевой деятельности; повысить общую грамотность; осуществлять самоконтроль.

**-воспитательная:** создание атмосферы доброжелательности, воспитание чувства ответственности, уважения друг к другу, уверенности в себе, взаимопонимания, умения осуществлять самоконтроль, формировать умение отстаивать собственную позицию, воспитывать трудолюбие и прилежание, чувство ответственности за всех и за каждого; воспитывать умение работать индивидуально и в команде; умение объективно оценивать ответы своих товарищей.

Форма работы: коллективная, парная, индивидуальная.

Тип занятия: комбинированный.

Вид традиционного занятия: теоретический, практический.

Место проведения: аудитория, кабинет доклинической практики

Оснащение занятия:

Средства обучения: учебники, алгоритмы практических манипуляций, предметы ухода за больными, инструменты

Средства контроля: контрольные вопросы, задания в тестовой форме, ситуационные задачи.

Интеграция темы

**Межпредметные связи.**

**Истоки:**

1. МДК 04.02.

2. Анатомия и физиология человека.

3. Фармакология.

4. МДК 02.01 Раздел 11. Сестринский уход в педиатрии.

5. Основы патологии.

6. Фармакология.

Внутрипредметные связи.

1.Первичная медико-санитарная помощь. Сестринское обследование пациентов терапевтического профиля.

2.Сестринский уход при заболеваниях костно-мышечной системы и соединительной ткани.

Выход: практическая деятельность медсестры.

Методы проведения: объяснительно-иллюстративный, репродуктивный, информационно­развивающий, проблемный.

**Методическая разработка теоретического занятия**

**для преподавателя**

**Тема: «**Сестринский уход при аллергических заболеваниях»

**Организационная форма:**

**Теоретическое занятие** – 2ч.- 90 мин.

**Цели и задачи:**

**- образовательная:** научить применять полученные знания по определению понятия "аллергия";

причинам и факторам риска; симптомам; типичным проблемам пациента; принципам оказания доврачебной помощи при анафилактическом шоке; профилактическим мероприятиям; повторить и обобщить материал по теме. «Сестринский уход при заболеваниях костно-мышечной системы и соединительной ткани»; активизировать внимание; формировать умения анализировать, сравнивать, обобщать.

**- развивающая:** формировать умение систематизировать, обобщать, выделять главное; развивать коммуникативные умения: вести дискуссию, слушать и слышать собеседника; развивать умение работать с текстом, делать выводы, анализировать информацию, совершенствовать все виды речевой деятельности; повысить общую грамотность.

**- воспитательная:** создание атмосферы доброжелательности, воспитание чувства ответственности, уважение друг к другу, уверенности в себе, взаимопонимания, умение осуществлять самоконтроль, формировать умение отстаивать собственную позицию, воспитывать трудолюбие и прилежание, чувство ответственности за всех и за каждого; умение объективно оценивать ответы своих товарищей.

**Формы работы:** коллективная.

**Тип занятия:** теоретическое занятие.

**Вид традиционного занятия:** лекция.

**Место проведения:** аудитория.

**Средства обучения:** методическая разработка, учебник.

**Средства контроля:** контрольные вопросы.

**Интеграция темы**

**Межпредметные связи.**

**Истоки:**

1. МДК 04.02.

2. Анатомия и физиология человека.

3. Фармакология.

4. МДК 02.01 Раздел 11. Сестринский уход в педиатрии.

5. Основы патологии.

6. Фармакология.

Внутрипредметные связи.

1.Первичная медико-санитарная помощь. Сестринское обследование пациентов терапевтического профиля.

2.Сестринский уход при заболеваниях костно-мышечной системы и соединительной ткани.

Выход: практическая деятельность медсестры.

**Методы проведения**: объяснительно - иллюстративный, информационно-развивающий.

**План проведения теоретического занятия.**

**Тема: «**Сестринский уход при аллергических заболеваниях**»**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **№** | **Название** | **Описание** | **Цель** | **Время** |
| 1 | Организационная часть | Контроль формы одежды. Отметка присутствующих. Объявить тему и определить цели занятия.  | Подготовить студентов к работе, мобилизовать внимание. | 2 мин |
| 2 | Вводное слово | Раскрыть важность и актуальность темы. | Активизировать познавательную деятельность. | 3 мин |
| 3 | Контроль исходного уровня знания | Письменный опрос по контрольным вопросам (Приложение 1).1.Причины и факторы риска развития заболеваний костно-мышечной системы.2.Клинические проявления ревматоидного артрита.3.Принципы диагностики, лечение.4.Причины и факторы риска развития заболеваний соединительной ткани.5. Клинические проявления системной красной волчанки.6.Принципы, диагностика, лечение. | Закреплениепройденногоматериала,корректировказнаний, подготовкак практическойдеятельности. | 10 мин. |
| 4 | Изучение нового материала | Преподаватель поэтапно освещает ключевые вопросы по теме (Приложение 2):1. Анафилактический шок: причины и факторы риска, клинические проявления, доврачебная помощь.2.Отёк Квинке: причины и факторы риска, клинические проявления, доврачебная помощь.1. Сывороточная болезнь: причины и факторы риска, клинические проявления, доврачебная помощь.
2. Принципы лечения.
3. Профилактика аллергических заболеваний.
 | Приобретение новых знаний, представлений. | 70 мин. |
| 5 | Заключение. | Итог. Объявление темы следующей лекции: «Общие вопросы клинической фармакологии. Клиническая фармакология антиангинальных и гипотензивных средств».Задание на дом: используя учебное пособие ответить на вопросы:1.Перечислить сестринские диагнозы при аллергических заболеваниях.2.Назовите причины этих заболеваний.3.В чем заключается неотложная помощь? Материалы лекции. | Выяснение степени достижения цели. | 5 мин. |

Литература:

1. Основы сестринского дела в терапии, В.Г Лычев. В.К. Карманов, 2008 год.

2.Сестринское дело в терапии с курсом ПМП, Смолева Э.В., 2010 г.

Приложение №1

Ответы к контрольным вопросам

1. Причины и факторы риска развития заболеваний костно-мышечной системы.
* Наследственность
* нарушения иммунокомпетенгной системы
* инфекционные агенты: ретровирусы, вирусы краснухи, герпеса, микоплазма, цитомегаловирус и др.
* избыточный вес
* травмы, спортивные перегрузки
* профессиональные нагрузки, возраст старше 50 лет
1. Клинические проявления ревматоидного артрита.
* начинается постепенно или остро (реже)
* характерно множественное поражение мелких и средних суставов конечностей
* суставы деформируются, их функции нарушаются
* постепенно поражается все большее число суставов
* боль в пораженных суставах при движении
* температура тела повышается
* развиваются слабость, потливость
* припухлость суставов
* объем движений в них ограничен
* в дальнейшем наступает полная неподвижность (анкилоз)
1. Принципы диагностики, лечения.
* ОАК - признаки анемии, лейкоцитоз, увеличение СОЭ
* БАК - диспротеинемия, увеличение крличества фибриногена
* ИИ (иммунологическое исследование) - наличие ревматоидного фактора, снижение ко­личества Т-лимфоцитов, обнаруживаются ЦИК (циркулирующие иммунные комплексы)
* Рентгенография суставов - эпифизарный остеопороз, сужение суставной щели, краевые эрозии
* Радиоизотонное исследование с технецием
* Исследование синовиальной жидкости (ревматоидный фактор)
* Биопсия синовиальной оболочки

Лечение:

лечение должно быть комплексным

1. Базисные средства:

* аминоколиновые препараты: делагил, планквенил (назначают длительно, годами)
* цитостатики: азотиаприн, метатрексат. винкристин (побочные действия - лейкопения, тромбоцитопения, анемия)
* кортикостероиды: преднизолон, метипред (прием после еды)
* соли золота: кризанол, тауредон
* нестероидные противовоспалительные препараты: диклофенак, кетанол, вольтарен (после еды)
* сосудистые препараты: пентоксифиллин. Трентал

2. Дополнительные методы:

* лечебная физкультура, массаж
* экстракорпоральные методы лечения: гемосорбция, плазмоферез

3.Хирургическое лечение: протезирование

4. Санаторно-курортное лечение: Старая Русса, Хилово, Сестрорецкий курорт, Кисловодск.

4.Причины и факторы риска развития заболевании соединительной ткани.

Не установлена.

Провоцирующими факторами являются лекарственная аллергия, переохлаждение, чрезмерная инсоляция, воздействие вибрации, физические и психические травмы, эндокринные нарушения, инфекционные заболевания, генетическая предрасположенность.

5.Клинические проявления системной красной волчанки.

* Болеют преимущественно женщины детородного возраста (20-30 лег). На начальных этапах заболевания отмечаются слабость, снижение массы тела, немотивированное повышение температуры, боль в суставах, нарушение аппетита, сна.
* Поражение кожи и слизистых оболочек: симптом «бабочки» на лице (стойкая эритема в области щек и носа в виде бабочки), выраженное покраснение губ с сероватыми чешуйками и корочками, трофические нарушения, эритематозные пятна, высыпания, эрозии, изъязвления на коже и слизистых различной локализации.
* Поражение опорно-двигательного аппарата: интенсивные длительные боли в одном или нескольких суставах, утренняя скованность в суставах, деформация суставов, асептические некрозы головок костей, мышечная слабость, боли в мышцах.
* Поражение внутренних органов: плеврит, легочная гипертензия, перикардит, миокардит, недостаточность кровообращения, пороки сердца, эрозивный гастрит и дуоденит, желтуха, волчаночный нефрит.
* Поражение нервной системы: астеновегетативный синдром, менингоэнцефалит,энцефалит, полиневрит.
* Характерно увеличение лимфатических узлов, печени и селезенки.

6.Принципы диагностики, лечения.

* OAK, ОАМ.
* Биохимический анализ крови.
* Исследование крови на LE-клетки.
* Иммунологические исследования крови, серологические реакции.
* ЭКГ.
* ФКГ.
* Биопсия кожи, мышц, лимфатических узлов.
* Компьютерная томография головного мозга.

Лечение

* Лечебный режим.
* Лечебное питание.
* Медикаментозное лечение: глюкокортикостероиды, препараты калия, витамины, анаболические гормоны, мочегонные, гипотензивные, нестероидные противовоспалительные препараты, цитостатики, иммунотерапия, антиагреганты и антикоагулянты.
* Плазмаферез.
* ЛФК, массаж.
* Санаторно-курортное лечение.

**Приложение 2**

ЛЕКЦИОННЫЙ МАТЕРИАЛ

Острые аллергозы

Аллергические заболевания (аллергозы) - представляют собой неоднородную группу болезней, в основе которых лежит аллергия.

Аллергия (аллергическая реакция, гиперчувствительность) - это состояние повышенной чувствительности у отдельных лиц в ответ па повторное введение аллергенов - веществ, которые у других людей этих состояний не вызывают.

* 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 аллергических реакций

Типы аллергических реакций:

1.АР (гиперчувствительность) немедленного типа развивается в течение 15-20 мин., по своему смыслу является полным синонимом антительного реагинового 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, конъюнктива глаз, кишечник

2.АР (гиперчувствительность) замедленного типа развивается через 1-2 суток, в основе лежит механизм воздействия попадающего в организм аллергена на

сенсибилизированные лимфоциты с секрецией различных медиаторов, называемых лимфокинами, которые преимущественно и ответственны за развитие аллергической реакции

Классификация аллергенов

1.Экзоаллергены попадают в организм извне,делятся на:

- аллергены неинфекционного происхождения (бытовые. промышленные, пищевые, пыльцевые, эпидермальные и пр.)

- аллергены инфекционного происхождения (бактериальные, грибковые и др.)

2.Эндоаллергены (аутоаллергены), образуются в самом организме

Очень важно знать, какой именно аллерген является причиной аллергической реакции у больного. Решить эту задачу призваны помочь аллергологические кабинеты (а в крупных городах и аллергологические стационары). В этих кабинетах имеется набор инфекционных и неинфекционных аллергенов, выпускаемых специальными производственными институтам, также входящими в систему аллергологической службы. Эти аллергены в определенной последовательности наносят скарификационно на кожу предплечья и в строго установленные сроки изучают кожную реакцию на каждый из аллергенов. Всем медицинским работникам следует помнить, что направлять больных для обследования в аллергологические кабинеты необходимо в период ремиссии, так как контакт с аллергеном в период обострения болезни может привести к резкому ухудшению состояния больного.

Сывороточная болезнь - эго тяжело протекающая аллергическая реакция, возникающая после введения чаще всего лошадиной сыворотки, входящей в состав противостолбнячной (либо другой лечебной) сыворотки или других препаратов.

* симптомы сывороточной болезни могут развиваться и при введении некоторых

лекарственных препаратов, содержащих белок и вещества иного животного происхождения (инсулин, АКТГ, печеночные препараты и др.)

Этиология:

* частота сывороточной болезни зависит от вида и дозы вводимого белкового

препарата, степени его очистки и широты применения

* у детей грудного возраста сывороточная болезнь встречается редко
* с возрастом частота, интенсивность и тяжесть заболевания возрастают
* инкубационный период от введения препарата до начала развития заболевания длится 7-12 дней, но может сократиться до нескольких часов или удлиняться до8 нед. и более

в развитии сывороточной болезни принимает участие ряд иммунных механизмов, из которых ведущим является повреждающее действие почек циркулирующими иммунными комплексами

**Клиническая картина:**

клиника сывоточной болезни отличается многообразием симптомов

* течение заболевания обусловлено различием видов и типов образующихся

антител

* острый период начинается с повышения температуры тела - от субфебрильных цифр (наблюдается чаще) до 39-40 С
* больных беспокоят боли и скованность в суставах
* в дальнейшем появляется сыпь, чаще всего вместе введения сыворотки, затем она распространяется по всему телу
* характер сыпи разнообразный: от эритематозной до геморрагической
* появление сыпи нередко сопровождается отеками, преимущественно на лице
* увеличиваются лимфатические узлы, возможно увеличение селезенки
* при сывороточной болезни в процесс, как правило, вовлекается сердечно­сосудистая система: появляются боли в области сердца, одышка, сердцебиение, может снизиться артериальное давление
* при тяжелых формах болезни в процесс могут вовлекаться почки, легкие, печень, может развиться гемолитическая анемия
* острый период сывороточной болезни при легкой и средней тяжести течения длится обычно 5-7 суток, развивающиеся изменения носят обратимый характер
* при тяжелом течении заболевание обычно длится 2-3 недели.
* иногда сывороточная болезнь может приобретать рецидивирующий характер с общей длительностью до нескольких месяцев

**Л е ч е н и е**

* мероприятия, проводимые при возникновении сывороточной болезни, зависят от формы ее проявления, т.е. от тяжести течения
* при легкой форме сывороточной болезни можно ограничиться назначением препаратов кальция (внутривенно вводят 10 мл 10% раствора глюконата или хлорида кальция), ангигистаминных средств (внутрь назначают димедрол или супрастин, тавегил или диазолин), аскорутина
* каждый больной сывороточной болезнью должен быть госпитализирован даже при легкой форме заболевания вследствие угрозы развития поздних органных осложнений, вероятность которых очень велика
* при средней и тяжелой формах сывороточной болезни обязательно введение глюкокортикоидных гормонов (20-30 мг преднизолона в сутки) с постепенным снижением дозы по мере стихания клинических проявлений
* отменяют гормоны через 2-3 нед.
* кроме этого, про водяг гепаринотерашпо (10000-20000 ЕД гепарина в сутки), таккак она является средством патогенетического лечения (такая терапия проводится в стационарных условиях под контролем времени свертывания крови)

**Прогноз:**

В подавляющем большинстве случаев прогноз благоприятный, если не возникает тяжелых поражений внутренних органов.

**Профи л а к т и к а :**

* лечебные сыворотки надо вводить по строгим показаниям
* дробное введение сыворотки по Безредке или с предварительным введением разведенных сывороток

предпочтительнее заменять сыворотку человеческим гамма-глобулином: если в анамнезе имеется указание на аллергические реакции, а с лечебной целью необходимо введение противостолбнячной сыворотки, то следует применять не сыворотку, а бычий столбнячный анатоксин или человеческий иммунный гамма-глобулин, приготовленный из сыворотки людей, иммунизированных столбнячным токсином

* там, где этих препаратов нет и приходится вводить сыворотку, рекомендуется провести предварительное тестирование для выявления повышенной чувствительности к сывороткам:
* начинают с постановки скарификационной пробы с нанесением капли водного

раствора сыворотки в разведении 1:100 (у лиц с отягощенным аллергологическим анамнезом начинаютс разведения 1: 1000)

* если проба отрицательная, про водят новую в разведении 1:10
* положительная реакция немедленного (волдырного) типа в течение 20 мин с

кожным зудом, воспалением кожи является противопоказанием к введению чужеродной сыворотки

* при отрицательном результате проводят введение лечебной сыворотки
* после выписки больного из стационара для профилактики рецидивов сывороточной болезни рекомендуется не употреблять в пищу кумыс и конское мясо (во избежание развития перекрестных реакций)

Отек Квинке (апгионевротический отек)

- одна из форм крапивницы распространением процесса на глубоко лежащие отделы кожи и подкожной клетчатки.

Генрих Иренеус Квинке (нем. Heinrich Irenaeus Quincke; 26 августа 1 842. Франкфурт-на- Одере, Германия — 19 мая 1922. Франкфурт-на-Майне, Германия) — немецкий врач-терапевт и хирург, автор большого числа открытий и новшеств в области медицины.

Этиология:

Причины отека Квинке - разнообразные аллергены, их сочетания (пищевые продукты, лекарства, бактерии, стиральные порошки, косметические средства и др.).

**Клиническая картина:**

* внезапно возникают уплотнения кожи и подкожной клетчатки, локализующиеся на губах, щеках, половых органах
* при нажагии на уплотнение не остается
* наибольшую опасность представляет локализация отека в области гортани
* в этом случае сначала появляется «лающий» кашель, затем наступает инспираторная одышка, принимающая.затем инспирагорно-экспираторный характер
* становится с гридорозным, лицо - цианотичным
* летальный исход может наступить от асфиксии
* отек может локализоваться на слизистой оболочке желудочно-кишечного тракта исимулировать клинику острого живота
* при локализации на лице отек может распространиться на серозные мозговые оболочки: появляется головная боль, рвота, иногда судороги

**Лечение:**

* пациенты с отеком Квинке должны быть госпитализированы
* при отеке гортани транспортировка в ЛОР-отделение, так как в любой момент
* может понадобиться трахеотомия
* патогенетическая терапия: введение 0.1 % раствора реналина гидрохлорида 0.3-
* 0,5 мл подкожно, 2 мл 2 раствора супрасгина или 1-2 мл 1% раствора димедрола внуримышечно, 60-90 мг преднизолона внутривенно, ингаляции сальбутамола, алупента, 2-4 мл лазикса внутривенно.

**Прогноз:**

* обычно благоприятный при своевременно оказанной помощи после купирования приступа пациенты направляются к аллергологу для дальнейшего наблюдения и лечения

Анафилактический шок - вид аллергической реакции немедленного типа, который возникает при повторном введении в организм аллергена и является наиболее опасным аллергическим осложнением.

Этиология:

* любое лекарственное средство
* укус насекомых (ос, пчел)
* повторное введение белковых препаратов, вакцин, сывороток, полисахаридов
* прием пищевых аллергенов

Способствующие факторы: аллергические заболевания (бронхиальная астма, полинозы,

нейродермит и др.), а так же при повторном лечении одним и тем же препаратом.

**Патогенез:**

* при первом контакте с аллергеном (особенно при парентеральном введении

лекарств) развивается сенсибилизация организма, которая может длиться многие месяцы

* при следующем контакте в результате реакции антиген-антитело высвобождаются медиаторы - гистамин, серотонин, ацетилхолин, иод воздействием которых нарушается проницаемость сосудистой стеки, развивается сокращение гладкой мускулатуры бронхов, кишечника и других органов, аллергическое воспаление кожи, слизистых оболочек и внутренних органов
* у сенсибилизированных пациентов доза или способ введения лекарственного средства не имеют решающего значения
* любая ткань, любой орган могут стать шоковыми — стать ареной шоковой реакции, поэтому симптомы АШ многообразны

**Клиническая картина:**

симптомы шока многообразны

* степень этого проявления лекарственной болезни колеблется от нескольких секунд или минут до 2 ч.
* типичная форма АШ наблюдается у большинства пациентов

начинается с ощущения жара («обдало крапивой»), появления чувства страха смерти, резкой слабости, покалывания, зуда кожи лица, рук, головы

* жалобы на ощущение прилива крови к голове, языку, чувство тяжести за грудиной или сдавления грудной клетки
* возможно появление болей в сердце, затруднения дыхания, головной боли: головокружения, тошноты, рвоты
* иногда бывают жалобы на боли в животе
* при молниеносном шоке пациенты не успевают предъявить жалобы до потери сознания.

**Объективные симптомы:**

* гиперемия или бледность кожи
* цианоз
* отек век или лица
* обильная потливость
* возможны судороги конечностей
* непроизвольные выделения мочи, кала
* зрачки расширены, не реагируют на свет
* пульс частый, нитевидный на периферических сосудах
* тоны сердца глухие, аритмичные
* АД часто не определяется
* дыхание затрудненное с хрипами и пеной изо рта
* при аускультации - влажные хрипы или ничего не слышно из-за тотального
* бронхоспазма

При преобладании в клинической картине тех или иных симптомов различают варианты

АШ:

* гемодинамический (симптомы нарушения сердечно-сосудистой системы)
* асфиктический (симптомы острой дыхательной недостаточности)
* церебральный (нарушения ЦНС)
* абдоминальный (симптомы «острого» живота).

**Лечение:**

Эффективность лечения АШ определяется в первую очередь срочностью оказания доврачебной и врачебной помощи, хотя иногда при правильном и своевременном лечении пациента не удается спасти от смерти.

Необходимо:

1. прекратить введение или прием аллергена
2. уложить пациента горизонтально и зафиксировать язык во избежание асфиксии
3. наложить жгут выше места введения лекарства, чтобы замедлить его всасывание
4. обколоть место инъекции 0,5 мл 0,1 % раствора адреналина гидрохлорида в разведении изотоническим раствором натрия хлорида 1:10
5. на место инъекции положить кусочек льда
6. 0.5 мл адреналина ввести подкожно в другую часть тела
7. провести контроль АД и пульса;
8. 60-90 мг преднизолона ввести внутривенно или внутримышечно
9. после стабилизации АД ввести 1 мл 0.1 % раствора тавегила или 1 мл 1 % раствора димедрола в/в или в/м (нежелательно применение пипольфена - снижает АД)
10. при бронхоспазме ввести 10-20 мл 2.4% раствора эуфиллина в/в
11. при тахикардии - коргликон в/в
12. если шок развился на пенициллин - 1000 000 ЕД пенициллиназы в/м
13. для стабилизации АД ввести 1 мл 1 % раствора мезатона в/м или 200 мг (5 мл) допамина
14. при наличии отечного синдрома - 2-4 мл лазикса в/в
15. при необходимости провести сердечно-легочную реанимацию (CJ1P)

После стабилизации АД пациент госпитализируется в реанимационное отделение. После выписки из стационара необходимо наблюдение аллергологом.

**Профилактика:**

* сбор аллергологического анамнеза
* отказ от назначения медикаментозных средств без достаточного основания, и в

первую очередь тех, которые чаще вызывают аллергическую реакцию (антибиотики, сульфаниламидные препараты и др.)

* нежелательно назначение одновременно 3 и более лекарственных средств
* борьба с самолечением, борьба с цветущей амброзией

**Методическая разработка**

**практического занятия для преподавателя**

**Тема: «**Сестринский уход при аллергических заболеваниях»

**Организационная форма:**

**Практическое занятие** – 6 часов (270 мин)

**Цели и задачи:**

**- образовательная**: научить студентов выполнять сестринское обследование пациентов с аллергическими заболеваниями, проводить анализ собранной информации, выявлять проблемы пациента, планировать, реализовать и оценить эффективность сестринских вмешательств, выполнять манипуляции и процедуры, оказывать неотложную помощь при анафилактическом шоке; формировать умения анализировать, сравнивать, обобщать.

**- развивающая:** формировать умение систематизировать, обобщать, выделять главное; развивать творческое воображение, мышление, логику, наблюдательность; развивать коммуникативные умения: вести дискуссию, слушать и слышать собеседника; делать выводы, анализировать информацию; совершенствовать все виды речевой деятельности; повысить общую грамотность; осуществлять самоконтроль.

**- воспитательная:** создание атмосферы доброжелательности, воспитание чувства

ответственности, уважения друг к другу, уверенности в себе, взаимопонимания, умения осуществлять самоконтроль, формировать умение отстаивать собственную позицию, воспитывать трудолюбие и прилежание, чувство ответственности за всех и за каждого; воспитывать умение работать индивидуально и в команде; умение объективно оценивать ответы своих товарищей, коллегиально принимать решение.

**Формы работы:** коллективная.

**Тип занятия:** практическое занятие.

**Вид традиционного занятия:** практический.

**Место проведения:** кабинет доклинической практики.

**Средства обучения:** методическая разработка, учебники, предметы ухода за больным

**Средства контроля:** задания в тестовой форме, ситуационные задачи.

**Интеграция темы**

**Межпредметные связи.**

**Истоки:**

1. МДК 04.02.

2. Анатомия и физиология человека.

3. Фармакология.

4. МДК 02.01 Раздел 11. Сестринский уход в педиатрии.

5. Основы патологии.

6. Фармакология.

Внутрипредметные связи.

1.Первичная медико-санитарная помощь. Сестринское обследование пациентов терапевтического профиля.

2.Сестринский уход при заболеваниях костно-мышечной системы и соединительной ткани.

Выход: практическая деятельность медсестры.

**Методы проведения**: объяснительно - иллюстративный, информационно-развивающий.

**План проведения практического занятия.**

**Тема: «**Сестринский уход при аллергических заболеваниях**»**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **№** | **Название** | **Описание** | **Цель** | **Время** |
| 1 | Организационная часть | Контроль формы одежды. Отметка присутствующих. Объявить тему и определить цели занятия.  | Подготовить студентов к работе, мобилизовать внимание. | 2 мин |
| 2 | Вводное слово | Раскрыть важность и актуальность темы. | Активизировать познавательную деятельность. | 3 мин |
| 3 | Контроль исходного уровня знания | Тестовый контроль (приложение 3). | Выяснить степень готовности к занятию и необходимость корректировки. | 20 мин |
| 4 | Педагогический показ | Преподаватель демонстрирует алгоритм оказания неотложной помощи при анафилактическом шоке, отеке Квинке, сывороточной болезни. | Подготовка студентов и создание мотивации для самостоятельной работы. | 30 мин. |
| 5 | Самостоятельная работа студентов. | 1.Студенты решают ситуационные задачи: выявляют проблемы пациентов, планируют сестринскую помощь при решении конкретных проблем (Приложение 4).2.Студенты отрабатывают алгоритм оказания неотложной помощи (Приложение 5).3.Студенты отрабатывают практические манипуляции: применение пузыря со льдом, в/в введение лекарственных средств, оксигенотерапия, в/к введение лекарств (Приложение 6). 4.Преподаватель наблюдает за работой студентов и корректирует ее. Отвечает на вопросы. | Выработать умение анализировать ситуацию. Тренировка практических умений и навыков. Оказания неотложной помощи. Выработка умения I перенаправлен по выбирать нужную информацию, систематизировать ее, выделять главное и второстепенное. | 150мин |
| 6 | Контроль конечного уровня знаний. | Контроль уровня усвоения проводится путем выполнением практических манипуляций, заполнением рабочих тетрадей. | Выяснить степень достижения цели занятия | 30 мин. |
| 7 | Заключение. | Каждому студенту выставляется оценка с обоснованием. Дается домашнее задание: «Клиническая фармакология антиангинальных и гипотензивных средств». | Коррекция и оценка работы. | 5 мин. |

**Методическая разработка**

**практического занятия для студентов**

**Тема: «**Сестринский уход при аллергических заболеваниях»

**Организационная форма:**

**Практическое занятие** – 270 мин.

**Цели и задачи:**

**- образовательная**: научить студентов выполнять сестринское обследование пациентов с аллергическими заболеваниями, проводить анализ собранной информации, выявлять проблемы пациента, планировать, реализовать и оценить эффективность сестринских вмешательств, выполнять манипуляции и процедуры, оказывать неотложную помощь при анафилактическом шоке; формировать умения анализировать, сравнивать, обобщать.

**- развивающая:** формировать умение систематизировать, обобщать, выделять главное; развивать творческое воображение, мышление, логику, наблюдательность; развивать коммуникативные умения: вести дискуссию, слушать и слышать собеседника; делать выводы, анализировать информацию; совершенствовать все виды речевой деятельности; повысить общую грамотность; осуществлять самоконтроль.

**- воспитательная:** создание атмосферы доброжелательности, воспитание чувства

ответственности, уважения друг к другу, уверенности в себе, взаимопонимания, умения осуществлять самоконтроль, формировать умение отстаивать собственную позицию, воспитывать трудолюбие и прилежание, чувство ответственности за всех и за каждого; воспитывать умение работать индивидуально и в команде; умение объективно оценивать ответы своих товарищей, коллегиально принимать решение.

**Формы работы:** коллективная.

**Тип занятия:** практическое занятие.

**Вид традиционного занятия:** практический.

**Место проведения:** кабинет доклинической практики.

**Средства обучения:** методическая разработка, учебники, предметы ухода за больным

**Средства контроля:** задания в тестовой форме, ситуационные задачи.

**Интеграция темы**

**Межпредметные связи.**

**Истоки:**

1. МДК 04.02.

2. Анатомия и физиология человека.

3. Фармакология.

4. МДК 02.01 Раздел 11. Сестринский уход в педиатрии.

5. Основы патологии.

6. Фармакология.

Внутрипредметные связи.

1.Первичная медико-санитарная помощь. Сестринское обследование пациентов терапевтического профиля.

2.Сестринский уход при заболеваниях костно-мышечной системы и соединительной ткани.

Выход: практическая деятельность медсестры.

**Методы проведения**: объяснительно - иллюстративный, информационно-развивающий.

**Самостоятельная работа.**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **№** | **Название** | **Описание** | **Цель** | **Время** |
| 1 | Решениеситуационныхзадач. | Студенты решают ситуационные задачи: выявляют проблемы пациентов, планируют сестринскую помощь при решении конкретных проблем. | Выработка умения целенаправленно выбирать нужную информацию, систематизировать ее. выделять главное и второстепенное. | 40 мин |
| 2 | Неотложныесостояния. | Студенты отрабатывают алгоритм оказания неотложной помощи при:-отеке Квинке;- анафилактическом шоке; | Тренировка оказания неотложной помощи. | 40 мин |
| 3 | Практическиеманипуляции. | Студенты отрабатывают практические манипуляции; применение пузыря со льдом, оксигенотерапия; в/к введение лекарств (аллергологическая). | Тренировкапрактических умений и навыков. | 70 мин |
|  |  |  |  |  |

**Задание на дом.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Вопросы самоподготовки** | **Истоки информации** | **Цель деятельности** | **Вопросы самоконтроля** |
| Сестринский уход при аллергических заболеваниях. | Основысестринского дела в терапии. В.Г Лычев, В.К. Карманов, стр.370-378. | Изучениедополнительнойлитературы. | Составить ситуационные задачи. Составить тестовые вопросы. |
| Клиничекая фармакология антиангинальных и гипотензивных средств | С.А.Крыжановский, Клиническая фармакология, стр.119-139, 225- 251. | Изучениеучебнойлитературы. | Основные группы лекарственных средств для лечения ИБС.1.Показания и противопоказания к применению.2.Побочные эффекты, методы их профилактики.3.Характер взаимодействия антиангинальных средств.4.Основные группы гипотензивных средств.Показания и противопоказания к применению.1.Побочные эффекты, методы их профилактики.2.Характер взаимодействия гипотензивных средств. |

**Приложение 3**

Тестовые задания для контроля исходного уровня знаний

1. Препараты, чаще вызывающие аллергическую реакцию:

а) антибиотики;

б) диуретики;

в) гипотензивные;

г) цитостатики.

1. Антибиотик, чаще вызывающий аллергическую реакцию:

а) линкомицин;

б)пенициллин;

в) тетрациклин;

г) эритромицин.

1. 11риори гетная проблема пациента при отеке Квинке:

а) отек лица;

б) кожный зуд;

в)судороги;

г) непроизвольное мочеиспускание.

1. Препараты, действуют только на периферические Н|-гистаминорецепторы, не вызывают седативного эффекта, стабилизируют мембрану тучных клеток это ?

а) 1-е поколение;

б) 2-е поколение;

в) 3-е поколение

1. Для профилактики лекарственной аллергии медсестре следует:

а) собрать тщательно анамнез;

б) назначить другой препарат этой группы;

в) заменить на препарат другой группы;

г) назначить антигистаминный препарат.

1. Потенциальная проблема пациента при отеке Квинке:

а) отек губ;

б) отек век:

в) загрудинная боль;

г) удушье.

1. Неотложная помощь при анафилактическом шоке:

а) адреналин, преднизолон, мезатон;

б) баралгин. но - шпа, морфин;

в) клофелин, пентамин, лазикс;

г) нитроглицерин, анальгин, валидол.

1. Приоритетные проблемы пациента при анафилактическом шоке:

а) одышка, кашель со «ржавой рвотой»;

б) боль в пояснице, отеки;

в) чувство жара, слабость;

г) изжога, отрыжка.

1. Тактика медсестры при угрозе отека гортани вне лечебного учреждения:

а) амбулаторное наблюдение;

б) направление в клинику;

в) направление на анализ крови;

г) срочная госпитализация.

1. Анафилактический шок чаще возникает при введении лекарственного препарата:

а) внутрь;

б) ингаляционно;

в) парентерально;

г) сублингвально

Ответы **на** тест: 1.а 2.6 3. г 4.в 5.в 6.в 7. Г 8. а 9. в 10.г

**Приложение 4**

СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ

Задача №1

В терапевтическом отделении пациентке 20 лет внутримышечно введено 500 тыс Ед пенициллина. Через несколько минут после в/м введения пенициллина пациентка стала жаловаться на общую слабость, головную боль, нарушение зрения, чувство тяжести за грудиной. Состояние тяжелое. Бледность кожи с цианозом, обильная потливость, одышка. Гоны сердца приглушены. Пульс 120 уд/мин, слабого наполнения. АД 70/40 мм.рт.ст. ЧДД 30 в мин. Живот мягкий, безболезненный.

Задания.

1. Определите неотложное состояние, развившееся у пациентки.
2. Составьте алгоритм оказания неотложной помощи.

Задача № 2

В медпункт обратился мужчина 32 лет, с жалобами на сильный кожный зуд, появление волдырей по всему телу. Заболевание связывает с употреблением рыбы. Болен 2-й день. Объективно: температура 37.1 °С. Состояние удовлетворительное. Кожа гиперемированная, по всей поверхности тела определяется волдырная сыпь разного размера, возвышающаяся над поверхностью кожи. Дыхание везикулярное. Тоны сердца ритмичные, ЧСС 72 в мин. АД 120/80 мм рт.ст. Абдоминальной патологии не выявлено.

Задания

1. Сформулируйте и обоснуйте неотложное состояние.
2. Назовите необходимые дополнительные исследования.
3. Определите Вашу тактику в отношении пациента, расскажите о принципах лечения, прогнозе и профилактике заболевания.

Задача № 3

На приеме у врача медицинского пункта находится мать с ребенком в возрасте 5 лет с жалобами на возникший у мальчика отек в области лица, вялость, общую слабость, недомогание. При опросе врачом установлено, что заболевание у ребенка возникло несколько часов назад. Вскоре после употребления в пищу цитрусовых появилась одутловатость лица, которая затем сменилась его отеком. В анамнезе у ребенка отмечается пищевая аллергия.

Объективно: При осмотре общее состояние ребенка тяжелое. Вялый. На лице определяется ограниченный отек кожи и подкожной клетчатки, который распространяется на губы, веки и щеки. Кожа на месте отека бледная, холодная на ощупь. Область отека безболезненная при пальпации, зуда кожи нет. При осмотре полости рта и зева слизистая розовая, влажная, не отечная. Голос у ребенка не изменен. В легких дыхание везикулярное, ЧД=24 в минуту.

Задания.

1 ..Выявите проблемы пациента, обоснуйте его?

1. Возможные осложнения?
2. Ваши действия, их последовательность?

Задача № 4

Вскоре, после внутримышечного введения пенициллина, больной пожаловался на беспокойство, чувство стеснения в груди, слабость, головокружение, тошноту. АД 80/40 мм рт. ст., пульс 120 уд/мин, слабого наполнения и напряжения.

Задания

1. Определите неотложное состояние, развившееся у пациента.
2. Выявите проблемы пациента.
3. Составьте алгоритм неотложной помощи и обоснуйте каждый этап.

Задача № 5

Медсестру вызвали к соседу, которого ужалили пчёлы. Пострадавший отмечает боль, жжение на местах укусов, затрудненное дыхание, слабость, тошноту, отечность лица, повышение температуры.

Объективно: Состояние средней степени тяжести. Лицо лунообразное за счет нарастающих плотных, белых отеков. Глазные щели узкие. Температура 39°С, пульс - 96 уд/мин, ритмичный, АД 130/80 мм рт. ст., ЧДД 22 в мин.

Задание

1.Определите неотложное состояние, развившееся у пациента.

2.Выявите проблемы пациента.

3. Составьте алгоритм оказания неотложной помощи и обоснуйте каждый этап.

4.Соберите противошоковый набор.

**Эталоны ответов.**

Задача № 1

1. Анафилактический шок.
2. Алгоритм оказания неотложной помощи:

прекратить введение препарата для прекращения дальнейшего поступления аллергена в организм

обколоть место инъекции препарата 0.3-0,5 мл 0,1% раствора адреналина в 3-5 мл 0,9% раствора хлорида натрия, положить холод для уменьшения всасывания

ввести 0.3-0.5-J мл 0,1% раствора адреналина (в/'в капельно в разведении 2.5 мкг/мл со скоростью 20-60 капель в мин. в/м или п/к)

ввести преднизолон в дозе 60-90 мг/кг в зависимости от степени тяжести шока для восстановления капиллярного кровотока, стабилизации мембраны, предупреждения затяжного течения шока, устранения отека легких

обеспечить проведение ингаляции увлажненным кислородом для устранения гипоксии ввести десенсибилизирующие средства (дипразин, тавегил, супрастин в дозе 1-2 мг/кг в/в или в/м) для уменьшения связывания гистамина с незанятыми гистаминовыми рецепторами ввести 20 мл 2,4% раствора эуфиллина в течение 15-20 минут при сохранении стойкого бронхоспазма при стабильной гемодинамике

осуществлять контроль за пульсом, АД для оценки состояния пациентки

Задача № 2

1. Острая крапивница.

Обоснование:

1. данные анамнеза: сильный кожный зуд, появление волдырей: связь заболевания с употреблением рыбы;
2. объективные данные : субфебрильная температура ; при осмотре: волдырная сыпь по всему телу на гиперемированном фоне кожи .
3. Общий анализ крови: может быть увеличение количества эозинофилов. Аллергологические тесты. Исследование желудочно-кишечного тракта: желудочное и дуоденальное зондирование, исследование кала для выявления гельминтозов.
4. Переход в хроническую форму.
5. Пациент нуждается в амбулаторном лечении.

Принципы лечения: Режим полупостельный. Диета молочно-растительная, бессолевая. Очистительная клизма. Антигистаминные препараты: супрастин. димедрол, пипольфен. Профилактика:

* исключение из питания продукта, вызвавшего аллергическую реакцию;
* своевременное выявление и эффективное лечение хронических заболеваний желудочно- кишечного тракта;

Задача № 3

1. Острая аллергическая реакция.
2. Отек Квинке.
3. Острый отек гортани, асфиксия.
4. Дейсгвия : -прекращение поступления возможных аллергенов в организм ребенка.

-введение одного из перечисленных антигистаминных препаратов: димедрол, супрастин, тавегил в разовой дозе 0.5 мл в/м, по возможности в/в.

-противовоспалительная терапия: преднизолон в разовой дозе 1-2 мг/кг массы гела ребенка (20- 40 мг).

-препараты кальция: кальция глюконат 0.25 г внутрь однократно.

-внутрь активированный уголь.

-госпитализация в отделение интенсивной терапии детской больницы в сопровождении врача. Задача № 4

У пациента в ответ на введение пенициллина развился анафилактический шок, о чем свидетельствует появившееся беспокойство, чувство стеснения в груди, тошнота, снижение АД, тахикардия.

1. Алгоритм оказания неотложной помощи:

а) прекратить введение пенициллина;

б) срочно вызват ь врача для оказания квалифицированной медицинской помощи;

в) уложить пациента с приподнятым ножным концом с целью притока крови к головному мозгу;

г) расстегнуть стесняющую одежду и обеспечить доступ свежего воздуха;

д) осуществлять контроль за состояние пациента (АД. ЧДД, пульс);

е) положить на место инъекции пузырь со льдом и обколоть 0.1% р-ром адреналина с целью снижения скорости всасывания аллергена;

ж) ввести антигистаминные препараты с целью десенсибилизации (2% р-р супрастина или 2% р-р пипольфена или 1% р-р димедрола;

з) приготовить потивошоковый набор;

и) выполнить назначения врача.

3.Студент демонстрирует технику постановки пробы на чувствительность к антибиотикам.

Задача № 5

1. У пациента в результате множественных укусов пчёл развилась аллергическая реакция отек Квинке.
2. Алгоритм оказания неотложной помощи:

а) вызвать скорую помощь для оказания квалифицированной медицинской помощи;

б) обнаружить жалы и удалить их вместе с ядовитым мешочком с целью уменьшения распространения яда в тканях;

в) приложить холод на место укуса (мера, препятствующая распространению яда в ткани;

г) обильное питье с целью дезинтоксикации;

д) дать кордиамин 20-25 капель поддержания сердечно-сосудистой деятельности;

е) дать 1-2 таблетки (димедрола или супрастина или тавегила) с целью антигистаминного воздействия;

ж) следить за состоянием пациента, осуществляя контроль за АД. пульсом, температурой, ЧДД. диурезом;

з) выполнить назначения врача.

**Приложение 5**

Алгоритм оказания неотложной помощи при анафилактическом шоке

1. прекратить введение или прием аллергена
2. уложить пациента горизонтально и зафиксировать язык во избежание асфиксии
3. наложить жгут выше места введения лекарства, чтобы замедлить его всасывание
4. обколоть место инъекции 0,5 мл 0,1 % раствора адреналина гидрохлорида в разведении изотоническим раствором натрия хлорида 1:10
5. на место инъекции положить кусочек льда
6. 0,5 мл адреналина ввести подкожно в другую часть тела
7. провести контроль АД и пульса;
8. 60-90 мг преднизолона ввести внутривенно или внутримышечно
9. после стабилизации АД ввести 1 мл 0,1 % раствора тавегила или 1 мл 1 % раствора димедрола в/в или в/м (нежелательно применение пипольфена -- снижает АД)
10. при бронхоспазме ввести 10-20 мл 2,4% раствора эуфиллина в/в
11. при тахикардии - коргликон в/в
12. если шок развился на пенициллин - 1000 000 ЕД пенициллиназы в/м
13. для стабилизации АД ввести 1 мл 1 % раствора мезатона в/м или 200 мг (5 мл) допамина
14. при наличии отечного синдрома - 2-4 мл лазикса в/в
15. при необходимости провести сердечно-легочную реанимацию (CJIP)

Алгоритм оказания неотложной помощи при отеке Квинке

1. пациенты с отеком Квинке должны быть госпитализированы
2. при отеке гортани транспортировка в JIOP-отделение, так как в любой момент может понадобиться трахеотомия
3. патогенетическая терапия: введение 0,1 % раствора реналина гидрохлорида 0,3-0,5 мл подкожно, 2 мл 2 раствора супрастина или 1-2 мл 1% раствора димедрола внуримышечно, 60-90 мг преднизолона внутривенно, ингаляции сальбутамола, алупента, 2-4 мл лазикса внутривенно.

**Приложение 6**

 **АЛГОРИТМЫ МАНИПУЛЯЦИЙ**

**ОКСИГЕНОТЕРАПИЯ**

**Подача увлажненного кислорода через носовой катетер**

**Цель:**уменьшить гипоксию тканей.

**Показания:**назначения врача при заболеваниях орга­нов кровообращения и дыхания.

**Оснащение:**аппарат Боброва, дистиллированная во­да, или 2%-ный раствор натрия гидрокарбоната, или 96%-ный спирт. Стерильные: лоток, носовой катетер, ва­зелиновое масло, шпатель, бинт, лейкопластырь.

**Последовательность действий:**

1. Установить доверительные от­ношения с пациентом, если это возможно.
2. Выявить у пациента признаки и симптомы, связанные с гипоксией и наличием мокроты в дыхательных путях.
3. Объяснить пациенту (в том слу­чае, когда возможно) и его близким цель оксигенотерапии, последова­тельность процедуры и получить его (их) согласие на процедуру.
4. Вымыть и осушить руки, надеть стерильные перчатки.
5. Подготовить к работе аппарат Боброва:
6. а) налить в чистую стеклянную емкость дистиллированную воду,
или 2%-ный раствор натрия гидрокарбоната, или спирт 96%-ный

 *2/3 %* объема, температура 30-40 °С;

б) обеспечить герметичность соединений при помощи винта на пробке.

1. Определить длину вводимой части катетера (расстояние от козелка ушной раковины до входа в нос - приблизительно 15 см), поставить метку.
2. Облить стерильным вазелино­вым маслом или глицерином вво­димую часть катетера. Ввести катетер в нижний носо­вой ход до метки.
3. Осмотреть зев, придавив шпа­телем корень языка. Убедиться, что кончик катетера виден при осмотре зева.
4. Сбросить шпатель в дезинфи­цирующий раствор.
5. Зафиксировать наружную часть катетера тесемками бинта.
6. Соединить с аппаратом Бобро­ва, заполненным дистиллирован­ной водой или 96%-ным спиртом, или другим пеногасителем
7. Открыть вентиль источника кислорода, отрегулировать ско­рость подачи кислорода. Осмотреть слизистую носа па­циента.
8. Провести итоговую оценку со­стояния пациента для уменьше­ния симптомов, связанных с ги­поксией.
9. Удалить катетер.
10. Продезинфицировать катетер, шпатель, аппарат Боброва мето­дом кипячения.
11. Вымыть и осушить руки

***Примечание.*** *Продолжительность ингаляции — 40—60 минут по графику, назначенному врачом. Катетер может оставаться в полости носа не более 12 часов*

**Подача увлажненного кислорода**

 **из кислородной подушки**

**Цель:**повышение содержания кислорода в тканях.

**Показания:**различные нарушения дыхания, удушье (ас­фиксия), отравление газами, отек легких.

**Оснащение:**

* кислородная подушка с кислородом;
* воронка (мундштук);
* марлевая салфетка, сложенная в четыре слоя;
* мешок для отработанного материала;
* емкость с дезраствором (3%-ный раствор хлорамина).

*Обязательное условие:* соблюдение техники безопасно­сти при набирании кислорода (кислород наносит ожоги на слизистые).

**Последовательность действий:**

1. Объяснить цель и ход процеду­ры пациенту, получить согласие на процедуру.
2. Заполнить подушку кислородом из баллона:

а) соединить резиновую трубку подушки с редуктором кислород­ного баллона;

б) открыть вентиль на трубке подушки, затем на баллоне;

в) наполнить подушку кислоро­дом;

г) закрыть вентиль на баллоне, затем на подушке;

д) отсоединить резиновую трубку от редуктора баллона.

4. Подсоединить мундштук на трубку баллона.

5. Обернуть мундштук (воронку) влажной марлевой салфеткой.

6.Прижать воронку ко рту пациен­та и открыть кран на подушке.

7.Отрегулировать скорость пода­чи кислорода (4-5 л в минуту).

8. Надавливать на подушку и сво­рачивать с противоположного конца, пока кислород не выделит­ся полностью.

9. Убрать подушку, отсоединить мундштук.

10. Салфетку сбросить в лоток для отработанного материала.

11. Мундштук поместить в дезраствор на 60 минут.

12.Вымыть и осушить руки.

 **Рис. Подача увлажненного кислорода**

**Техника выполнения внутрикожной инъекции**

***Цель:***активное выявление туберкулеза (реакция Ман­ту), диагностика аллергических реакций организма, про­филактика туберкулеза (прививка БЦЖ).

***Функциональное назначение:***профилактическое, диаг­ностическое, лечебное.

***Оснащение:***нестерильные лотки *-* 2 шт. (для шпри­цев, лекарства), непрокалываемый контейнер для отходов класса «Б» или «В» — 2 шт., шприцы одноразовые емко­стью от 1 до 2 мл с иглой до 15 мм (в том числе туберку­линовые, саморазрушающиеся: СП-шприц), сечением 0,4 мм, кожный спиртовой антисептик или спирт 70% (для обработки рук и инъекционного поля), стерильные ватные шарики, салфетки — 4 шт. (для обработки ампу­лы, места инъекции двукратно перед введением и однократ­но — после введения) на стерильном лотке; перчатки, од­норазовое полотенце, жидкое мыло в дозаторе, лекарствен­ный препарат (вакцины, аллергены, количество вводи­мого раствора от 0,01 до 1 мл), емкость для дезинфекции перчаток.

*Типичные места для проведения инъекции:* средняя треть внутренней поверхности предплечья, верхняя треть наружной поверхности плеча.

*Обязательное условие:* специалист должен иметь темати­ческое усовершенствование по вакцинопрофилактике. Средний медицинский работник должен убедиться в наличии у пациента информированного согласия на процедуру и в от­сутствии такового, уточнить дальнейшие действия у врача.

**Последовательность действий:**

1. Сообщить пациенту (родителям) необходимую информацию о пред­стоящей инъекции, убедиться в отсутствии противопоказаний.

2. Вымыть руки с мылом, осушить.

3. Подготовить оснащение.

4. Набрать лекарственное средство в шприц, вытеснить воздух так, чтобы осталась точная доза, уло­жить шприц в стерильный лоток или стерильную упаковку из-под шприца.

5. Утилизировать ампулы из-под вакцин, аллергенов в отдельной емкости, промаркировать емкость.

6. Предложить пациенту занять удобное положение.

7. Определить место инъекции ме­тодом пальпации, убедиться, что нет болезненности, уплотнений, местного повышения температуры, высыпаний, зуда.

8. Вымыть руки, осушить, надеть перчатки.

9.Обработать место инъекции ан­тисептиком, делая мазки в одном направлении, двукратно, сначала большую площадь (примерно, 10x1 Осм), затем только место инъ­екции.

10. Взять шприц в правую руку, при­держивая канюлю иглы указатель­ным пальцем, а цилиндр шприца с поршнем 3, 4, 5 пальцами, срезом иглы вверх.

11. Натянуть кожу в месте инъекции (внутренняя поверхность предпле­чья) левой рукой, удерживая шприц в правой руке (можно наоборот).

12. Ввести быстро в кожу только срез иглы, держа ее срезом вверх почти параллельно коже (угол введения 10—15°). Зафиксировать 2-м паль­цем иглу, прижав его к коже.

13. Перенести левую руку на пор­шень и ввести медленно лекарст­венное средство до появления папулы.

14.Извлечь иглу, продолжая придерживать её за канюлю, а левой рукой обработать место инъекции кожным антисептиком, продезин­фицировать ватный шарик (салфетку).

15. Осмотреть папулу, убедиться в ее образовании.

16. Объяснить пациенту (родителям), что на место инъекции не должна попадать вода в течение определен­ного времени (если инъекция вы­полнялась с диагностической целью).

**Применение пузыря со льдом.**

*Цель:* Поставить пузырь со льдом на нужный участок тела.

*Показания:* кровотечение, ушибы в первые часы и сутки, высокая лихорадка, при укусах насекомых, по назначению врача.

*Противопоказания:* Выявляются в процессе обследования врачом и медицинской сестрой.

*Оснащение:* пузырь для льда, кусочки льда, полотенце - 2 шт., молоток для колки льда, растворы дезинфицирующие.

*Техника безопасности:* Не используется лед единым конгломератом во избежание переохлаждения или отморожения.

*Информирование пациента о предстоящем вмешательстве и ходе его выполнения.* Медицинская сестра информирует пациента о необходимости постановки пузыря со льдом на нужное место, о ходе и продолжительности вмешательства.

*Возможные проблемы пациента:* Снижение или отсутствие кожной чувствительности, непереносимость холода и др.

*Последовательность действий м/с с обеспечением безопасности окружающей среды:*

1.Приготовьте кусочки льда.

2.Положите пузырь на горизонтальную поверхность и вытесните воздух.

3.Снимите крышку с пузыря и заполните пузырь кусочками льда на 1/2 объема и налейте 1 стакан холодной воды 14°-16°.

4.Выпустите воздух.

5.Положите пузырь на горизонтальную поверхность и вытесните воздух.

6.Завинтите крышку пузыря со льдом.

7.Оботрите пузырь со льдом полотенцем.

8.Оберните пузырь со льдом полотенцем в 4 слоя (толщина прокладки не менее 2 см).

9.Положите пузырь со льдом на нужный участок тела.

10.Оставьте пузырь со льдом на 20-30 минут.

11.Снимите пузырь со льдом.

12.Сделайте перерыв на 15-30 минут.

13.Слейте из пузыря воду и добавьте кусочки льда.

14.Положите пузырь со льдом (по показанию) к нужному участку тела еще на 20-30 минут.

15.Обработайте пузырь в соответствии с требованиями санэпидрежима.

16.Вымойте руки.

17.Храните пузырь в сухом виде и открытой крышкой

**Выполнение внутривенных инъекций**

*Цель:* Ввести лекарственное вещество в вену с помощью шприца.

*Показания:* Необходимость быстрого действия лекарственного вещества, невозможность использовать другой путь введения для данного вещества и др.

*Противопоказания: п*лохое состояние вен, психическое возбуждение пациента.

*Оснащение:* стерильный лоток, ватные шарики 4-5 штук, полотенце, этиловый спирт 70°, стерильные салфетки, жгут, валик, шприц 10-20 мл, игла для в/в, емкости для дезинфекции, дезинфицирующие средства, набор "Анти-СПИД", перчатки, маска.

*Возможные проблемы пациента:*

Отказ пациента от инъекции.

Страх перед инъекцией.

*Последовательность действий м/с:*

1.Информируйте пациента о предстоящей манипуляции и ходе ее выполнения.

2.Вымойте руки.

3.Усадите или уложите пациента так, чтобы рабочая рука была в разогнутом состоянии ладонью вверх.

4.Положите под локоть валик.

5.Наденьте стерильные перчатки.

6.Наложите жгут на 5 см выше локтевого сгиба через полотенце или одежду пациента.

7.Попросите пациента поработать кулаком, сделайте массирующие движения от ладони к локтевому сгибу, нагнетая кровь.

8.Обследуйте локтевой сгиб, найдите подходящую для пункции вену.

9.Обработайте локтевой сгиб широко 10х10 спиртовым шариком - сверху вниз от центра периферии.

10.Обработайте 2-м спиртовым шариком в той же последовательности.

11.Высушите место обработки сухим стерильным шариком.

12.Обработайте перчатки шариком со спиртом.

13.Убедитесь в том, что в шприце нет воздуха, а игла хорошо держится на подыгольном конусе.

14.Фиксируйте вену локтевого сгиба натяжением кожи, с помощью большого пальца левой руки.

15.Фиксируйте шприц и иглу правой рукой, как для подкожной инъекции. Игла срезом вверх.

16.Введите иглу, осторожно, параллельно вене на 1/3 длины.

17.Пунктируйте вену осторожно.

18.Оттяните поршень на себя левой рукой по поступлению крови в шприц. Убедитесь, что вы находитесь в вене.

19.Снимите левой рукой жгут, попросите пациента разжать кулак.

20.Введите лекарственное вещество, соблюдая необходимую скорость в кровяное русло, надавливая на поршень левой рукой, оставив в шприце один 0,1- 0,2 мл лекарственного вещества.

21.Закончив введение, приложите к месту введения шарик со спиртом и обратным быстрым, но аккуратным движением удалите иглу из вены.

22.Согните руку пациента в локтевом сгибе. Шарик со спиртом оставьте на месте. Попросите пациента фиксировать руку в таком положении еще 5 мин.

23.Убедитесь в прекращении кровотечения.

24.Наложить давящую асептическую повязку на место инъекции, если пациент слаб или без сознания.

25.Снимите перчатки.

26.Обработайте шприц, иглы, перчатки, использованный перевязочный материал в соответствии с требованиями санэпидрежима.

Литература:

1.Интернет ресурсы.

2.Основы сестринского дела в терапии, В.Г Лычев. В.К. Карманов, 2008 год.

3.Сестринское дело в терапии с курсом ПМП, Смолева Э.В., 2010 г.